

6 Messinstrumente

6.1 Skalen

Henning Ohnesorge

Frage 229

? Wie sind die Anker / Endpunkte der zur Erfassung von Schmerzen verwendeten numerischen Ratingskala (NRS) bezeichnet?

! Die Anker / Endpunkte sind „keine Schmerzen“ und „stärkste vorstellbare Schmerzen“.

i Die Anker oder Endpunkte von numerischen Ratingskalen sind für die Reproduzierbarkeit und Vergleichbarkeit der erfassten Daten von entscheidender Bedeutung. Bereits geringfügige Veränderungen in der Formulierung der Endpunkte können zu einer erheblichen Verschiebung der erfassten Skalenwerte beitragen (z. B. „unvorstellbar starke Schmerzen“ statt „stärkste vorstellbare Schmerzen“). Daher sind die Instruktionen bei der Befragung der Patienten streng einzuhalten. Ebenso tragen Kommentare wie „als ob man Ihnen ein Messer in den Bauch stößt“ zu einer Verfälschung der erfassten Daten bei und sind daher zu unterlassen.

Frage 230

? Worin unterscheidet sich eine visuelle Analogskala (VAS) von einer numerischen Rating-skala (NRS)?

! Auf einer visuellen Analogskala markiert der Patient seine Angabe auf einer mit den Ankern / Endpunkten versehenen horizontalen Linie, die typischerweise 100 mm lang ist. Die Auswertung erfolgt durch Ausmessen der Distanz vom niedrigen Ankerpunkt zur Markierung, die erfassten Werte werden in Millimetern (0–100) angegeben.

Eine numerische Ratingskala erfasst die Angaben des Patienten auf einer Skala zwischen 0–10, die mit entsprechenden Ankern bezeichnet sind.

i Die praktischen Unterschiede in der Anwendung einer VAS und NRS sind gering, allerdings kann eine NRS sowohl schriftlich als auch mündlich ohne weitere Hilfsmittel erfasst werden. Die Angaben auf einer VAS unterscheiden sich jedoch zumindest geringfügig von den Angaben auf einer NRS (mit gleichen Ankern!). Somit ist eine einfache Division der Angaben auf einer VAS durch 10 und Rundung auf den entsprechenden Zahlenwert nicht geeignet, um eine Vergleichbarkeit mit der NRS zu erzielen.

Frage 231

? Welche Instrumente eignen sich zur Erfassung von Schmerzen im Kindesalter (zwischen 3 und 8 Jahren)?

! In der Altersgruppe zwischen 3 und 8 Jahren eignen sich insbesondere Smiley-Skalen zum Erfassen akuter und chronischer Schmerzen.

i Skalen für Kinder können als Smiley-Ratingskalen mit typischerweise 5 Smileys (► Abb. 6.1) zum Einsatz kommen. Diese Form einer Rating-skala ist insbesondere für kleinere Kinder geeignet. Aufgrund der groben Abstufung sind allerdings nur starke Veränderungen der Schmerzintensität zu erfassen. Eine visuelle Analogskala mit Smileys als Anker kann kleinere Veränderungen erfassen, setzt jedoch ein höheres Abstraktionsvermögen der Kinder voraus. Alternativ können Modifikationen der VAS z. B. als Schmerzthermometer oder Schmerzleiter eingesetzt werden. Interessanterweise sind bei Smiley-Skalen im Gegensatz zu den „normalen“ Skalen die Anker für keine Schmerzen typischerweise rechts und für starke Schmerzen links.



Abb. 6.1 Smiley-Ratingskala.

Frage 232

- ? Welches Instrument kann zur Erfassung von akuten Schmerzen bei Kindern unterhalb des 4. Lebensjahrs eingesetzt werden?
- ! Neben vielen anderen möglichen Instrumenten hat sich in Deutschland die kindliche Unbehagens- und Schmerzskala (KUSS) zum Erfassen von akuten Schmerzen bei Kindern unterhalb des 4. Lebensjahres durchgesetzt.
- i Die kindliche Unbehagens- und Schmerzskala (► Tab. 6.1) erfasst 5 klinische Kategorien in einer Erfassungszeit von 15 s, denen Punktwerte zugeordnet sind. Ab einer Punktwertesumme von 4 sollte man eine analgetische Behandlung erwägen. Die Skala eignet sich für nicht beatmete Kinder vom Neugeborenenalter bis zum Ende des 4. Lebensjahrs).

