

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SCHMERZEN IM ALTER

Informationen für Pflegekräfte und Angehörige

Schmerzen sind in jeder Situation, in jeder Zeit und in jedem Alter eine Belastung, die die Betroffenen an ihre körperlichen, ja seelischen und geistigen Grenzen bringen können. Wer würde das in Abrede stellen. Allerdings hat der akute Schmerz als Warn-Hinweis seine sinnvolle Funktion. Die aber hat der chronische Schmerz verloren. Dafür quält er umso länger. Das droht vor allem im höheren Lebensalter und insbesondere bei zusätzlicher Pflegebedürftigkeit. Deshalb beschäftigt sich die Medizin immer intensiver mit dem so genannten „Interdisziplinären Schmerz-Management“, das solche Belastungen mildern und zeitlich begrenzen soll. Was gilt es hier zu wissen, denn das wissenschaftlich fundierte und im Alltag nützlich umsetzbare Angebot ist inzwischen erstaunlich umfassend, wirkungsvoll und für die Pflege erleichternd:

Als Erstes gilt es sich bezüglich der Schmerz-Symptomatik einen Überblick zu verschaffen, konkret: wo – wie – wann – wie heftig u. a.? Das hat aber im höheren Alter seine Grenzen. Deshalb gilt es auf die sichtbaren und hörbaren Verhaltens-Änderungen zu achten, die bei ggf. mangelhafter Kommunikations-Fähigkeit auf Schmerzen hinweisen können. Dazu eine Reihe von Informationen zu verbalen, vokalen, körperlichen, mimischen, verhaltens-bedingten sowie Stimmungs-Äußerungen.

Im zweiten Teil dieser Ausführungen geht es um nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen, wie sie heute verfügbar sind, und zwar nicht nur von Experten, auch von informierten und ggf. geschulten Pflegekräften und Angehörigen. Sie mögen teilweise nicht sehr spektakulär wirken, haben aber mitunter erstaunliche Erfolge und ergänzen damit die ggf. notwendig werdende medikamentöse Therapie, wie sie dann vom Arzt eingeleitet und überwacht wird.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schmerzen – Schmerzen im Alter – Akut-Schmerz – chronischer Schmerz – Warn-Schmerz – Management von Schmerzen – Schmerzpatienten in Pflegeheimen – Schmerzpatienten in Altenheimen – Schmerzpatienten in Langzeit-Pflege-Einrichtungen – Ruhe-Schmerz – Belastungs-Schmerz – Bewegungs-Schmerz – Schmerz-Intensität – Schmerz und Körperteil – Schmerz-Behandlung – multimodale Schmerz-Therapie – Schmerz-Verkennung im Alter – Schmerz-Unterdiagnostizierung im Alter – Schmerz-Skalen – wissenschaftliche Schmerz-Diagnose – Schmerz-Hinweise im Alter – diagnostische Schmerz-Instrumente – laut-sprachliche Schmerz-Hinweise – verbale Schmerz-Äußerungen – vokale Schmerz-Äußerungen – körperliche Schmerz-Hinweise – mimische Schmerz-Hinweise – Schmerz und Stimmung – verhaltens-bedingte Schmerzhinweise – Demenz und Schmerz – nicht-medikamentöse Schmerz-Behandlung – passive physiotherapeutische Schmerz-Behandlung: Kälte- und Wärmetherapie, Ultraschalltherapie, transkutane elektrische Nervenstimulation, Elektrotherapie, Akupunktur, manuelle Therapie, Massage u. a. – aktive physiotherapeutische Schmerz-Therapie – peripher wirkende nicht-medikamentöse Schmerz-Therapie: Wärmebehandlung, Kälteanwendung, Vibration, Stimulation u. a. – zentral wirkende nicht-medikamentöse Schmerztherapie – zentral wirkende nicht-medikamentöse Maßnahmen: Videos, Fernsehen, Entspannung, Massage, autogenes Training, Meditation, Tiere u. a. – spezielle nicht-medikamentöse Schmerztherapie: Edukation, Informationen, Selbsthilfe-Techniken, bildhafte Erläuterungen, religiöse und spirituelle Anleitungen, Flyer, Broschüren u. a. – körperliche Aktivität zur Schmerztherapie – ergotherapeutische Schmerztherapie – gruppentherapeutische Schmerztherapie – dynamische Kräftigungs-Übungen – hauswirtschaftliche Ablenkung – sanfte Bewegungs-Schmerztherapie: schonende Gymnastik, Yoga, Tai Chi, Qi Gong usw. – ergänzende Schmerztherapie: Wärme, Kälte, Einreibungen, Massagen, transkutane elektrische Nervenstimulation, Visualisierung, Imagination u. a. – künstlerisch orientierte Schmerztherapie: Tanz, Musik usw. – u. a.m.

„Der Schmerz ist der große Lehrer der Menschheit“, sagt das alte Sprichwort. Darauf würde man aber gerne verzichten. Allerdings ist der akute Schmerz als Warn- oder gar Alarm-Hinweis unersetzlich. Das sieht auch jeder ein. Anders der chronische Schmerz, der seinen Warn-Charakter längst verloren hat und nur noch Beeinträchtigung, Behinderung und Qual nach sich zieht. Dies gilt für alle Altersstufen, besonders aber für den älteren Menschen; vor allem für den pflegebedürftigen zu Hause oder im Alten- bzw. Pflegeheim.

Deshalb beschäftigt sich die Medizin immer intensiver und detaillierter mit dem so genannten „interdisziplinären Management von Schmerzen bei älteren Menschen“, wie der moderne Fachausdruck lautet. Die Erkenntnisse der Neurologen, Psychiater, Gerontologen, Geriater, Gerontopsychiater, Geropsychologen, Internisten, Pharmakologen, Soziologen, der Pflegefachkräfte und nicht

zuletzt der Angehörigen, ja, der noch kommunikations-fähigen Betroffenen selber, sind zu einer unentbehrlichen Hilfsquelle geworden, der man nur die größtmögliche Verbreitung wünschen kann. Denn alt werden wir alle, jedenfalls hoffen wir es. Und dann wird das Schmerz-Problem auch für viele (die meisten?) von uns ggf. zum zermürenden Alltag. Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste und um Allgemein-Verständlichkeit bemühte Übersicht zu diesem Thema aus interdisziplinärer Experten-Sicht. Grundlage ist der ausführliche Fach-Beitrag:

I. Wulff, F. Köner, M. Kölzsch, A. Budnick, D. Dräger, R. Kreutz (Institut für Medizinische Soziologie sowie Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charité-Universitäts-Medizin Berlin): Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6 (2012) 505.

Was sagt die Statistik?

Einzelheiten zu Begriff, Definition und Art möglicher Schmerzen und ihrer seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen siehe die einzelnen Beiträge in dieser Serie. Nachfolgend geht es - wie erwähnt - um Schmerzen im höheren Lebensalter, ob zu Hause oder im Alten- bzw. Pflegeheim versorgt, wobei letzteres der Schwerpunkt dieser Erläuterungen ist.

Denn in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland werden gegenwärtig rund mehr als 700.000 Bewohnerinnen und Bewohner voll-stationär versorgt. Die meisten sind auch durch so genannte Mehrfach-Erkrankungen beeinträchtigt (Fachbegriff: Co-Morbidität). Denn das ist ohnehin schon ein Problem im mittleren Lebensalter, um im höheren inzwischen zur Norm zu werden. Dabei sind Schmerzen immer häufiger zu erdulden. Entsprechende Untersuchungen im In- und Ausland sprechen von jedem Dritten bis drei Viertel aller älteren Menschen in Pflege-Einrichtungen. Diese Zahl hängt natürlich auch mit der entsprechenden Zielgruppe bzw. der Pflege-Einrichtung zusammen (z. B. ambulant oder stationär, Wohnbereiche für überwiegend körperlich oder seelisch beeinträchtigte ältere Menschen, Langzeit-Pflege-Einrichtungen u. a.).

