

Kapitel 2

Schmerz- und Symptombehandlung

2.1	Erfassung von Schmerzen und Symptomen	29
2.2	Grundlagen der Schmerz- und Symptombehandlung	44
2.3	Schmerztherapie in der Palliativmedizin	45
2.4	Pulmonale Symptome	62
2.5	Gastrointestinale Symptome	68
2.6	Neuropsychiatrische Symptome	80
2.7	Dermatologische Symptome	97
2.8	Mundpflege	99
2.9	Flüssigkeitsgabe und Ernährung am Lebensende	102
2.10	Palliative Sedierung	108
2.11	Angst – mehr als nur ein Symptom	110
2.12	Behandlung am Lebensende	113

2 Schmerz- und Symptombehandlung

In der Palliativmedizin gelten für die Schmerz- und Symptombehandlung folgende Grundprinzipien:

- Ein Symptom kann nur dann gut behandelt werden, wenn wir es erfassen. Während in der Gesundheitsversorgung oft gewartet wird, bis sich die Betroffenen melden und über ein störendes Symptom klagen, wird in der Palliativversorgung schon im Vorhinein nach zu erwartenden störenden Symptomen proaktiv gefragt. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen.

Fallbeispiel

Frau M. hat ein Pankreaskopfkarzinom. Ihr behandelnder Arzt fragt sie pauschal, wie es ihr gehe. Ihre Antwort ist, dass es ihr den Umständen entsprechend gut gehe. Anschließend wird sie gezielt nach zu erwartenden Symptomen gefragt. Auf Schmerzen angesprochen, gibt sie Bauchschmerzen von kolikartigem Charakter auf einer Skala von 0–10 bei 5 an. Auf die Frage, warum sie diese nicht mitgeteilt habe, erwidert sie, dass es ja noch auszuhalten sei und man mit Schmerzmitteln sparen müsse. Die Frage nach Übelkeit beantwortet sie mit mittelstarker Übelkeit, die sie aber noch aushalten könne. Auch die Frage nach Juckreiz bejaht sie. Eine eingeleitete Therapie mit Metamizol und Tilidin gegen Schmerzen, Metoclopramid gegen Übelkeit und Mirtazapin gegen Juckreiz führt zu einer deutlichen Besserung aller 3 Symptome.

- Ein Symptom sollte hinsichtlich seiner pathophysiologischen Ursache analysiert werden, damit es mechanismenbasiert, gezielt behandelt werden kann. Dies lässt sich an dem oben genannten Beispiel erläutern.

Fallbeispiel

Frau M. hat kolikartige Schmerzen bei einem Tumor in Bauchbereich. Es handelt sich um viszeral nozizeptive Schmerzen. Daher erhält sie das Stufe-1-Analgetikum Metamizol, das besonders gut bei viszeral nozizeptiven Schmerzen hilft, und ein Opioid. Die Übelkeit dürfte am ehesten eine gastrointestinale Ursache bei peritonealer Reizung haben, weshalb als Basisantiemetikum Metoclopramid zu empfehlen ist. Der Juckreiz ist bei gleichzeitig bestehendem leichtem Ikterus am ehesten cholestatisch bedingt, sodass ein Therapieversuch mit Mirtazapin erfolgversprechend sein könnte.

- Ein Symptom muss in regelmäßigen Abständen reevaluiert werden. Die Dosis muss individuell angepasst werden. Für das dargestellte Fallbeispiel bedeutet dies Folgendes.

Fallbeispiel

Am Folgetag wird klar, dass sich die Schmerzen auf der Skala von 0–10 von 5 auf 4 verbessert haben. Es sollte jedoch möglichst ein Schmerzlevel unter 3/10 erreicht werden, was Frau M. im Gespräch darüber auch wünscht, nachdem sie erlebt hatte, dass die Schmerztherapie hilft. Die Opioiddosis wird daher erhöht.

- Ein Symptom sollte nicht nur in körperlicher Hinsicht erfasst, analysiert und behandelt werden, sondern in seiner ganzen psychosozialen und spirituellen Tragweite nach dem Total-Pain-Modell betrachtet werden. Dementsprechend ist in der Palliativversorgung häufig die ganzheitliche Versorgung durch ein multiprofessionelles Team im Sinne der Total Care und nicht nur die Versorgung durch eine Berufsgruppe notwendig. Palliativmedizin bedeutet entsprechend dem Paradigma der Palliative Care, die Bedürfnisse und Symptome der Betroffenen aufzuspüren und ihnen mit Konzepten der Symptomerfassung und

-behandlung, der psychosozialen und spirituellen Begleitung zu begegnen. Dabei gilt das Paradigma der „radikalen Patientenorientierung“. Unabhängig davon, welche Erkrankung vorliegt, müssen wir den Symptomen des jeweils einzigartigen Menschen, dem wir begegnen, gerecht werden.