Frage 233

- ? Gibt es spezielle Skalen zum Erfassen von Schmerzen bei dementen Patienten?
- ! Neben der Smiley-Skala, die zumindest noch eine gewisse Kommunikationsfähigkeit erfordert, sind Fremderfassungsinstrumente wie ECPA (L'Echelle Comportementale de la douleur pour Personnes Agées non communicantes) und BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) bei dementen Patienten anwendbar.
- i Für den deutschen Sprachraum sind validierte Fassungen dieser Erfassungsinstrumente vorhanden. Der Personalaufwand zur Erfassung dieser Bögen ist jedoch erheblich und setzt auch eine gute Kenntnis des Verhaltens des Patienten voraus.

Frage 234

- ? Welche Schmerzskala eignet sich zur retrospektiven Erfassung von Schmerzen besonders?
- ! Keine.

Tab. 6.1 Kindliche Unbehagens- und Schmerzskala (KUSS).

Klinik	Punktwert
Weinen	
gar nicht	0
Stöhnen, Jammern, Wimmern	1
Schreien	2
Gesichtsausdruck	
entspannt, lächelnd	0
Mund verzerrt	1
Mund und Augen grimassierend	2
Rumpfhaltung	
neutral	0
unstet	1
aufbäumen, krümmen	2
Beinhaltung	
neutral	0
strampelnd, tretend	1
an den Körper gezogen	2
Motorische Unruhe	
nicht vorhanden	0
mäßig	1
ruhelos	2

- i Länger zurückliegende Schmerzen werden in der Erinnerung meist überbewertet und vom aktuellen Schmerzerleben stark beeinflusst. Daher ist ein retrospektives Erfassen von Schmerzen auch mithilfe von Schmerzskalen nicht sinnvoll. Stattdessen empfiehlt sich das Verwenden von Schmerztagebüchern.

Frage 235

- ? Was ist eine verbale Ratingskala?
- ! Eine verbale Ratingskala ist eine kategoriale Skala, in der die Stärke von Beschwerden (Schmerzen) in (meist 5) Begriffen erfasst wird, z. B. „keine – leicht – mäßig – stark – unerträglich“.
- i Die verbale Ratingskala ist eine leicht zu verwendende Skala zum Erfassen von Beschwerden, z. B. Schmerzen. Ihr Vorteil besteht insbesondere darin, dass für ihre Anwendung kein Abstraktionsvermögen notwendig ist und sie daher auch bei Patienten einsetzbar ist, die



Schwierigkeiten bei der Anwendung von numerischen Ratingskalen (NRS) oder visuellen Analogskalen (VAS) haben. Ihr Nachteil ist v.a. in der groben Abstufung zu sehen, die – wie auch bei Smiley-Skalen – nur starke Veränderungen der Schmerzintensität erfassen kann.

Frage 236

- ? Was lässt sich mit numerischen Ratingskalen erfassen?
- ! Neben der Schmerzintensität lassen sich mithilfe von numerischen Ratingskalen alle subjektiven Beschwerden, z. B. Übelkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Zufriedenheit etc., erfassen.
- i Neben der Schmerzstärke sind zur Beurteilung eines Therapieerfolgs auch weitere Beschwerden zu erfassen. Hierzu werden im Allgemeinen Tagesfragebögen verwendet, die Beschwerden / Symptome auf numerischen Ratingskalen (alternativ auch visuellen Analogskalen oder verbalen Ratingskalen) erfassen. Um eine Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten zu gewährleisten, sollte man auf eine korrekte Formulierung der Anker / Endpunkte achten.

Frage 237

- ? Wie lassen sich die Ergebnisse auf numerischen Ratingskalen statistisch auswerten?
- ! Numerische Ratingskalen sind intervallskaliert und können damit nicht einer Normalverteilung unterliegen. Somit sind streng genommen eine Mittelwertbildung und die Berechnung von Standardabweichungen sowie die Verwendung parametrischer Tests (Student-t-Test) nicht zulässig. Stattdessen sollten Mediane und Perzentilränge berechnet und zur statischen Analyse nicht parametrische Tests (Wilcoxon-Rangsummen oder Mann-Whitney-u-Test) verwendet werden.
- i Bei Verwendung einer 11-Punkte-NRS wird unter gewissen Voraussetzungen allerdings häufig eine Normalverteilung angenommen und auch von wissenschaftlichen Zeitschriften akzeptiert.