Gewonnen wurden und werden diese Erkenntnisse durch die oben erwähnten Fachbereiche mit entsprechenden Spezialisten. Dabei geht es vor allem um eine gezielte, professionelle und systematische Schmerz-Einschätzung mittels standardisierter Instrumente (und natürlich nachträglich um die Einleitung einer Schmerztherapie, wobei man zwischen Ruhe-Schmerz-Intensität und Belastungs-/Bewegungsschmerz-Intensität unterscheidet, was dann - je nach Untersuchungs-Instrument - auch quantifiziert werden kann). Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur mit den zuständigen Institutionen, Autoren und Publikations-Organen. Beispiele in Abkürzungen: AWMF, AGS, APS, BPS, DNQP, PAIN usw.

In allen Fällen geht es aber nicht nur um wissenschaftliche Erkenntnisse, obgleich sie die Grundlage von Diagnose und Therapie darstellen, es geht vor allem um die Reduzierung der Schmerz-Intensität bzw. -Linderung von Beschwerden und die Vorbeugung bzw. Vermeidung von Schmerzen. Und dies medikamentös und/oder nicht-medikamentös. Einzelheiten siehe später.

Die häufigsten Beschwerden

Welches sind nun die häufigsten Schmerz-Beschwerden bei Pflegeheimbewohnern beiderlei Geschlechts? In einer entsprechenden Studie ergab sich dabei folgende Verteilung: Am meisten beklagt werden Bein-/Fuß- und Hüftbeschwerden (sieben von zehn Betroffenen), gefolgt von Arm-/Hand- und Schulterschmerzen (mehr als die Hälfte). Danach folgen Schmerzen im Bereich der unteren Rückenhälfte (Lendenwirbelsäule: jeder Zweite), im Hals-Nacken-Bereich (ebenfalls fast jeder Zweite) und der oberen Rückenhälfte (mehr als jeder Dritte).

In dieser Untersuchung klagen die meisten über chronische Schmerzbeschwerden, d. h. in der Regel seit Jahren (zwei Drittel), gefolgt von Monaten (jeder Fünfte) oder „nur“ Wochen bis Tagen (jeder Zehnte).

Spezielle Aspekte

Dabei lassen sich - je nach Studie - auch besondere Gesichtspunkte, Merkmale, Schwerpunkte und Verläufe erkennen. Beispiele:

– So scheint die Schmerz-Häufigkeit bei den ältesten Senioren in stationären Einrichtungen und ambulanter Pflege niedriger zu liegen als bei jüngeren Alten. Die Experten erklären dies mit einem erhöhten Stoizismus (gelassener, unerschütterlicher, vielleicht auch gleichgültiger) und einer daher verminderten Neigung oder gar Fähigkeit, über Schmerz oder alters-spezifische Veränderungen der Schmerz-Wahrnehmung zu berichten. Hier gibt es allerdings noch Forschungsbedarf.

Viel problematischer ist dabei die alte Erkenntnis, dass bestimmte seelische und körperliche Leiden im Alter zusammen vorkommen können, und dann nicht nur zusammen, sondern auch doppelt bis mehrfach belastend. Das bekannteste Beispiel ist die Koinzidenz (also das gemeinsame Zusammentreffen) von Schmerz und Depression sowie Angststörungen. Hier kommt es dann auch zu untypischen Schmerz-Schwerpunkten, weil die seelisch-körperlichen Reserven inzwischen vermindert oder gar aufgebraucht sind oder - je nach Zusatz-Belastung - miteinander in Wechselbeziehung treten, was dann ganz neue Belastungs-Maxima auslösen kann.

Schließlich muss man auch noch an die häufigsten Folgen entsprechender Schmerz-Einflüsse denken, nämlich die Einschränkung der körperlichen Funk-

tionsfähigkeit und damit(!) auch Schmerz-Verstärkung bzw. zunehmenden Zahl schmerzhafter Körperbereiche. Oder kurz: Was nicht mehr genutzt wird, wird nicht nur schwächer oder fällt gar aus, es kann auch die Häufigkeit und Intensität der Schmerzen und die Zahl der betroffenen Körper-Regionen erhöhen - ein Teufelskreis. Weitere Einzelheiten dazu, insbesondere zu Frage: Warum nicht wenige Bewohner von Pflegeheimen trotz Schmerzen keine Schmerzmittel verlangen, siehe später.

Schmerz-Management: Was kann man tun?

Schmerzen gehören also zum Alltag, vor allem im so genannten dritten oder gar vierten Lebensalter (Letzteres die Hoch-Altrigen, die ebenfalls immer mehr werden). Deshalb bemüht sich die Wissenschaft und danach die medizinische Versorgungs-Ebene um so genannte Leitlinien zum Thema Schmerz-Management. Hier sind es vor allem die schon erwähnten nationalen und internationalen Institutionen (die wir lediglich mit ihren Abkürzungen genannt haben). Sie erforschen die jeweiligen physiologischen und psychologischen Grundlagen, die pathophysiologischen und psychopathologischen „Entgleisungen des Organismus“ und geben entsprechende Empfehlungen für Diagnose, Pharmakotherapie und nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen heraus.

Wichtig - so die Erkenntnisse - ist dabei nicht nur eine so genannte rationale Therapie, die sich an den erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert, sondern auch und vor allem die Aufklärung der Betroffenen, nicht zuletzt aber auch der Angehörigen, der Pflegekräfte u. a. Dabei muss auch mit Einschränkungen und Grenzen gerechnet werden.

Beispiel wie sie das Autoren-Team der Charité Universitätsmedizin Berlin zusammenfasst: Dass häufig eine Schmerzlinderung um 30% zwar realistisch ist, eine völlige Schmerzfreiheit aber oft nicht in Aussicht gestellt werden kann. Oder dass die wirkungsvollsten Effekte dann erzielt werden, wenn nicht-medikamentöse und medikamentöse Maßnahmen sich ergänzend verstärken.

Auch geht es um die Frage der individuellen Dosierung bei Medikamenten und um Verlaufs- und Erfolgskontrollen, denn nur dadurch lässt sich ein schmerzlinderndes Behandlungs-Optimum erreichen. Trotz der bekannten Risiken und damit Einschränkungen, insbesondere im höheren Lebensalter, kommt man aber meist um eine medikamentöse Schmerztherapie durch so genannte Analgetika (Schmerzmittel) nicht herum. Sie sind auch - das weiß inzwischen jeder aus seinem eigenen Schmerz-Alltag -, durchaus effektiv, sicher und trotz möglicher Nebenwirkungen unverzichtbar. Hier allerdings gilt es dann auch regelmäßige Kontrollen des Blutbildes und ggf. des Elektrokardiogramms (EKG) durchzuführen und vor allem nach klinischen Anzeichen von Nebenwirkungen zu fragen bzw. die entsprechenden Beobachtungen durch das Pflegepersonal (und die Angehörigen) sicherzustellen.

Manche Betroffene verzichten auf Schmerzmittel, jedenfalls so lange, wie sie es auszuhalten vermögen. Bisweilen wird auch von einer Placebo-, also einer Schein-Medikation gesprochen, was allerdings bei Schmerzen in größerer Intensität und allemal im höheren Lebensalter seine Grenzen hat. Viele Experten und vor allem die Therapeuten von der „Alltags-Front“ halten es ohnehin für ethisch fragwürdig, in schwer schmerz-gepeinigtem Zustand ein Schein-Medikament einzusetzen. (Weitere Einzelheiten zur Placebo-Therapie und ihrem Gegenteil, dem Nocebo-Effekt, siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.)