Die folgenden Kapitel zur Schmerz- und Symptomerfassung bzw. -therapie vermitteln das notwendige Wissen, um mechanismenbasiert und ganzheitlich die jeweiligen Symptome mit medikamentösen und nicht medikamentösen Verfahren integriert behandeln zu können. Evidenzen der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung werden dabei berücksichtigt.

Zusammenfassung



- Die Schmerz- und Symptombehandlung setzt eine regelmäßige Schmerz- bzw. Symptomeinschätzung voraus.
- Bei der Schmerz- und Symptombehandlung sollten alle Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) des Total-Pain-Modells berücksichtigt werden.
- Hilfreich ist ein mechanismenbasierter Ansatz. Die Auswahl der Medikamente erfolgt nach pathophysiologischen Überlegungen und Evidenzen (S3-Leitlinie).

2.1 Erfassung von Schmerzen und Symptomen

In fast allen medizinischen Sachfragen sind die behandelnden Ärzte kompetenter als der Patient. Der behandelnde Arzt weiß z. B. genau, ob eine Pneumonie vorliegt oder nicht, da er das Blutbild, den Auskultationsbefund und die Lungenröntgenaufnahme kennt und analysieren kann. Dank eines geschulten klinischen Blicks und der Verwendung entsprechender Hilfsmittel ist der Arzt in der Regel Experte für die Situation des jeweiligen Patienten. Anders sieht es bei störenden Symptomen aus. Der Patient ist Experte für seine Schmerzen, für seine Luftnot etc., denn nur er erlebt das Symptom in seiner Charakteristik und Schwere mit allen psychosozialen und spirituellen Auswirkungen. Dieses individuelle Leiden lässt sich nicht von außen ob-

jektivieren. Die Analyse des Blutgasbefundes gibt beispielsweise keinerlei Aufschluss über das subjektiv erlebte Symptom Luftnot, und das Ausmaß der Tumorerkrankung korreliert nicht mit dem dabei empfundenen Schmerz. Schmerzen und andere Symptome sind daher nicht von außen beobachtbar und auch nicht durch andere beurteilbar.

Betrachten wir einen Patienten, der zunächst auf einer Krankenhausstation über starke Schmerzen klagt und anschließend vom Personal rauchend und lachend vor dem Krankenhauseingang angetroffen wird. Viele Mitarbeiter werden sich jetzt vielleicht fragen, ob der Schmerz wirklich so stark sein kann, wenn der Betroffene vor die Tür geht, raucht und lacht. Der Autor hat mehrfach in Palliativkursen die Teilnehmer nach nicht medikamentösen Strategien im Umgang mit Schmerz gefragt. Er erhielt wiederholt die Antwort, dass die Teilnehmer sich bei Schmerzen ablenken würden, z. B. dadurch, dass sie über einen Witz lachen, z. B. dadurch, dass sie rauchen ...

Schmerz ist eben anders als jede andere Empfindung [27]. Er ist keine messbare Einzelreaktion, wie z. B. Blutdruck, Puls oder Temperatur. Für den Betroffenen ist es eine einmalige und höchst individuelle Erfahrung, Schmerzen zu haben. Sie lässt sich nicht objektiv messen. Die Erkenntnis, dass das Schmerzerleben höchst subjektiv ist, fällt gerade uns naturwissenschaftlich geprägten Ärzten schwer, da wir es gewohnt sind, ein Symptom zu objektivieren. Das Schmerzerleben hängt außer von der *Stärke des Schmerzreizes* vor allem auch von der *Schmerzwahrnehmung* ab. Nach dem Total-Pain-Modell von Cicely Saunders [122] wird die Stärke des empfundenen Schmerzes auch davon bestimmt, in welcher psychischen Verfassung der Betroffene ist, ob er soziale Probleme mit z. B. Vereinsamung oder Geldsorgen hat oder ob er mit seinem Schicksal hadert. Schmerz findet nach diesem Modell auf 4 Ebenen statt, der körperlichen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen Ebene. Das Schmerzerleben hat darüber hinaus auch eine jeweils ganz persönliche Geschichte: individuell unterschiedliche Begleitumstände von Schmerzen, traumatische Erfahrungen, unterschiedliche Erfahrungen mit Schmerztherapien. All diese Empfindungen – die 4 Dimensionen des Total-Pain-Modells und die gemachten Erfahrungen des Individuums – spielen im höchst subjektiven Schmerzerleben des Betroffenen zusammen. Carr und Mann [27] formulieren ein solches umfassendes Modell des Schmerzes und berücksichti-