Frage 238

- ? Wie ist ein Studienmedikament zu bewerten, das eine signifikante Reduktion der Schmerzintensität von 0,8 Punkten auf einer 11-punktigen numerischen Ratingskala bewirkt?
- ! Im Allgemeinen kann man davon ausgehen, dass Patienten eine Reduktion von weniger als 1 auf einer 11-Punkte-NRS nicht wahrnehmen können. Somit ist die klinische Relevanz dieses Studienbefunds zumindest fraglich.
- i Bei der Bewertung klinischer Studien spielen nicht nur die korrekte Studiendurchführung und statistische Auswertung eine Rolle. Für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis ist auch die klinische Relevanz statistisch signifikanter Befunde von entscheidender Bedeutung. Eine Reduktion von weniger als 1 Punkt auf einer 11-punktigen NRS oder weniger als 10 mm auf einer 100 mm VAS wird im Allgemeinen als klinisch nicht wahrnehmbar und damit als irrelevant bewertet.

6.2 Fragebögen

Henning Ohnesorge

Frage 239

- ? Welche Schlüsse lassen sich aus der Auswertung der Schmerz-Beschreibungs-Liste (SBL) nach Korb ziehen?
- ! Die SBL dient als Erfassungsinstrument für das affektive Erleben von Schmerzen. Gleichzeitig lassen sich Hinweise auf einen neuropathischen Charakter der Schmerzen gewinnen.
- i Die SBL ist Bestandteil des Schmerzfragebogens der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS). Es werden insgesamt 12 Adjektive angeboten, mit denen die typischen Eigenschaften der Schmerzen angegeben werden sollen. Vier davon weisen einen stark affektiven Charakter auf. Eine hohe Angabe (Summenpunktwert > 8) dieser Beschreibungen weist auf ein erhöhtes affektives Schmerzerleben hin.

Frage 240

- ? Welche Faktoren gehen in die Erfassung des Schmerzschweregrads nach von Korff ein?
- ! In den Schweregrad nach von Korff gehen die „charakteristische Schmerzintensität“, der „Disability Score“ und die „Disability-Tage“ ein.
- i Der Disability Score ist ein Mittelwert aus den Angaben zur Schmerzbeeinträchtigung. Die Disability-Tage berechnen sich aus der Anzahl der Tage in den letzte 3 Monaten, an denen eine schmerzbedingte Beeinträchtigung bestanden hat.

Frage 241

- ? Welche Abstufungen kennt der Schmerzschweregrad nach von Korff?
- ! Die Schmerzgraduierung nach von Korff umfasst 5 Schweregrade von 0–4.
- i Die Schweregrade nach von Korff:
- 0 – keine Schmerzen
 - 1 – geringe Schmerzintensität mit geringer Beeinträchtigung
 - 2 – hohe Schmerzintensität mit geringer Beeinträchtigung
 - 3 – hohe Schmerzintensität mit mittlerer Beeinträchtigung
 - 4 – hohe Schmerzintensität mit hoher Beeinträchtigung

Frage 242

- ? Welche Aspekte werden im deutschen Schmerzfragebogen mithilfe der DASS erfasst?
- ! Die DASS ist ein Screening-Instrument für Depression, Angst und körperliche Anspannung (Stress).
- i Die „Depression, Anxiety and Stress Scale“ (DASS) erfasst mittels 21 Fragen die Achsen Depression, Angst und körperliche Anspannung (Stress). Sie ersetzt im aktuellen deutschen Schmerzfragebogen die vormals verwendeten

Instrumente zur Erfassung von Depressivität wie HADS und ADS und ist lizenzfrei verwendbar. Werden die Cut-off-Werte für die Subskalen erreicht oder überschritten, ist eine differenzierte psychologische Anamnese Voraussetzung für eine gesicherte klinische Diagnose.