Die so genannte multimodale Schmerz-Therapie

Schmerz, das ist inzwischen deutlich geworden, ist ein mehrschichtiges Phänomen. Also sollte man es auch mehrschichtig angehen, und zwar sowohl vorbeugend als auch therapeutisch. Eine solche Behandlung, in die verschiedene körperliche, aber auch körperlich und psychologisch übende und sogar psychotherapeutische Verfahren eingehen, nennt man eine multimodale Schmerz-Therapie, also eine interdisziplinäre Behandlung von mindestens zwei Fachbereichen. Eine davon sollte entweder psychiatrisch, psychosomatisch oder psychologisch orientiert sein und mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren einbringen: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder ein sonstiges übendes Verfahren. Das alles umfassende Stichwort lautet heute: bio-psycho-sozial. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur.

Bei allem geht es insbesondere um eine verhaltenstherapeutisch orientierte Basis, die die Eigenaktivität des Schmerz-Patienten fördern soll, trotz schmerzhafter Behinderung. Dabei muss natürlich die noch verfügbare organische Grundlage (vor allem Herz-Kreislauf) und der kognitive Status (also die geistige Funktionsfähigkeit) abgeklärt werden.

Hinter allem stehen dann selbstredend noch die spezifischen Bedürfnisse jedes einzelnen sowie die Anpassung an die ältere Zielgruppe, d. h. langsamere Lern-Geschwindigkeit, viele Wiederholungen, mehr Pausen, kürzere Therapie-Einheiten u. a.

Und natürlich das schon erwähnte Phänomen der Ko-Morbidität im Rahmen von Schmerz-Symptomen. Am häufigsten Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Ängste. Dabei spielen vor allem auf der körperlichen Ebene die Antriebsarmut (Passivität) und auf der psychosozialen die lähmenden Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit eine Rolle. So etwas nennt man einen *circulus vitiosus*, also den erwähnten Teufelskreis, meist aus Schmerz, Depression und Schlafstörungen.

Warum der Schmerz im höheren Lebensalter so schwer fassbar ist?

Die Experten gehen davon aus, dass Schmerz im Alter generell „unterdiagnostiziert“ ist (internationaler Fachbegriff: underreporting of pain). Warum? Dazu eine zusammenfassende Übersicht der erwähnten Autoren der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2012:

Viele ältere Menschen halten Schmerzen für ein normales Phänomen in ihrem Alter, welches zum einen nicht zu ändern ist und zum anderen wohl auch auf keine entsprechenden Maßnahmen befriedigend anspricht. Ein Irrtum, wenn auch ein häufig verbreiteter. Deshalb berichten ältere Menschen auch weniger spontan und letztlich seltener über ihre Beeinträchtigungen als Jüngere.

Dies betrifft nicht zuletzt die Bewohner von Pflegeheimen. Zu den Gründen zählen u. a. die Vorstellung, dass Schmerzmittel schaden, zumindest aber süchtig machen. Allein diese Des-Information und damit Resignation führt dazu, dass die Versorgung mit Schmerzmitteln unzureichend ist oder gar unterbleibt. Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel über Medikamenten-Abhängigkeit in dieser Serie.

Manche Patienten haben sogar Bedenken, dass bestimmte diagnostische Tests (also noch keine therapeutischen Maßnahmen) mit unangenehmen Folgen behaftet sein könnten. Da würden sie lieber die Schmerzen aushalten.

Wieder andere meinen, dass sie selbst mit den Schmerzen fertig werden (sollten oder müssten), was - wie erwähnt - vor allem die „älteren Alten“ betrifft.

Wieder andere wollen das Pflegepersonal nicht unnötig belasten oder fürchten negative Reaktionen der Pflegekräfte, wenn nicht gar des Arztes.

Auf jeden Fall problematisch ist die weit verbreitete Unwissenheit hinsichtlich der schmerz-lindernden Möglichkeiten (und Grenzen).

Und nicht zuletzt gibt es schmerz-gepeinigste Ältere, die vor allem auf ihre Selbsthilfe-Fähigkeit bauen, was noch kein Nachteil sein muss, wenn die Fähigkeit dazu wirklich vorhanden ist und natürlich die tolerierbaren Grenzen eingehalten werden können.

Eines ist und bleibt aber sicher: Die besten Behandlungs-Strategien bleiben ohne Wirkung, wenn die Betroffenen ihre Schmerzen nicht angeben, nicht nach Schmerzmitteln fragen, sobald sie entsprechende Beschwerden haben oder wenn sie Schmerzmittel (grundsätzlich) ablehnen.

Das legt die bereits vermutete Erkenntnis nahe: Es ist auch die Art der Befragung, die die Schmerz-Diagnostik beeinflusst.

Gezielt nach Schmerzen fragen

Das heißt: Eine zuverlässige Schmerz-Diagnose ist letztlich nur durch gezieltes Fragen nach entsprechenden Beschwerden oder gar Schmerzen zu erheben. Dies lässt sich natürlich einerseits durch so genannte strukturierte Schmerz-Interviews realisieren, was vor allem auf die Bereiche Schmerz-Intensität, Schmerz-Lokalisation, Schmerz-Dauer und Schmerz-Fortdauer zielt, aber auch emotionale (gemütsmäßige) und kognitive (geistige) Reaktionen nicht übergeht. Deshalb sollte auch die Selbst-Einschätzung des Betroffenen vor der Fremd-Beurteilung durch Dritte (Pflegepersonal, Angehörige) den Vorrang haben, sofern möglich.

Das wiederum erfordert eine angepasste verbale Kommunikation, die verlässlichste Methode. Denn nur der Schmerz-Gepeinigte kann seine Schmerzen, wenn vielleicht auch nicht adäquat schildern, auf jeden Fall aber besser einschätzen. Um der umfassenden Information möglichst weit entgegen zu kommen, müssen die Fragen nach der Lokalisation und Ausstrahlung (wo?), der Qualität und Intensität (wie?), des zeitlichen Verlaufs (wann?) umfassend und verständlich (und auch verständnisvoll!) zugleich vorbereitet, gestellt, wiederholt und ggf. „übersetzt“ werden (und zwar nicht nur bei Oberschicht-Betroffenen, auch bei einfach strukturierten Mitbürgern, die sich nicht so differenziert ausdrücken können). So die Empfehlung der Berliner Institute für Medizinische Soziologie sowie Klinische Pharmakologie und Toxikologie.

Beim Verlust der so genannten Kommunikations-Fähigkeit wird es natürlich schwieriger, wobei es nicht nur die Schmerzen betrifft. Schwierig wird es aber nicht nur für Pflegepersonal oder Angehörige, folgenreich wird es auch für den Betroffenen selber. Denn diese Erkenntnis ist schon älter: Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die verbal nicht mehr ausreichend kommunizieren können, erhalten weniger Analgetika als jene, die hier besser gestellt sind. Oder kurz: Wer sich nicht mehr äußern kann, droht durch das Raster von rechtzeitigem Erkennen, Verstehen und Behandeln zu fallen.

Deshalb muss man immer wieder nachforschen (im weitesten Sinne, also nicht nur verbal), und nach Schmerzen in Ruhe und bei Belastung bzw. entsprechenden Bewegungen fragen. Und man sollte durchaus fragen, ob Schmerzmittel gewünscht sind. Manche Patienten geben Schmerzen zwar zu, sprechen aber nicht konkret schmerzlindernde Mittel an - und so bleibt es erst einmal dabei, weil ja kein dezidiertes Behandlungswunsch erkennbar ist.