gen dabei, dass Schmerz auch von der Stimmung eines Menschen, der Erinnerung an frühere schmerzhaftere Erfahrungen, dem Umgang mit früheren Schmerzepisoden und deren Kontrolle, der Schmerzsache und deren Bedeutung, dem kulturellen Hintergrund, der Tageszeit und dem Umfeld des Schmerzes, der genetischen Konstellation und vielen weiteren Variablen abhängt.

Dieses umfassende Modell des Schmerzes lässt sich auf andere, in der Palliativbetreuung häufige Symptome, wie Luftnot, Übelkeit etc. problemlos übertragen, denn auch hier ist das Erleben des jeweiligen Symptoms höchst subjektiv und von zahlreichen gemachten Erfahrungen und dem Erleben in anderen, nicht körperlichen Ebenen, wie sie im Total-Pain-Modell formuliert wurden, abhängig. Man kann daher das Total-Pain-Konzept von Saunders und Baines [122] zum Total-Symptom-Konzept erweitern.

Die detailliertesten Hinweise zur Schmerzerfassung finden sich im pflegerischen Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege „Schmerzmanagement in der Pflege“ [36]. Er hat für Pflegeberufe einen den ärztlichen Leitlinien vergleichbaren Charakter. Dieser Expertenstandard liefert durch Evidenzen abgesicherte oder im Expertenkonsens verabschiedete relativ klare Vorgehensweisen, wie Schmerz erfragt und nach der Stärke eingeordnet werden kann. Dazu werden unterschiedliche Skalen genutzt, die im Anschluss vorgestellt werden und die auch für andere Symptome wie z. B. Luftnot, unübliche Müdigkeit (Fatigue) etc. verwendet werden können. Die Verwendung dieser Skalen ist jedoch nur möglich, wenn die Betroffenen über entsprechende sprachliche und kognitive Kompetenzen verfügen. Bei Menschen, die aufgrund einer kognitiven, sprachlichen etc. Beeinträchtigung oder Bewusstseinsstörung ihre Schmerzen bzw. Symptome nicht verbalisieren können, wird häufig fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sie keine Schmerzen bzw. Symptome haben. Die Suche nach möglichen Symptomen anhand des körpersprachlichen Ausdrucks, der Gestik und Mimik sowie der Emotionalität ist dann ein schwieriges Unterfangen. Einige spezielle Schmerzskalen für Demenzkranke (z. B. BISAD, BESD, Doloplus; siehe unten) und neurologisch Kranke (z. B. ZOPA; siehe unten) versuchen, diese schwierige Suche zu systematisieren und praktikabler zu machen.

Betrachten wir zunächst die etwas einfachere Aufgabe, nämlich die Einschätzung von Schmerzen