Frage 243

- ? Die Auswertung der DASS eines Patienten ergibt einen Punktwert für die Achse Depression von 13 Punkten, die Achse Angst von 4 Punkten und die Achse Stressbelastung von 8 Punkten. Was lässt sich aus diesen Angaben schließen?
- ! Der Punktwert für die Achsen Angst und Stressbelastung liegt unterhalb des Cut-off-Werts, der Punktwert für die Achse Depression darüber. Somit deutet die DASS dieses Patienten auf ein depressives Erleben hin. Eine Diagnosesicherung sollte durch ein standardisiertes Interview erfolgen, dass sich nach den Diagnosekriterien des ICD-10 (s. Weiterführende Literatur (S.318)) und DSM V richtet. Eine Diagnosestellung ausschließlich aufgrund von Fragebogenergebnissen ist nicht zulässig.
- i Die DASS hat für die Achsen Depression und Stressbelastung jeweils einen Cut-off-Wert von ≥ 10 und die Achse Angst einen Cut-off ≥ 6 Punkten. Die Zuverlässigkeit zur Erfassung von Depressionssymptomen ist vergleichbar gut wie bei der gut validierten Allgemeinen Depressionsskala (ADS). Eine Überschreitung dieser Werte spricht also mit großer Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung, wobei eine klinische Validierung erforderlich ist.

Frage 244

- ? Welche Fragebögen zum Erfassen depressiver Symptome sind in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten gebräuchlich?
- ! Neben der DASS, die im gemeinsamen Schmerzfragebogen der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) und der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS) ent-



halten ist, werden häufig die Allgemeine Depressionsskala (ADS) und zur Schweregradbeurteilung einer Depression das Beck-Depressions-Inventar (BDI) verwendet.

- i** Die ADS ist die deutsche Übersetzung des Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) und war in der alten Version des Deutschen Schmerzfragebogens als Depressions-Screeningtool enthalten. Sie erfasst die Beeinträchtigung durch psychische Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster. Aufgrund ihrer breiten internationalen Verwendung findet sie häufig in klinischen Studien Anwendung.

Das BDI eignet sich weniger als Screeninginstrument, da eine Fokussierung des Fragebogens auf Depressivität leicht erkennbar ist und daher vor Diagnosestellung einer Depression Falschantworten wahrscheinlich sind.

Frage 245

- ?** Was ist „Pain Detect“?
- i** Bei Pain Detect handelt es sich um ein Projekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft Neuropathischer Schmerz (DFNS), die in Zusammenarbeit mit der Industrie einen Fragebogen entwickelt hat. Ursprünglich sollte der Fragebogen nur die Differenzierung von nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen erleichtern.
- i** Pain Detect ist inzwischen durch zahlreiche weitere Testinstrumente u. a. zur Erfassung von Depressivität, Einschränkung durch Schmerz, Schlafqualität und weitere Aspekten einer Schmerzerkrankung erweitert worden.

Frage 246

- ?** Was wird mit dem Fragebogen SF 12 oder SF 36 erfasst?
- i** Die Fragebögen SF 36 (Short Form 36) bzw. die Kurzform SF 12 erfassen die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

- i** Die international gebräuchlichen Fragebögen stellen ein gut validiertes Instrument zum Erfassen der Lebensqualität dar, die sich zu einem wichtigen Kriterium der Outcomeforschung entwickelt hat. Namegebend für die Lebensqualitätsfragebögen SF 12 und SF 36 ist die Anzahl der Fragen, aus denen nach einer EDV-gestützten Auswertung verschiedene Scorewerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität errechnet werden.

Der SF 36 bietet nach Auswertung Scores für 8 Merkmale der Lebensqualität, aus denen wiederum Summenscores für die „körperliche“ und „psychische“ Lebensqualität errechnet werden. Der SF 12 lässt sich nur über die Summenscores auswerten.

In der Schmerztherapie stellen diese Instrumente übergreifende Verlaufsparmeter dar, die neben schmerzbedingten Einschränkungen der Lebensqualität auch andere körperliche und psychische Faktoren erfassen. Im deutschen Schmerzfragebogen ist der SF 12 im Modul „L“ zuletzt durch den VR 12 ersetzt worden, der dem SF 12 sowohl vom Umfang als auch vom Inhalt und der Aussagekraft stark ähnelt.

Frage 247

- ?** Welche Funktion kann eine Schmerzzeichnung des Patienten haben?
- i** Insgesamt sollte die Bewertung einer Schmerzzeichnung zurückhaltend erfolgen und primär als Kommunikationshilfsmittel für die Anamnese zum Einsatz kommen. Sie kann allerdings auch erste Hinweise auf die Schmerzausbreitung und damit auf die Schmerzgenese geben.
- i** Die Bedeutung der Schmerzzeichnung in Schmerzfragebögen wurde initial als sehr hoch eingeschätzt und mit der Hoffnung verbunden, mit ihrer Hilfe somatoforme Schmerzstörungen diagnostizieren zu können. Aktuellere Untersuchungen belegen jedoch, dass anhand der Schmerzzeichnung eine solche Unterscheidung nicht vorgenommen werden kann. Allerdings kann die Schmerzzeichnung bei typischen Ausbreitungen der Schmerzareale (radikulär, pseudoradikulär) und bei Kopfschmerzen sehr hilfreich für die Diagnosefindung sein.