Dabei geht es vor allem um mögliche Schmerz-Hinweise ohne „aufrüttelndes Ereignis“, d. h. Sturz, Unfall, Verletzung oder chronische Schlafstörung. Hier wird ggf. rechtzeitig und gezielt gehandelt. „Schmerzen ohne offensichtlichen Grund“ hingegen, die durchaus nicht seltener, eher häufiger sind, veranlassen dafür seltener die notwendige medikamentöse Versorgung.

Deshalb ist es so wichtig, gerade bei nicht-kommunikationsfähigen älteren Menschen (und im Übrigen auch nicht-kommunikationsfähigen jüngeren mit entsprechenden Leidensbildern) über jene Verhaltensänderungen Bescheid zu wissen, die Schmerzen als Ursache haben könnten. Einzelheiten dazu im Detail siehe später.

Schmerz: wie heftig und wo?

Um die Schmerz-Intensität und -Lokalisation feststellen zu können, gibt es inzwischen unterschiedliche Skalen. Dazu gehört beispielsweise eine Schmerz-Skala (VAS) mit den Polen von „kein Schmerz“ bis zum „schlimmsten vorstellbaren Schmerz“ oder numerische Skalen (NRS) von 0 (kein Schmerz) bis 10 (unerträglicher Schmerz), und zwar von der Papierversion (Ankreuzen) bis zum sogenannten Schmerz-Lineal (mit Schieber zum Einstellen auf die entsprechende Zahl), aber auch in gesprochener Form. Oder der Versuch, die Schmerz-Intensität mit entsprechenden Adjektiven zu beschreiben, wiederum von keinem Schmerz bis stärkstem Schmerz (VRS). Oder - noch einfacher, aber durchaus effektiv – eine Gesichter-Skala (z. B. FPS), mit den aus dem E-Mail-Verkehr bekannten Smiles von fröhlich bis schmerz-verzerrt.

Natürlich muss man hier erst einmal herausfinden, welches diagnostische Instrument für wen überhaupt geeignet ist. Ist es allerdings etabliert, dann muss man die immer gleiche Skala verwenden, um die Veränderungen auch richtig einschätzen zu können, mahnen die Experten.

Zur Lokalisation des Schmerzes kann ein einfaches Körperschema verwendet werden, in dem die schmerzenden Stellen entweder von dem Patienten oder einem Untersucher eingetragen werden.

Schließlich gibt es auch Kombinations-Instrumente, die sowohl spezifische Fragen (Lokalisation, Intensität, Dauer und Qualität), als auch Verstärkungs-Aspekte und die Auswirkungen bzw. den Umgang mit ihnen festzuhalten versuchen (z. B. BPI, Deutscher Schmerzfragebogen u. a.).

Ist nun aber die verbale Kommunikationsfähigkeit (z. B. auf Grund einer dementiellen Entwicklung) soweit eingeschränkt, dass eine Selbst-Auskunft nicht mehr möglich ist, dann muss man zu den entsprechenden Instrumenten greifen, die zur Beobachtung von Schmerzverhalten entwickelt wurden (z. B. BESD, BISAD, DOLOPLUS, PAINAD, ZOPA usw.).

Hier geht es dann um entsprechende Beobachtungs-Kategorien wie Gesichtsausdruck, Laut-Äußerungen, Körpersprache, Verhaltens-Veränderungen u. a. Einzelheiten siehe die entsprechenden Fachinformationen.

Sichtbare und hörbare Verhaltens-Änderungen

Auf was ist also zu achten, wenn die verbale Kommunikations-Fähigkeit versiegt? Im Einzelnen auf Grund entsprechender Erkenntnisse im Alltag von Angehörigen, Pflegekräften, Arzt u. a., wissenschaftlich bestätigt und zusammengefasst von I. Wulff, F. Könner, M. Kölzsch, A. Budnick, D. Dräger und R. Kreutz:

- Zu den **laut-sprachlichen Indikatoren** (Hinweisen, Anzeigen) gehören
 - bei den **verbalen Schmerz-Äußerungen** natürlich erst einmal nach Schmerzmitteln fragen oder um Hilfe bitten, wenn man sich schmerzbehindert bewegen muss. Oder über Schmerzen reden (und im Übrigen mehr als üblich reden). Außerdem entweder um die Bitte, allein gelassen zu werden oder Unbehagen und/oder Protest äußern, d. h. in abgehackter Sprache, verbalen Ausbrüchen oder gar Fluchen.
 - Bei den **vokalen Schmerz-Äußerungen** geht es vor allem um Stöhnen, geräuschvolles Atmen, Seufzen, Winseln, nach Luft schnappen, und natürlich Weinen, wenn nicht gar Jammern und Schreien.
- Bei den **körperlichen Indikatoren** die ärztlicherseits, aber auch durch Pflegekräfte und instruierte Angehörige festgestellt werden können, handelt es sich vor allem um Zittern, Schwitzen, veränderte Atmung (z. B. kurzatmig), erhöhten Muskeltonus (festzustellen durch Beugung von Armen und Beinen), veränderte Haut-, insbesondere Gesichtsfarbe, örtlich erhöhte Hautwärme (durch verstärkte Durchblutung), Anspannung der Bauchmuskulatur, und natürlich Schwellungen (z. B. Knöchel, Gelenke), Versteifungen, wenn nicht gar Blutspuren, Fraktur-Zeichen, ausgerenkte Gelenke u. a.
- Die Hinweise durch veränderte **Mimik** lassen sich wohl am ehesten nutzen. Dies gilt vor allem für Demenz-Kranke, die im Vergleich zu Älteren ohne entsprechende Einbußen ihrer kognitiven (geistigen) Fähigkeiten in Schmerz-Situationen mimisch offenbar stärker reagieren. Zu den mimischen Anzeichen von Schmerz-Belastung zählen beispielsweise zusammengekniffene Lippen, Zähne zusammenbeißen, Stirn runzeln, insbesondere die vertikalen Falten zwischen den Brauen (Schmerzfalten), gesenkte Augenbrauen, offener Mund, herabfallender Unterkiefer, Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur (Lider, Mundwinkel), manchmal sogar Schiel-Stellung der Augen, auf jeden Fall aber Gesicht verziehen bis hin zu Grimassen, ängstlicher und/oder trauriger Gesichtsausdruck usw.
- Da sind direkte **Stimmungsänderungen** durch Schmerz-Einfluss rechtzeitig und treffend zu deuten schon schwieriger. Beispiele: Aufgeregt bis zur ziel- und sinnlosen Hyperaktivität oder lethargisch (teilnahmslos, antriebslos) bis

hin zur chronischen Müdigkeit bzw. Mattigkeit. Oder ängstlich und deprimiert. Oder ärgerlich, reizbar, aggressiv bis hin zu Schubsen und Schlagen, auf jeden Fall streitlustig. In diesem Zusammenhang auch ein auffälliges, Aufmerksamkeit erzwingendes Verhalten. Oder ein zwischenmenschlicher Rückzug bis hin zum völligen Verstummen. Was auf jeden Fall abgeklärt werden muss, ist ein plötzlich erhöhter Verwirrtheitszustand.