und anderen Symptomen beim kognitiv nicht oder wenig beeinträchtigten Menschen, bevor wir uns mit der schwierigen Suche nach Symptomzeichen beim kognitiv oder sprachlich veränderten Menschen befassen. Studien, die im oben angeführten Expertenstandard zusammengefasst sind, zeigen, dass eine Einschätzung des Schmerzes nur durch den Betroffenen selbst möglich ist [36]. Fremdeinschätzungen sind unzureichend, da sie nur in weniger als 50% der Fälle die Schmerzstärke richtig treffen. Deshalb sollte die Schmerzeinschätzung bezüglich Art, Qualität und Stärke immer durch den Betroffenen selbst erfolgen. Dieses Paradigma gilt auch dann, wenn der Betroffene kognitiv verändert ist. Demenzkranke können beispielsweise bis zu einem *Mini Mental State Exam (MMSE)* von 10 Punkten (Maximalpunktzahl 30 Punkte, ab 10 Punkte schwere Demenz) meist noch sicher und reproduzierbar ihre Schmerzstärke angeben [36], auch wenn sie dies vielleicht schon nach wenigen Sekunden oder Minuten bereits wieder vergessen haben. Sind Patienten jedoch aufgrund von Einschränkungen der kognitiven, sprachlichen oder mimisch gestischen Fähigkeiten gar nicht in der Lage, ihren Schmerz bzw. ihre Symptome verbal zu berichten und bezüglich Stärke bzw. Qualität mitzuteilen, muss auf andere Möglichkeiten der Schmerz- bzw. Symptomeinschätzung zurückgegriffen werden. Sie werden im Anschluss an die Beschreibung gängiger Schmerz- und Symptomskalen ausführlich erläutert. Generell gilt, dass eine einfühlsame Schmerz- und Symptomerfassung in der Palliativmedizin über das bloße Abfragen von Skalen im Sinne von Checklisten hinausgehen sollte. Es ist ein auf den betroffenen, bedürftigen Menschen zentrierter Gesamtansatz erforderlich, in den neben den Betroffenen auch ihr Umfeld, ihre Angehörigen, Zugehörigen sowie ihre professionellen Begleiter einbezogen werden. Um dem „Phänomen“ des Leidens mit seinen verschiedenen Dimensionen gerecht zu werden, ist eine entsprechende „*phänomenologische*“ Schmerz- bzw. *Symptomerfassung* notwendig.

Schmerzen sind in allen Settings des Gesundheitswesens ein häufiges Symptom. Wie Erhebungen zeigen, haben ca. 50% der Krankenhauspatienten an einem beliebigen Stichtag in einem durchschnittlichen Krankenhaus an verschiedensten Orten der Welt Schmerzen [36], [51]. Altenheimbewohner sind sogar in ca. 45–80% der Fälle von Schmerzen betroffen [22], aber auch in ambulanten Settings sind Schmerzen keinesfalls selten.

Bezüglich anderer Symptome gibt es keine vergleichbar guten Daten. Bei Menschen in palliativer Versorgung treten aufgrund der unheilbaren Erkrankung Schmerzen und viele andere Symptome tendenziell häufiger auf als bei Patienten, die nicht in palliativer Versorgung sind. Dies geht aus Symptomerfassungen in der Palliativversorgung hervor. So zeigte eine Erhebung bei Aufnahme auf deutsche Palliativstationen, dass von 1087 Patienten 65% an Schmerzen, 50% an Appetitlosigkeit, 37% an Übelkeit, 29% an Luftnot und 24% an Obstipation litten [113]. Diese Daten machen deutlich, welche überragende Bedeutung eine gezielte und sorgfältige Schmerz-/Symptomerfassung in der Palliativmedizin hat.

Hinsichtlich des Umgangs mit Schmerzen scheint es Unterschiede zwischen verschiedenen Patientengruppen und damit besonders vulnerable Gruppen zu geben. So zeigte Maiers Analyse des Schmerzmanagements in Krankenhäusern [95], dass Patienten nach Operationen oder mit Tumorerkrankungen deutlich besser bezüglich ihrer Schmerzen versorgt werden als andere Krankenhauspatienten. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Schmerzversorgung bei Nichttumorpatienten, die nicht operiert wurden, besonders schlecht ist, was auch der Erfahrung des Autors entspricht. Dies dürfte sich möglicherweise auch auf andere Symptome übertragen lassen. Diese unbefriedigende Situation lässt sich nur ändern, indem man bei allen Patienten feststellt, ob sie Schmerzen haben, und dann versucht, diese möglichst gut zu behandeln. Da sich Nichttumorpatienten meist nicht in speziellen palliativen Settings wie einer Palliativstation oder einem Hospiz aufhalten, muss durch entsprechende palliative Versorgungsangebote und Organisationsentwicklungsprozesse z. B. in Krankenhäusern und in Pflegeheimen dafür gesorgt werden, dass sie auch palliativ (mit-)versorgt werden. Wartet man ab, bis jemand schreiend vor Schmerzen Hilfe sucht, so erfasst man nur die Spitze des Eisbergs, d. h. einen kleinen Bruchteil der an Schmerzen und anderen Symptomen leidenden Patienten.