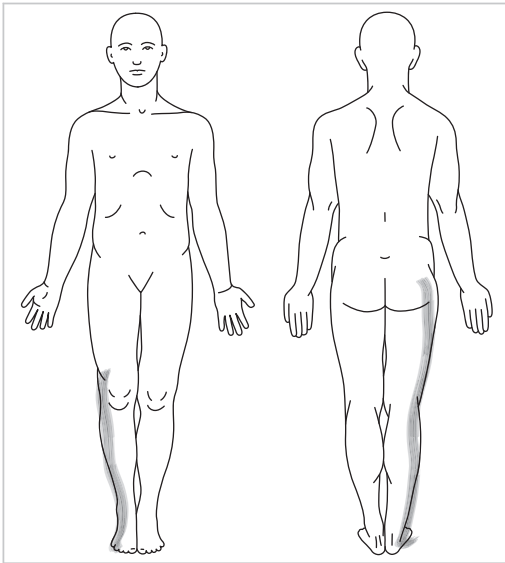


Abb. 6.2 Schmerzzeichnung zu Frage 248.

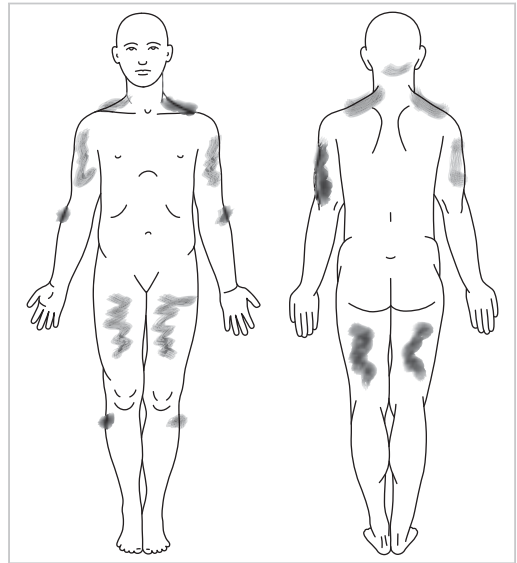


Abb. 6.3 Schmerzzeichnung zu Frage 249.



Frage 248

- ? Welche Verdachtsdiagnose legt die folgende Schmerzzeichnung nahe (► Abb. 6.2)?
- ! Die Schmerzzeichnung spricht für eine Schmerzausstrahlung in das Dermatom S1 und kann Ausdruck einer Radikulopathie z. B. im Rahmen eines Bandscheibenvorfalles sein.
- i Die Bewertung von Schmerzzeichnungen sollte immer zurückhaltend erfolgen, eine Diagnosestellung alleine aufgrund einer Schmerzzeichnung ist nicht möglich.

Frage 249

- ? Welche Verdachtsdiagnose legt die folgende Schmerzzeichnung nahe (► Abb. 6.3)?
- ! Die Schmerzzeichnung könnte von einem Patienten mit Fibromyalgiesyndrom angefertigt worden sein.
- i Das Verteilungsmuster der angegebenen Schmerzen entspricht im Wesentlichen den Tenderpoints, die bei einem Fibromyalgiesyndrom druckschmerzhaft auftreten können.

Frage 250

- ? Welche Verdachtsdiagnosen legt die folgende Schmerzzeichnung nahe (► Abb. 6.4)?
- ! Die Schmerzzeichnung lässt ohne weitere Informationen eine Vielzahl von Verdachtsdiagnosen zu, u. a. distal symmetrische Polyneuropathie, Claudicatio spinalis bei Spinalkanalstenose, Claudicatio intermittens bei diffuser symmetrischer pAVK etc.
- i Dieses Beispiel verdeutlicht, dass eine Schmerzzeichnung ohne Anamnese und klinische Untersuchung nur bedingt bewertbar ist.