- Zu den **verhaltens-bedingten Indikatoren** für Schmerz, die natürlich noch mehr als bei allen erwähnten Hinweisen auf alle möglichen anderen Ursachen zurückgehen können, zählen beispielsweise: Jucken und Kratzen, Nesteln, erschwertes Kauen, körperlich unruhig bis hin zur Zappeligkeit, den Kopf vor- und zurückwerfen, vor Berührung zurückschrecken, bestimmte Körperteile reiben oder festhalten, Schonhaltung, Steife, unterbrochene, vorsichtige Bewegung, ungeschickte Steh- und Sitzpositionen, häufiges Anlehnen, um Stabilität zu halten, öfter Lagerungswechsel, Schaukeln bzw. Vor- und Zurückwippen, angespannte Körperhaltung bzw. verdrehte Körperhaltung bis hin zu scheinbarer Verrenkung, auf jeden Fall Beweglichkeit verändert bzw. eingeschränkt, sich häufiger hinlegen, öfter langsamer bewegen, oder – umgekehrt – mehr gehen als sonst, Klagen und Jammern bei Umlagerung, überhaupt Bewegung ablehnen, natürlich offenkundige Stürze oder Verrenkungen, Blutergüsse u. a. Und in vegetativer Hinsicht veränderter Schlafrhythmus sowie Appetitlosigkeit bis hin zur Nahrungsverweigerung oder gar abgelehnte Pflege generell. Da ist der Wunsch nach einer Gehhilfe oder ähnlichen Unterstützungsmaßnahmen noch am eindeutigsten.

Schlussfolgerung: Die Indikatoren für Schmerz auf der sprachlichen, mimischen, körperlichen und Verhaltens-Ebene sind zahlreich und letztlich gut erkennbar und von anderen Ursachen abgrenzbar. Man muss sie halt kennen, registrieren, richtig deuten und sich beobachtende Unterstützung von dritter Seite sichern, denn den einen Patienten kennt man besser, den anderen weniger, und hier ist der Informations-Austausch unverzichtbar. Und man sollte zur Absicherung noch differenzieren zwischen Ruheschmerz, Belastungsschmerz und Bewegungsschmerz bzw. der jeweiligen Intensität und Lokalisation, so die Berliner Experten.

Anhang: Demenz und Schmerz

Ein besonderes diagnostisches (und leider auch therapeutisches) Versorgungsthema ist das schon erwähnte Problem: Schmerzen bei Demenz.

So nehmen die Experten an, dass von den derzeit rund 1,5 Millionen Patienten mit Demenz in Deutschland etwas mehr als die Hälfte eine ständige Schmerzversorgung benötigen. Wird das auch tatsächlich so realisiert? Dazu eine kurze Übersicht auf der Grundlage des Fachbeitrags *Wissen Sie, ob Ihr Demenz-*

patient Schmerzen hat? von Frau Privatdozent Dr. M. Kunz von der Universität Bamberg in der Fachzeitschrift MMW-Fortschr. Med. 10 (2015) 157:

Wie bereits dargestellt, belegt eine große Zahl von klinischen Studien, dass ältere Menschen mit Demenz im Vergleich zu gesunden Personen gleichen Alters deutlich weniger Schmerzmittel verschrieben bekommen und damit auch schmerz-lindernd einnehmen dürfen. Dies betrifft alle Formen von Analgetika (Schmerzmittel) und die unterschiedlichsten Populationen (Heimbewohner, geriatrische Patienten in Praxen und Kliniken u. a.). Und wenn sie Schmerzmittel verordnet bekommen, dann auch noch in geringerer Dosierung als nicht demente ältere Personen.

Wie kommt es dazu? Der wichtigste Grund scheint die beeinträchtigte Kommunikations-Fähigkeit zu sein, d. h. der Abbau sprachlicher Fertigkeiten. Oft sind diese Kranken einfach nicht mehr in der Lage, über ihre Schmerzen zu berichten und bleiben deshalb entsprechend unversorgt. Und dies, obgleich sich die Betreuer durchaus bemühen. Denn ein Viertel der Demenz-Patienten können trotz gezielter Fragen keine eindeutigen Aussagen über ihre Schmerzen machen. Was also kann man tun?

Als Erstes muss - notgedrungen - zwischen den unterschiedlichen Schweregraden der Demenz differenziert werden, so die Experten. So scheinen die meisten Patienten zu Beginn ihrer Erkrankung durchaus in der Lage zu sein, ihre Schmerzen beispielsweise auf gängigen Schmerz-Skalen zu bewerten. Darauf sollte man dann auf jeden Fall zurückgreifen, vor allem bereits im Frühstadium der Demenz und dabei möglichst einfache Schmerz-Skalen verwenden (s. o.)

Schon länger werden wissenschaftlich und klinisch beispielsweise so genannte Kategorial-Skalen empfohlen, bei denen die Schmerzen anhand von Kategorien wie „kein Schmerz“, „leichter Schmerz“, „mäßiger Schmerz“ usw. bewertet werden. Möglich sind auch numerische Rating-Skalen, bei denen die Intensität von Schmerzen anhand von Zahlen, z. B. zwischen 0 und 10 eingeschätzt werden. Sofern also (noch) möglich, wären das die wichtigsten Beurteilungsmöglichkeiten.

Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung aber wird der Schmerz-Bericht des Betroffenen deutlich schwerer einstuftbar. Da stellt sich dann die Frage nach alternativen Schmerzerfassungs-Methoden. Und hier bieten sich dann die nicht-sprachlichen Laut-Äußerungen und Körperhaltungen, vor allem aber die Mimik-Reaktionen an.

Das leuchtet ein, doch gibt es wissenschaftlich bisher keine Übereinstimmung, welche Art von Mimik-Reaktionen, Laut-Äußerungen und Körper-Haltungen nun wirklich schmerz-indikativ sind, wie der Fachausdruck heißt. Das hat wenigstens dazu geführt, dass man ständig nach valideren Methoden sucht und inzwischen eine Vielzahl von Fremdbeurteilungs-Skalen zur Verfügung steht.

Praktisch alle enthalten die obigen Reaktionen, erläutern aber gezielter, was nun wirklich bedeutungsvoll sein soll. Denn Hinweise wie „leerer Blick“, „ängstlicher Gesichtsausdruck“, „starres Gesicht“ oder „Grimassieren“ lassen durchaus mehrere Deutungen zu, nicht zuletzt bei Demenzkranken. Ähnliches gilt für Laut-Äußerungen und Körper-Haltungen.

Was steht nun aber bisher zur Verfügung bzw. wird trotz möglicher Einschränkungen genutzt? In Deutschland ist es insbesondere die so genannte BESD-Skala (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). Hier wird neben Mimik, Laut-Äußerungen und der Körper-Haltung noch die Kategorie „Atmung“ und die „Reaktion des Betreffenden auf Trost“ erfasst. Dabei wird empfohlen, diese Skala sowohl in einer Ruhe-Situation als auch bei körperlicher Aktivität einzusetzen und ausreichend lange zu beobachten.

Unverändert wichtig aber ist und bleibt die erwähnte Mimik-Reaktion. Sie ist neben dem subjektiven Schmerzbericht der wohl treffendste Schmerz-Indikator. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel, wobei nochmals vor allem das Zusammenziehen der Augenbrauen, die Kontraktion der Muskulatur um die Augen herum und das Öffnen des Mundes erwähnt werden sollen. Den Augen kommt dabei wohl die wichtigste Bedeutung zu.

Glücklicherweise lassen sich diese Schmerz-Reaktionen auch bei Demenz-Patienten beobachten. Auf jeden Fall ist dieser Kommunikations-Kanal deutlich länger funktionstüchtig und diagnostisch ergiebig als die sprachlichen Fertigkeiten.