Schmerz ist eine der quälendsten Erfahrungen, die Menschen machen können. Viele andere Symptome sind mindestens ebenso quälend, z. B. Luftnot, Juckreiz oder Übelkeit. Schmerzen und andere Symptome werden oft nicht bemerkt, wenn sie multimorbide und ältere Menschen treffen. Ältere Menschen haben generell sehr häufig Schmerzen, gleichgültig, ob sie in palliativer Versorgung

sind oder nicht. Die häufigste Ursache (ca. 25%) für Schmerzen beim alten Menschen sind Erkrankungen des Bewegungsapparats, wie z. B. Arthritis oder Rückenleiden [22]. An zweiter Stelle stehen neuropathische Schmerzen durch Diabetes, Zoster etc. Ein sehr großer Teil dieser von Schmerzen betroffenen Menschen kann bei Beachtung der Prinzipien der Schmerztherapie gut behandelt werden [70]. Schmerz-/Symptomerfassung und -therapie spielen im Rahmen palliativer oder hospizlicher Arbeit auch und insbesondere außerhalb der traditionellen Settings Palliativstation oder stationäres Hospiz deshalb eine besonders große Rolle. Sie gehören zu den wichtigsten Bereichen der Symptom „kontrolle“.

Da etwa die Hälfte der Krankenhauspatienten, ein noch größerer Anteil der Pflegeheimbewohner und auch viele Menschen in ambulanter Versorgung unter Schmerzen leiden, macht es Sinn, nach den *Ursachen dieser Unterversorgung* zu fragen. Am häufigsten lassen sich die folgenden Gründe ausmachen [36]:

- Es erfolgt eine unzureichende oder keine systematische Schmerzerfassung.
- Schmerzmittel werden zu niedrig bzw. zu selten dosiert oder überhaupt nicht gegeben (Beispiel: Metamizol wird häufig in einer Dosis von 3 × 20 Tropfen bei einer Wirkdauer je Dosis von oft nur 4 h verordnet, d. h., nur 12 von 24 h werden abgedeckt).
- Die Betroffenen halten sich in ihren Schmerzäußerungen und dem Einfordern von Schmerzmitteln zurück.
- Bei allen Beteiligten (Patienten, Bewohner, Angehörige, Zugehörige, Pflegenden, Ärzte etc.) herrscht oft eine unbegründete Angst vor schädigenden Folgen der Schmerztherapie. Besonders hartnäckig bestehen derartige Vorurteile gegenüber Opiaten. Man spricht hier von einem „*Morphinmythos*“. Dieser beinhaltet die falsche Annahme, dass starke Schmerzmittel aus der Gruppe der Opioide zu gefährlich seien und abhängig machen.

Wie man heute weiß, verursachen Opioide auch bei längerer Anwendung keine Organschäden und bergen, wenn sie nach klaren Konzepten verordnet werden, kaum ein Suchtrisiko. Hingegen kann das Nichtbeachten und Nichtbehandeln von Schmerzen sehr schwere und schädigende Folgen haben [36]:

- Eine durch Schonung bei Schmerzen ausgelöste verminderte Beweglichkeit kann z. B. zu einer erhöhten Inzidenz von Thrombosen und Lungenembolien führen.
- Infolge starker Schmerzen atmen Betroffene weniger tief ein und aus. Dadurch kann es zu einer Minderbelüftung basaler Lungenabschnitte mit der Folge einer erhöhten Inzidenz von Pneumonien kommen.
- Bei bettlägerigen Patienten können durch die Schonhaltung häufiger Dekubitalulzera entstehen.
- Schmerzen verursachen in erheblichem Maße Schlafstörungen.
- Der Erfolg der Rehabilitation bzw. der nicht medikamentösen Maßnahmen der Palliativversorgung wird durch unzureichend behandelte starke Schmerzen regelhaft beeinträchtigt. Denn die Betroffenen können bei entsprechenden therapeutischen Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik) schmerzbedingt nicht gut mitarbeiten. Das Ziel, durch die rehabilitativen Konzepte in der Palliativversorgung die Lebensqualität zu verbessern, wird somit nicht erreicht.