Frage 251

- ? Was wird mit dem Pain Disability Index (PDI) erfasst?
- ! Der PDI erfasst die Einschränkungen verschiedener Aspekte des täglichen Lebens durch den Schmerz.
- i Der PDI erfasst 7 Achsen (familiäre und häusliche Verpflichtungen, Erholung, soziale Aktivitäten, Beruf, Sexualleben, Selbstversorgung, lebensnotwendige Tätigkeiten), für die die Ein-

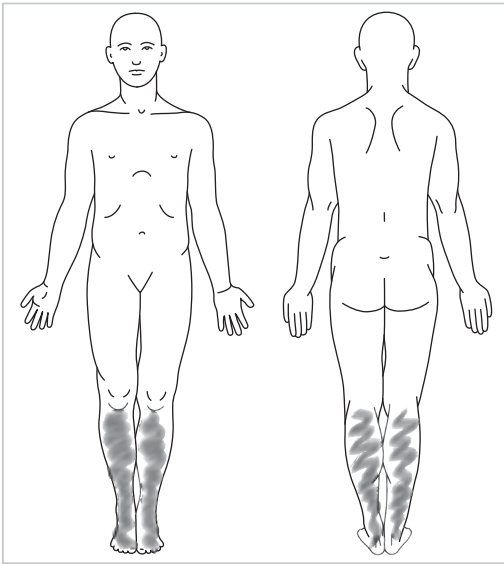


Abb. 6.4 Schmerzzeichnung zu Frage 250.

schränkung durch den Schmerz auf einer 11-punktigen numerischen Ratingskala erfasst wird. Die Auswertung erfolgt durch Aufsummieren der einzelnen Punktwerte. Somit kann der PDI zwischen 0 und 70 Punkten liegen. Bei gesunden Patienten sollte der PDI 0 betragen. Daher eignet sich der PDI nicht als diagnostisches Instrument, sondern dient der Verlaufsbeurteilung von Schmerzpatienten.

Frage 253

? Wie sind folgende Angaben zur Schmerzintensität und den Zielen der Schmerztherapie bei einem hoch chronifizierten Patienten zu bewerten?

- aktuelle Schmerzstärke: 10
- maximale Schmerzstärke in der letzten Woche: 10
- minimale Schmerzstärke in der letzten Woche: 10
- durchschnittliche Schmerzstärke in der letzten Woche: 10
- erträgliche Schmerzstärke bei erfolgreicher Behandlung: 0

! Der Patient hat möglicherweise ein rein dichotomes Erleben seiner Schmerzen und kann daher auch Einflussfaktoren, die die Schmerzintensität beeinflussen, nicht wahrnehmen. Im Zentrum der Behandlung sollten in diesem Fall zunächst die Schulung der Körper- und Schmerzwahrnehmung sowie die Entwicklung eines realistischen Ziels der Schmerztherapie stehen.

i Bei hoch chronifizierten Schmerzpatienten ist im Allgemeinen nur eine Linderung der Beschwerden möglich. Das vom Patienten formulierte Ziel der vollständigen Schmerzfreiheit ist daher als unrealistisch zu bewerten und verhindert die Wahrnehmung von Therapieerfolgen.

Frage 252

? Was erfasst der Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden?

! Mit dem Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden werden mit 7 Items positive Ressourcen erfasst, die u. a. auch eine Einschätzung von Copingoptionen von Schmerzpatienten ermöglichen. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Deutschen Schmerzfragebogens und ist als Verlaufsparemeter geeignet, da er sich als besonders änderungssensitiv für Interventionen zeigt, die auf die Erweiterung von Ressourcen zur Belastungsverarbeitung zielen.

Frage 254

? Welche Angaben aus dem Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS) benötigt man, um eine Einstufung im Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung (MPSS, nach Gerbershagen) vorzunehmen?

! Das MPSS erfasst die folgenden 4 Achsen:

1. zeitliche Aspekte
2. räumliche Aspekte
3. Medikamenten-Einnahmeverhalten
4. Patientenkarriere

Neben dem Schmerzfragebogen mit der Schmerzzeichnung ist daher auch ein Schmerztagebuch notwendig (► Abb. 6.5).