Nun haben aber die Pflegekräfte nicht immer die notwendige Zeit, auf entsprechende Anzeichen von Schmerzen zu achten und sie insbesondere von anderen Ursachen möglicher Leidensformen zu unterscheiden. Deshalb arbeitet die Wissenschaft an einem so genannten kontinuierlichen Monitoring der Mimik, was natürlich nur von automatisierten Video-Monitorings-Systemen geleistet werden kann. Dazu gibt es in letzter Zeit vielversprechende Forschungs-Ansätze, vor allem was neuere Bildverarbeitungs-Verfahren („Computer-Sehen“) anbelangt. Man arbeitet also an einer automatischen Schmerzmimik-Erkennung und hofft, dass sich in absehbarer Zeit alltags-praktische Ergebnisse abzeichnen.

Nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen

Obgleich es derzeit nur relativ wenig wissenschaftlich fundierte Untersuchungen gibt, die die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Behandlungsmaßnahmen von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen beurteilen, werden sie doch allseits empfohlen. Ja, sie gelten als wichtige Hilfsquelle im Rahmen der Schmerztherapie generell.

- Welche **allgemeinen nicht-medikamentösen Maßnahmen** empfehlen sich nun bei schmerz-gepeinigten Senioren in Pflegeheimen?

Wichtig sind hier vor allem *physiotherapeutische Maßnahmen*, die man in aktive und passive Verfahren unterteilen kann.

- Zu den *passiven physiotherapeutischen Maßnahmen* zählen Kälte- und Wärmebehandlungen, Ultraschalltherapie, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Elektrotherapie, Akupunktur, manuelle Therapie, Massage u. a.
- Zu den *aktiven physiotherapeutischen Verfahren* gehören alle jene Übungen, die Kraft, Ausdauer, Flexibilität und Gleichgewicht fördern. Sie verringern die Intensität der Schmerzen, verbessern die Beweglichkeit und beugen einer Chronifizierung des Schmerzes vor. Denn ein entsprechendes Schon-Verhalten mindert die Funktionsfähigkeit, vor allem Muskelkraft, Herz-Kreislauf, Lungenleistung usw. Die drohende Sturzgefahr bzw. entsprechende Befürchtungen mit nachfolgender Schonhaltung lassen sich durch aktive physiotherapeutische Verfahren (s. o.) deutlich reduzieren.

Hier greift auch die „aktivierende Pflege“ ein, die die Patienten fördert durch Fordern mit dem Ziel, nicht nur Selbstpflege-Kompetenz, sondern auch Bewegungsfähigkeit zu erhalten, ggf. sogar zu verbessern. Da kann allerdings eine vorangehende Schmerzmittel-Gabe hilfreich sein, wobei man nicht zu zurückhaltend sein sollte, vor allem bis der Erfolg dann auch von diesen Maßnahmen überzeugt und vielleicht sogar zum „Selbstläufer“ wird.

Die Experten unterscheiden bei den nicht-medikamentösen Maßnahmen im Detail dann auch noch peripher und zentral wirkende Einflüsse.

- Zu den *peripher wirkenden nicht-medikamentösen Maßnahmen* zählt man oberflächliche Wärmebehandlungen (z. B. Wärmflasche, elektrische Heizkissen, Wickel und Auflagen sowie Bäder), oberflächliche Kälteanwendung (z. B. Eisbeutel, Gel-Packs, Umschläge und Wickel) sowie Vibration/Stimulation (elektrische Massage, Vibratoren, transkutane elektrische Nervenstimulation).
- Zu den *zentral wirkenden nicht-medikamentösen Maßnahmen* gehören Ablenkung (Imaginations-Übungen, Musik, humorvolle Videos, Fernsehen) sowie Entspannung (tiefe Atem-Entspannung, Massage, progressive Muskelentspannung, autogenes Training, Meditation, Tiere usw.).

Diese Art von nicht-medikamentösen Maßnahmen zeichnet sich vor allem durch eine erträgliche Nebenwirkungs-Rate aus (wobei selbst hier sogenannte unerwünschte Begleiterscheinungen einkalkuliert werden müssen, aber wo nicht). Manche Experten sind der Meinung, dass sich dadurch auch die in der Tat unerwünschten Nebenwirkungen bestimmter Schmerzmittel (oder anderer

notwendiger Medikamente) deutlich verringern lässt. Hier spielt dann nicht zuletzt der Faktor Ablenkung und Eigen-Initiative eine hilfreiche Rolle.

Spezielle nicht-medikamentöse Möglichkeiten

• Spezifische nicht-medikamentöse Maßnahmen

Die *spezifischen nicht-medikamentösen Maßnahmen* zur Schmerz-Behandlung haben eine Reihe von Nachteilen, das sei gleich zu Beginn angedeutet und zugestanden:

Zum einen hören sie sich nicht sehr spektakulär an. Die meisten werden wohl sogar als etwas schlicht (früherer abwertender Begriff: „hausbacken“) eingestuft, andere in die „alternative“ Ecke negativer Wertung gestellt. – Zum zweiten setzen sie - obgleich nicht sehr beeindruckend - sogar noch mehr Einsatz an Kraft und Zeit seitens des Pflegepersonals und der Angehörigen voraus, als so manch andere „übliche“ Maßnahmen, von der reinen Gabe von Medikamenten ganz zu schweigen. – Und schließlich bedürfen die meisten auch eines gewissen Einsatzes der Betroffenen selber, was nicht immer gegeben ist, selbst wenn sie mit der jeweiligen Therapie-Strategie durchaus einverstanden sind. Kurz: die nachfolgenden Empfehlungen haben es nicht leicht.

Spezifische nicht-medikamentöse Maßnahmen sind aber durchaus effektiv, in der Mehrzahl der Fälle auch wissenschaftlich belegt, wie der objektivierbare Wirkungs-Nachweis genannt wird - und zumeist ohne (ernstere) Nebenwirkungen. Und sie haben etwas, was man nicht unterschätzen sollte, vor allem in diesem Alter und seelisch-geistig-körperlichem Zustand: die erwähnte Eigen-Initiative, das aktive Mitmachen, was vor allem für das Selbstbewusstsein und damit Eigeninitiative hilfreich, ja unersetzlich ist. Dabei können sie durch die schmerz-mindernde Wirkung der Analgetika noch erfolgreicher, in Einzelfällen vielleicht sogar überhaupt erst möglich werden.

Um was handelt es sich also?

– Eine Maßnahme, die in Therapeuten-Kreisen im weitesten Sinne (also nicht nur Ärzte, Psychologen und Apotheker, auch Pflegepersonal und helfende Angehörige) erst langsam registriert, akzeptiert und genutzt wird, ist die so genannte *Edukation* (schlicht gesprochen: Anleitung, vielleicht sogar Erziehung zu etwas). Auf jeden Fall gehören umfassende Informationen und eine gezielte Aufklärung dazu, z. B. was Selbsthilfe-Techniken anbelangt (wie Entspannung oder Ablenkung), Ziele dieser oder jener Schmerz-Therapie, Möglichkeiten und Grenzen dieser Behandlungs-Verfahren, Schmerz-Ursachen, Erwartungen an das Schmerz-Management und die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung.

Aufklärung ist auch wichtig, um die verhängnisvollen Mythen über das Altern im Allgemeinen und den Schmerz im Alter zu entkräften. Dazu gehört beispielsweise die irrige Meinung, dass der Schmerz automatisch mit dem Älterwerden kommt und erduldet werden muss. Oder dass Schmerzmittel grundsätzlich süchtig machen. Im Übrigen müssen das auch viele Angehörige erst lernen, weshalb die Edukation auch sie einschließen sollte.

Bei den älteren Schmerz-Betroffenen müssen sie - wie bereits angedeutet - langsam und bildhaft erläutert und so oft wie nötig wiederholt werden. Vor allem gilt es die Betroffenen in ihrem eigenen Engagement zu bestärken.