Die durch unbehandelte Schmerzen verursachten Probleme sind nicht nur unangenehm für den Patienten, sondern verschlingen auch durch zusätzliche ambulante Behandlungen, Krankenhausaufenthalte, vermehrten Pflegebedarf und geringere Erfolge von Rehabilitationsmaßnahmen viel Geld. Eine gute Schmerztherapie erspart somit sogar Folgekosten, der Aufwand für die Schmerzerfassungen dürfte sich also durchaus rechnen. Dies entspricht auch der Erfahrung des Autors: Nach der Einführung des Schmerzmanagements in seinem damaligen Krankenhaus wurde der Zeitaufwand für die regelmäßige Schmerzerfassung und die damit einhergehende Verbesserung der Schmerztherapie durch zufriedeneren, seltener um eine Schmerzmedikation bittenden Patienten und seltener Notfallverordnungen von Schmerzmedikamenten kompensiert.

Zusammenfassung



- Der Patient ist „Experte“ für seinen Schmerz bzw. sein Symptom. Diese Sichtweise erfordert eine radikale Patientenorientierung auch in der Symptombehandlung.
- „Opioidmythos“ bezeichnet die falsche Annahme, Opioide seien zu gefährlich und führten regelhaft zu einer Suchtentwicklung.
- Alte, kognitiv beeinträchtigte Menschen erhalten häufig keine ausreichende Schmerz- und Symptombehandlung.
- Gelungene Schmerztherapie vermeidet Komplikationen infolge von Schonhaltungen etc.

2.1.1 Schmerzerfassungsskalen

Margo McCaffery bringt es auf den Punkt: „...Schmerz ist das, was der Betroffene über Schmerzen mitteilt“ [99]. Nach diesem Grundaxiom können Schmerzen nur und ausschließlich von denjenigen, die an ihnen leiden, gut beschrieben und eingeschätzt werden. Außenstehende können Schmerzen sehr viel schlechter einschätzen. Studien zeigen, dass Pflegende in fast der Hälfte der Fälle und Ärzte sogar in 75 % der Fälle Schmerzen unterschätzen [36]. Selbst Angehörige schätzen nur in etwa der Hälfte der Fälle Schmerzen richtig ein. Es steht daher niemandem zu, einem anderen Menschen Schmerzen abzusprechen, und es muss immer versucht werden, möglichst gute Angaben zu den Schmerzen vom Betroffenen selbst zu bekommen, anstatt über seinen Schmerz zu urteilen.

Schmerzerfassungsskalen helfen uns dabei, die Angaben der Betroffenen zu systematisieren. Dadurch wird allerdings auch ein multidimensionales Phänomen formalisiert und eingeeengt. Es stellt sich daher die Frage, ob diese Skalen im palliativen Kontext die richtigen Methoden sind. Sind sie der richtige Zugang für eine radikal am Patienten orientierte Haltung? Deshalb ist ein achtsamer Umgang mit Schmerzerfassungsskalen erforderlich und sie müssen in gute Gespräche eingebunden werden. Nach Carr und Mann [27] haben Schmerzerfassungsskalen folgende *Vorteile*:

- Sie bieten dem Patienten Gelegenheit, seine Schmerzen zum Ausdruck zu bringen.
- Der Fragende bekundet sein Interesse an den Schmerzen des Patienten.

- Sie helfen, eine therapeutische Beziehung aufzubauen.
- Sie verleihen dem Patienten eine aktive Rolle in seinem Schmerzmanagement.
- Sie liefern einen dokumentierten Nachweis für die Wirksamkeit oder das Versagen der Schmerztherapie (Medikamente und andere Therapieformen).
- Sie verringern die Gefahr der Überdosierung bestimmter Medikamente (z. B. Opiode), da die Wirkung der verordneten Analgetika (Verbesserung der Werte auf der Schmerzskala, Schmerzfreiheit etc.) gezielt erfasst wird.
- Sie ermöglichen die Dokumentation und Evaluation der Behandlung einschließlich eventueller Nebenwirkungen.
- Sie senken die Gefahr von Fehlern und Verzerrungen.
- Sie helfen bei der Kommunikation innerhalb einer Berufsgruppe (Schichtwechsel) oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen.

Die Schmerz- und Symptomerfassung im Rahmen der Palliativversorgung benutzt zwar diese Schmerzskalen mit ihren eben dargestellten Chancen, geht allerdings über dieses bloße Abfragen von Skalen im Sinne von Checklisten hinaus. Im patientenzentrierten, einfühlsamen Dialog wird versucht, die Multidimensionalität des Leidens zu erfassen. Hierzu ist ein auf den betroffenen, bedürftigen Menschen zentrierter Gesamtansatz nach Art einer „phänomenologischen“ Schmerz- und Symptomerfassung notwendig [51]. Kann eine Person ihre Schmerzen nicht gut mitteilen, muss die Art der Erfassung variiert werden, um trotzdem Informationen vom Betroffenen zu bekommen. Dies ist vor allem bei verwirrten, dementen oder im Koma liegenden Menschen von Bedeutung. Neben den Betroffenen sollten dann ihr Umfeld, ihre Angehörigen und ihre professionellen Begleiter einbezogen werden.