Das Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung (MPSS) Auswertungsformular

Achse 1: Zeitliche Aspekte

Auftretenshäufigkeit

- einmal täglich oder seltener
- mehrmals täglich
- dauernd

Dauer

- bis zu mehreren Stunden
- mehrere Tage
- länger als eine Woche oder dauernd

Intensitätswechsel

- häufig
- gelegentlich
- nie

Achse 2: Räumliche Aspekte

Schmerzbild

- monolokulär
- bilokulär
- multilokulär oder Panalgesie

Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten

Medikamenteneinnahme

- unregelmäßiger Gebrauch von max. 2 peripheren Analgetika
- max. 3 periphere Analgetika höchstens 2 regelmäßig
- regelmäßig mehr als 2 periphere Analgetika oder zentralwirkende Analgetika

Anzahl der Entzugsbehandlungen

- keine
- eine
- mehr als eine Entzugsbehandlung

Achse 4: Patientenkarriere

Wechsel des persönlichen Arztes

- kein Wechsel
- max 3 Wechsel
- mehr als 3 Wechsel

Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte

- bis 1
- 2 bis 3
- mehr als 3

Schmerzbedingte Operationen

- bis 1
- 2 bis 3
- mehr als 3

Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen

- keine
- bis 2
- mehr als 2

Wert

Achsen-
summeAchsen-
stadium1
2
31
2
31
2
31
2
31
2
31
2
31
2
31
2
31
2
31
2
3

3-9

1-3

2-6

4-12

3 = I
4-6 = II
7-9 = III1 = I
2 = II
3 = III2 = I
3-4 = II
5-6 = III4 = I
5-8 = II
9-12 = III

Gesamt-
Stadium
I 4-6
II 7-8
III 9-12

Addition
der
Achsen-
Stadien

H.U. Gerbershagen, J. Korb, B. Nagel & P. Nilges

Abb. 6.5 MPSS. Mainzer Stadienmodell (MPSS) nach Gerbershagen et al. (mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Schmerzgesellschaft, Berlin)



- i** Siehe dazu auch Abschnitt Schmerzchronifizierung.

Frage 255

- ?** Wie sind die folgenden Ergebnisse der Auswertung eines SF 36 zu werten?
- körperliche Funktionsfähigkeit: 90
 - körperliche Rollenfunktion: 85
 - Schmerz: 72
 - allgemeine Gesundheitswahrnehmung: 68
 - Vitalität: 65
 - soziale Funktionsfähigkeit: 90
 - emotionale Rollenfunktion: 92
 - psychisches Wohlbefinden: 75

- !** Die Ergebnisse entsprechen den Vergleichswerten eines männlichen Normkollektivs in der Bundesrepublik Deutschland.

- i** Die Ergebnisse des SF 36 stellen den Prozentwert der maximalen Lebensqualität in den verschiedenen Achsen dar. Da auch ein Normkollektiv nicht eine maximale Lebensqualität aufweist und die Lebensqualität in einzelnen Achsen sich im Alter verändert, ist zur Beurteilung der Daten ein Vergleich mit einem möglichst altersentsprechenden Vergleichskollektiv heranzuziehen.

Frage 256

- ?** Welche Verdachtsdiagnosen lässt folgende Schmerzzeichnung zu (► Abb. 6.6)?

- !** Die Zeichnung deutet auf einen holokraniellen Kopfschmerz hin. Hierbei sind als Differenzialdiagnosen u.a. sowohl die Kopfschmerzformen des Spannungstyps als auch Kopfschmerzen durch Substanzübergebrauch zu berücksichtigen.

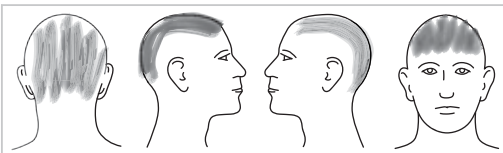


Abb. 6.6 Schmerzzeichnung zu Frage 256.

- i** Die genannten Diagnosen stellen die häufigsten Differenzialdiagnosen holokranieller Kopfschmerzen dar, weitere, seltenere holokranielle Kopfschmerzformen sind Kopfschmerzen bei einer Subarachnoidalblutung, Sinusvenenthrombose, Meningitis, intrakraniellen Hypo- / Hypertension, bei einem arteriellen Hypertonus etc.

Frage 257

- ?** Auf welche Verdachtsdiagnose chronisch neuropathischer Gesichtsschmerzen deutet die folgende Schmerzzeichnung hin (► Abb. 6.7)?

- !** Die Schmerzzeichnung entspricht einer Schmerzlokalisation, die sich nicht dem Innervationsgebiet eines oder mehrerer Äste des N. trigeminus zuordnen lässt. Die Lokalisation könnte z.B. auf einen anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz (atypischen Gesichtsschmerz) hindeuten.