- Dazu gehört auch die ständig wiederholte Bitte oder gar Mahnung, *auf ihre Schmerzen aufmerksam zu machen*, damit sie behandelt werden können, ob mit Medikamenten oder - wie in diesem Fall - mit nicht-medikamentösen Verfahren und guten Erfolgs-Aussichten.

- Falls möglich, die Grenzen ergeben sich von selber, sollen sich die Schmerz-Patienten *mit dem Thema Schmerz generell auseinandersetzen*. Denn Wissen ist Macht, auch sich selber zu helfen, zumindest durch entsprechende Kenntnisse, um mehr Verständnis und damit Erleichterung zu finden. Dazu ggf. nicht nur möglichst plastische Darstellungen seitens des pflegenden Umfeldes, sondern vielleicht auch Flyer oder Broschüren auf nachvollziehbarem Niveau.

- In manchen Fällen kann auch etwas zusätzliche seelische Stabilität bringen, was ohnehin in der Gesellschaft wieder vermehrt Interesse, ja Akzeptanz erfährt: gemeint sind religiöse oder spirituelle Aspekte, also *Religiosität* unter Einbezug institutioneller Bindungen (z. B. die jeweiligen Glaubensgemeinschaften) und Spiritualität als mehr individuelles Phänomen. Sofern man hier an mehr Informationen kommen kann, lässt sich dies zur entsprechenden Unterstützung nutzen.

● **Körperliche Aktivität**

Wichtig ist auch die *körperliche Aktivität*, und dies nicht nur im höheren Lebensalter und unter Schmerz-Belastung, sondern das ganze Leben hindurch, was nebenbei ab einem bestimmten Alter zum grundsätzlichen gesellschaftlichen Defizit wird (wer bewegt sich noch regelmäßig zur körperlichen Ertüchtigung). Im höheren Lebensalter ist dies bekanntlich - der jeweiligen Gesundheitslage und körperlichen Leistungsfähigkeit angepasst - fast noch wichtiger. Und bei Schmerz-Belastung kann es sogar zu einer tragenden Behandlungssäule in eigener Regie werden. Deshalb muss man die Betroffenen immer wieder(!) darauf aufmerksam machen, dass die regelmäßigen(!) körperlichen Übungen für die Erhaltung ihrer Beweglichkeit und (damit) Vermeidung und/oder Linderung von Schmerzen größte Bedeutung haben. Den jeweiligen Voraussetzungen angepasst, wie erwähnt.

– Dort, wo schwerere körperliche Einschränkungen diese Maßnahmen relativieren, sollten entsprechende Rehabilitations-Verfahren genutzt werden. Das Ziel lautet: die Gelenk-Beweglichkeit verbessern und der Muskelschwäche entgegen wirken.

Hier kommt vor allem die „*aktivierende Pflege*“ zum Einsatz, und zwar nicht nur bei allen Pflegetätigkeiten, sondern auch bei der Lagerung und Mobilisation im Rahmen der pflegerischen Prophylaxe (z. B. Kontraktions-Vorbeugung). Hier gilt es auch die rezeptpflichtigen krankengymnastischen Bewegungstherapien auszuschöpfen.

– Dabei lassen sich übrigens auch *ergotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten* gut integrieren. Das gleiche gilt für entsprechende Gruppen-Angebote wie *Hocker-Gymnastik*, und „*Tanz-Cafés*“, zumal hier nicht nur die körperliche Aktivität, sondern auch die Geselligkeit gefördert werden - und zwar auf allen Sinnes-Gebieten. Bei letzterem verweisen die Experten darauf, dass gerade die „alte“ Generation aus ihrer Jugendzeit eher als heute mit Gesellschaftstänzen vertraut war und noch immer ist. Denn selbst wenn Gedächtnisstörungen beeinträchtigen sollten, das so genannte Körper-Gedächtnis mobilisiert in diesem Fall dann doch alte Fertigkeiten, die gleichsam automatisch und ohne nachzudenken eingesetzt und genutzt werden können.

– Darüber hinaus können *dynamische Kräftigungs-Übungen* nicht nur die Schmerz-Intensität, sondern auch depressive und angst-getönte Verstimmungen reduzieren helfen.

– Ähnliches gilt für nützliche Tätigkeiten mit angepasster körperlicher Belastung, je nach Konstitution, wie z. B. *hauswirtschaftliche Aufgaben*. Auch hier kann beim weiblichen Geschlecht auf etwas zurückgegriffen werden, was Jahrzehnte zum Tagesablauf gehörte, in diesem Fall vielleicht etwas schlicht, aber dann doch wieder anregend und vor allem körperlich aktivierend. Beispiele: Tisch auf- und abdecken, Wäsche zusammenlegen, kleinere Gartenarbeiten, Versorgung von Mitpatienten u. a. Auf diese Weise werden sinn(!)volle Betätigung und körperliche Bewegung miteinander verstärkend verbunden.

– Und bei allem - nochmals in Erinnerung gebracht -, durchaus mit *medikamentöser Unterstützung*. Wem jeder Griff weh tut, der würde gerne, aber letztlich kann er halt nicht (mehr). Vielleicht bekommt er zwar schon eine Basis-Medikation, die jedoch für solche zusätzlichen Anforderungen nicht mehr ausreicht. Dann müssen die Pflegefachkräfte prüfen, ob vor solchen Bewegungs-Aktivitäten eine dann halt auch zusätzliche Bedarfs-Medikation gegeben werden kann. Das ist grundsätzlich zu befürworten. Denn sonst kommt es zu einer unglückseligen Verkettung von Schmerzen mit nachfolgender Schonhaltung und schließlich Funktions-Einschränkungen - und daraus ggf. weitere Schmerz-Intensivierung. Dem ist also guten Gewissens vorzubeugen oder - wenn be-

reits als Einwand des Patienten zum Rückzug angedeutet - zur analgetischen Re-Motivation. So die Empfehlungen der Experten der Berliner Institute für Medizinische Soziologie und Klinische Pharmakologie und Toxikologie der Charité Universitätsmedizin.

Wichtig: Man muss herausfinden, welche Bewegungs-Art dem Betreffenden am meisten Anregung, Freude oder auch Erinnerungsmöglichkeiten verschafft. Bedeutsam sind dabei vor allem sanfte Bewegungs-Arten wie Gymnastik, Yoga, Tai Chi oder Qi Gong. Man beginnt durchaus langsam und ob eine Steigerung möglich, sinnvoll oder erträglich ist, wird sich erst allmählich zeigen. Wichtige Erkenntnis: Der Patient sollte seine Ziele selber abstecken und sich nicht überfordern (lassen). Das von ihm oder mit ihm zusammengesetzte Programm soll auch „sein“ Programm bleiben, selbst wenn man ihm mehr Abwechslung nahe legen möchte. Regelmäßigkeit ist wichtiger als Vielfalt oder Intensität.

Ein immer wieder auftauchendes Problem sind die Befürchtungen, dass körperliche Aktivität die *Verletzungsgefahr* erhöhen könnte (Fachbegriff: fear avoidance beliefs). Schon diese Angst kann natürlich das Schmerz-Niveau anheben und damit letztlich den Schmerz eher verstärken als lindern. Diese irrtümlichen Überzeugungen führen dann zu entsprechendem Vermeidungsverhalten mit Inaktivität - und damit der Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen.