Likert-Skalen

Bei den gängigen Schmerzskalen handelt es sich um sogenannte Likert-Skalen. Diese messen allgemein betrachtet persönliche Einstellungen mittels sogenannter Items, die abgefragt werden. Die Items können positiv oder negativ formulierte Aussagen über einen Sachverhalt sein, zu dem die Befragten Zustimmung oder Ablehnung in mehreren, vorgegebenen Abstufungen äußern können.

Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind so konstruiert, dass der „Abstand“ zwischen den Antwortmöglichkeiten möglichst gleich ist [119]. Für die Schmerz- und Symptomerfassung gibt es die folgenden Likert-Skalen.

Verbale Ratingskala (VRS)

Die von Schmerzen oder anderen Symptomen betroffene Person wird gebeten, die Stärke ihrer Beschwerden in Worten anzugeben. Es werden ihr dafür verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Auswahl angeboten, z. B. „kein Schmerz“, „leichter Schmerz“, „mittelstarker Schmerz“, „starker Schmerz“, „sehr starker Schmerz“ und „maximal vorstellbarer Schmerz“. Da die Stärke des Schmerzes oder Symptoms mit Worten beschrieben wird, spricht man von einer verbalen Rang- oder Ratingskala, abgekürzt VRS. Kein Schmerz entspricht einer VRS von 0, ein maximal vorstellbarer Schmerz einer VRS von 5 (► Tab. 2.1).

Eine vereinfachte Version der VRS von 0–3 kann für manche kognitiv beeinträchtigte Menschen, die mit der üblichen VRS nicht zurechtkommen, praktikabler sein: 0 = kein Schmerz, 1 = leichter Schmerz, 2 = starker Schmerz, 3 = sehr starker Schmerz. Selbst Personen mit einer fortgeschrittenen Demenz können die VRS häufig noch benutzen. Wird eine VRS von 0–5 verwendet, werden die Angaben vor allem bei starken Schmerzen differenzierter. Wichtig ist, bei einem Patienten stets dieselbe VRS zu verwenden, sodass unter den angegebenen Werten immer das gleiche Schmerzniveau verstanden wird.

Tab. 2.1 Verbale Ratingskala (VRS) zum Erfassen von Schmerzen.

VRS-Wert	Beschreibung
0	kein Schmerz
1	leichter Schmerz
2	mittelstarker Schmerz
3	starker Schmerz
4	sehr starker Schmerz
5	maximal vorstellbarer Schmerz

Numerische Ratingskala (NRS)

Diese Skala ist für kognitiv intakte Menschen sehr verbreitet, da sie ohne Hilfsmittel überall, selbst am Telefon, durchgeführt werden kann. Die Stärke von Schmerzen oder anderer Symptome wird von den Betroffenen mithilfe von Zahlenwerten zwischen 0 (keine Schmerz) und 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) beschrieben (► Abb. 2.1). Durch die 10-fache Abstufung ist die NRS sehr viel differenzierter in ihrer Aussagekraft als die VRS.

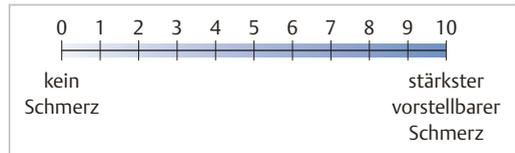


Abb. 2.1 Numerische Ratingskala (NRS) für die Angabe des empfundenen Schmerzes als Zahlenwert zwischen 0 und 10.

Visuelle Analogskala (VAS)

Bei Verwendung dieser Schmerz- bzw. Symptomerfassungsskala dient eine 10 cm lange Linie als Hilfsmittel, auf der der Betroffene zeigen soll, wo sein Schmerz-/Symptomwert zwischen dem Anfangs- (kein Schmerz) und Endpunkt (stärkster vorstellbarer Schmerz) liegt (► Abb. 2.2). Mit einem Lineal wird der Abstand in Zentimetern abgemessen. Er entspricht der Schmerzstärke, ist also analog zum Schmerz. Meistens finden in der Praxis sogenannte Schmerzschieber Verwendung.