- i** Die Diagnosekriterien für einen anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz (atypischen Gesichtsschmerz) sind:

- täglich auftretende anhaltende Gesichtsschmerzen
- Schmerzen in einem begrenzten Gebiet, das sich nicht einem oder mehreren Ästen des N. trigeminus zuordnen lässt
- tiefsitzende, häufig schwer zu lokalisierende Schmerzen
- unauffälliger klinischer Untersuchungsbefund

Die Diagnose eines anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzes ist eine Ausschlussdiagnose, die bei einer unauffälligen Bildgebung insbesondere bei einer chronischen Zahnerkrankung oder Sinusitis maxillaris gestellt werden darf.

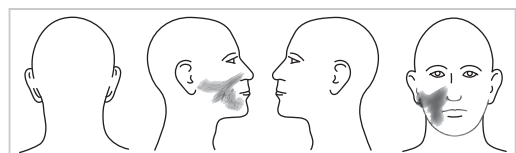


Abb. 6.7 Schmerzzeichnung zu Frage 257.

Frage 258

❓ Wozu dient der deutsche Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS)?

! Neben der Durchführung verschiedener psychologischer Testinstrumente (SBL, DASS, VR 12, Schmerzschweregrad nach von Korff) dient der Schmerzfragebogen u.a. der Systematisierung und Standardisierung der Anamneseerhebung und der Erfassung demografischer und versicherungstechnischer Daten. Verlaufsfragebögen sollten zur Therapiekontrolle jenseits der einfachen Erfassung der Schmerzintensität zum Einsatz kommen.

6.3 Tagebücher

Henning Ohnesorge

Frage 259

❓ Wie sollten Schmerzen im Tagesverlauf dokumentiert werden?

! Typischerweise erfolgt die Dokumentation von Schmerzen in einem Schmerztagebuch.

i Schmerztagebücher eignen sich zur Dokumentation von Schmerzen im Tagesverlauf. Insbesondere sollte man darauf achten, dass die Dokumentation zeitnah erfolgt, da eine retrospektive Bewertung von Schmerzen zu vielen Einflussfaktoren unterliegt, s. auch Frage 234 (S. 73).

Frage 260

❓ Wie häufig sollte die Schmerzintensität im Schmerztagebuch dokumentiert werden?

! Für die klinische Beurteilung chronischer Schmerzen reicht häufig eine 3-mal tägliche Dokumentation aus. Häufigere Dokumentationszeitpunkte können aber nötig sein, um Einflussfaktoren des täglichen Lebens auf den Schmerz zu eruieren oder den Effekt von therapeutischen Maßnahmen beurteilen zu können. Auch attackenförmige Schmerzen von kurzer Dauer mit schmerzfreien Intervallen können eine engmaschigere Dokumentation notwendig machen.

i Grundsätzlich besteht bei einer sehr engmaschigen Dokumentation von Schmerzen die Gefahr einer Fixierung auf den Schmerz. Dies ist im therapeutischen Kontext meist nicht erwünscht.

Frage 261

❓ Gibt es Fälle, bei denen die routinemäßige Anwendung von Schmerztagebüchern nicht erfolgen sollte?

! In Einzelfällen sollte der Einsatz eines Schmerztagebuchs bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen überdacht werden.

i Grundsätzlich ist die Schmerzmessung über ein Schmerztagebuch eine wesentliche Grundlage der Therapie. In Fällen, in denen das regelmäßige Erfassen der Schmerzintensität zu einer starken Fixierung auf das Schmerzempfinden führt, sollte auf das Führen eines Schmerztagebuchs verzichtet werden. Dies kann z. B. bei Patienten mit einer ausgeprägten somatoformen Schmerzstörung der Fall sein, bei denen die Schmerzáußerung einen hoch appellativen Charakter aufweist.

Frage 262

❓ Was sollte man in Schmerztagebüchern neben der Schmerzintensität erfassen?

! Neben der Schmerzintensität sollten die Einnahme von Analgetika sowie Stichpunkte zum Verhalten dokumentiert werden.

i Das Schmerztagebuch dient neben der Dokumentation der Schmerzintensität auch zur Beurteilung der Effektivität der analgetischen Maßnahmen und der Identifikation von möglichen auslösenden Faktoren, die das Schmerzerleben beeinflussen können.

Frage 263

❓ Was sind die besonderen Merkmale eines Kopfschmerztagebuchs?

! Ein Kopfschmerztagebuch sollte mindestens einen Monat umfassen und neben der Schmerzstärke und Schmerzmedikation