Hier spielt natürlich auch die - ja durchaus begründete - Sturz-Angst eine wichtige Rolle. Entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass allein diese Befürchtung nicht nur das schmerz-bezogene Vermeidungsverhalten verstärkt, sondern auch noch die Sturzgefahr verstärken kann. Das heißt: Aufklärung, Schulung, Training und damit Befähigung zu einem umfassenden Schmerz-Management sind unerlässlich, um der Chronifizierung von Schmerzen gezielt entgegen zu wirken. Solche bewährten Bewegungs- und Trainings-Programme zu Muskel-Aufbau und Balance versprechen in der Tat auf Dauer eine effektivere Schmerz-Linderung als alle passiven Programme, die zwar durchaus theoretische Berechtigung haben, die rein körperliche Basis-Voraussetzungen aber nicht zu stärken vermögen. Am besten ist und bleibt allerdings die angepasste Kombination aller Maßnahmen.

• Ergänzende Therapieverfahren

Ein häufig zu hörender Fachbegriff sind die so genannten *adjuvanten (ergänzenden) Therapien*, die ebenfalls schmerzlindernd wirken können. Über die meisten Verfahren wurde bereits berichtet. Nachfolgend noch einmal. Eine Kurzfassung zu diesem Behandlungs-Bereich.

– Dazu gehören die schon erwähnten *peripher wirkenden Maßnahmen* wie Wärme, Kälte, Einreibungen, Massagen und die Transkutane elektrische Ner-

venstimulation (TENS). Und die primär zentral (also auf das zentrale Nervensystem direkt) wirkenden Maßnahmen wie Entspannung, Visualisierung, Imagination und ablenkende Tätigkeiten.

Mag die Wirksamkeit solcher Verfahren auch nicht durchgehend bewiesen sein, entscheidend ist ihr Effekt auf den einzelnen Schmerz-Gepeinigten.

Dies gilt nicht zuletzt für die oberflächliche Massage von Schultern, Rücken, Händen und Füßen, unterstützt durch ein warmes Öl. Ähnliches gilt auch für die rhythmische Massage wie z. B. die atem-stimulierende Einreibung. Auch Kombinationen von Massage und Vibration können nützlich sein, wobei allerdings bestimmte Gegenanzeigen (Kontraindikationen) bei den Vibrations-Geräten beachtet werden müssen (z. B. Neigung zu Kopfschmerzen, vor allem Migräne, Blutergüssen, Thrombose u. a.).

– Positive Effekte lassen sich auch durch *künstlerische Tätigkeiten* wie Tanz und Musiktherapie erreichen. Dabei können die Pflegekräfte entsprechende Musik-Beispiele vorschlagen oder ausprobieren lassen. Die Patienten können aber auch angeleitet werden, die Musik-Anlage selber zu bedienen und es sich zur Entspannung bequem zu machen. Vom Tanz, vor allem in der Gruppe, war schon die Rede.

• **Schlussfolgerung**

Am besten wirken alle nicht-medikamentösen Maßnahmen, wenn die Schmerz-Betroffenen aktiv beteiligt werden. Denn diese Mitarbeit fördert Vertrauen, Selbstkontrolle und Eigen-Verantwortung. Wichtig ist dabei aber auch, die *Vorlieben* und *eigenen Erfahrungen* der Patienten und ggf. ihrer Angehörigen zu berücksichtigen. Entscheidend ist letztlich nicht die Maßnahme, sondern die subjektiv empfundene Schmerzlinderung, so die Berliner Experten.

Und schließlich ein Aspekt, der den Betreuern - von den Angehörigen bis zu den Pflegekräften - zwar die meiste Kraft kostet, doch es zahlt sich aus. Gemeint ist das Phänomen „*Zuwendung oder nicht*“.

Eine *empathische Einstellung* kostet aber - wie erwähnt und immer wieder von den Fachkräften betont -, viel Energie, Zeit und möglicherweise auch individuelle Reserven. Hier ist auch ein Aspekt des viel diskutierten Burnout zu suchen, ausgedrückt in dem Satz: „Der durch Burnout beklagte Mangel an Zuwendung kann auch auf ein früheres Zuviel an Zuwendung zurück gehen.“ Das ist für die therapeutische Seite ein mitunter schwer lösbares Problem („zu viel brennt auf Dauer aus“). Natürlich ist es letztlich eine Frage der „Selbst-Dosierung“, doch jeder weiß: die Theorie ist das eine, der Alltag das andere. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, vor allem was das Thema „Burnout: Erkennen - Verstehen - Verhüten“ anbelangt.

Für die Patienten ist es allerdings ein Plus, darüber gibt es keine unterschiedliche Einschätzung. Vor allem ein einfühlsames *Gespräch* kann nicht nur besser zum Verständnis der Schmerz-Situation beitragen, besonders wenn der Patient sich ernst genommen und verstanden fühlt, es stärkt auch seine Selbsthilfe-Kompetenz, wie der Fachausdruck lautet. Manchmal ist es auch wichtig, gezielt Trost zu spenden. Auf jeden Fall gilt: Zuwendung lindert das Beschwerdebild und stärkt die Selbstheilungs-Kräfte.

Medikamentöse Therapie

Die nicht-medikamentösen schmerz-lindernden Möglichkeiten sind wichtig, weil sie meist die Eigen-Initiative unterstützen, die gerade bei schmerzbedingten seelischen, geistigen, körperlichen und psychosozialen Einschränkungen erheblich zu leiden pflegt, besonders bei chronischen Schmerzbildern. Sie pflegen aber neben dem nicht immer optimalen bzw. zu erwartenden Eigen-Anteil auch nicht so spektakulär zu wirken, wie man es sich im gepeinigten Bedarfsfall dann doch von entsprechenden Medikamenten erhofft.

Und so besteht die Hälfte des umfassenden Beitrags über Interdisziplinäre Handlungsempfehlungen zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheim der Experten I. Wulff, F. Könner, M. Kölzsch, A. Budnick, D. Dräger und R. Kreutz der Institute für Medizinische Soziologie und Klinische Pharmakologie und Toxikologie an der Charité Universitätsmedizin Berlin, aus medikamentösen Behandlungsempfehlungen, sprich Möglichkeiten, Grenzen, ggf. Gefahren und dies vor allem im höheren Lebensalter und im Rahmen von entsprechenden Pflegeeinrichtungen.

Einzelheiten dazu, die sehr differenziert, konkret und alltags-relevant vorgestellt werden, finden sich in der erwähnten Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6 (2012) 505. Die medikamentöse Therapie ist eine wichtige Behandlungs-Grundlage, die allerdings ausschließlich den Arzt betrifft, in diesem Fall wohl zumeist der die entsprechenden Heime versorgende Hausarzt oder Facharzt, je nach erforderlicher medizinischer Disziplin. Deshalb wird in diesem Report auf entsprechende Hinweise verzichtet bzw. für die zuständigen Pflegefachkräfte und Ärzte auf diese Publikation verwiesen. Ihr Studium lohnt sich, denn gerade die für die Schmerztherapie verfügbaren Arzneimittel sind zwar unwidersprochen ein Segen (wer möchte im eigenen Fall darauf verzichten), werfen aber auch nicht wenige Probleme auf. Und dies nicht nur was ihre Nebenwirkungen, sondern auch so genannten Arzneimittel-Interaktionen anbelangt, d. h. die Wechselwirkungen der in der Regel ja nicht wenigen Medikamente, die im höheren Lebensalter verordnet und eingenommen werden müssen.

LITERATUR

Wichtiges, umfangreiches und auch immer differenzierter werdendes Diagnose- und Behandlungsthema in Pflege und ärztlicher Therapie. Deshalb inzwischen umfangreiches Literaturangebot, meist Fach-Publikationen und -Bücher, wie sie auch im vorliegenden Fall angeführt und im Detail nachgelesen werden können.

Grundlage vorliegender Ausführungen ist der Fachartikel

*I. Wulff, F. Könner, M. Kölzsch, A. Budnick, D. Dräger, R. Kreutz: **Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen.** Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6 (2012) 505*