Da mit den Augen auf einer Linie eingeschätzt wird, welcher Abstand am ehesten dem aktuellen Schmerz entspricht, heißt diese Skala visuelle Analogskala (VAS). Sie lässt etwas feinere Abstufungen zu als die NRS und wird daher besonders häufig in wissenschaftlichen Untersuchungen verwendet.

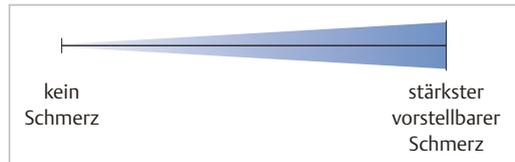


Abb. 2.2 Visuelle Analogskala (VAS). Der Patient markiert seine subjektive Empfindung durch einen vertikalen Strich auf der Linie.

Numerische Analogskala (NAS)

Wenn die in der visuellen Analogskala verwendete Linie noch zusätzlich mit Zahlenwerten markiert wird, handelt es sich um eine numerische Analogskala (NAS). Durch die eingefügten Zahlenwerte zusätzlich zur VAS (1 bei 1 cm, 2 bei 2 cm etc.) erhält man eine Kombination aus NRS und VAS (► Abb. 2.3). Die Zahlenabstände in Zentimetern entsprechen den Schmerzstärken, d.h., sie sind dem Schmerz analog.

Alte Menschen haben häufig Einschränkungen des seitlichen Gesichtsfeldes. Für sie kann es hilfreich sein, wenn die Schmerz-/Symptomschieber der numerischen Analogskala deutlich größer und außerdem senkrecht statt waagrecht gestaltet werden. Sie können dann wie ein Thermometer senkrecht an der Wand aufgehängt werden (► Abb. 2.4). Für geriatrische Krankenhausabteilungen oder Einrichtungen der Altenpflege bieten sich solche großen, gut lesbare „Schmerzthermometer“ als senkrechte NAS besonders an.



Abb. 2.3 Numerische Analogskala (NAS).



Abb. 2.4 Numerische Analogskala (NAS) in Form eines „Schmerzthermometers“.

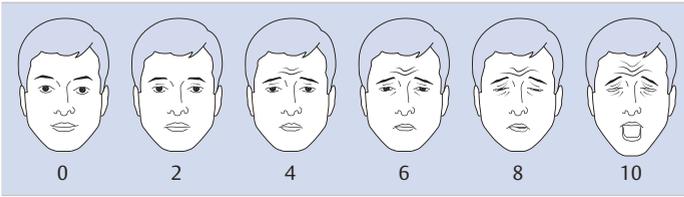


Abb. 2.5 Smiley-Analogskala.

Smiley-Analogskala (SAS)

Manche Menschen können die Stärke ihrer Schmerzen/Symptome einfacher mittels Smileys als mit Zahlen, Begriffen oder Abständen auf einer Linie angeben. Für sie wurden die Smiley-Analogskalen entwickelt. Der Schmerz/das Symptom ist hier analog zum Gesichtsausdruck des Smileys. Die Gesichter variieren von entspannt bis schmerzverzerrt (► Abb. 2.5). Je nach Zielgruppe können bei älteren Betroffenen ältere Gesichter und bei Kindern eher kindliche Gesichter Verwendung finden. Durch die häufige Verwendung von Smileys im Computerzeitalter dürfte die Smiley-Analogskala mit dem Altern der Computergenerationen an Bedeutung gewinnen.

Die Schmerz- und Symptomerfassung mittels dieser einfachen Likert-Skalen sollte ähnlich wie die regelmäßige Erfassung von Vitalparametern fest im Alltag verankert werden. Dabei ist es für alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen zunächst ungewohnt, dass es sich um Zahlenwerte handelt, die die subjektive Empfindung des Betroffenen widerspiegeln, und nicht um „objektive“ Messwerte, wie sie bei einer Labor- oder elektrophysiologischen Untersuchung mittels eines technischen Geräts erhoben werden.

Mehrdimensionale Skalen und Schmerzfragebögen

Brief Pain Inventory

Die Schmerz- und Symptomerfassung kann um weitere wichtige Dimensionen erweitert und bereichert werden. Solche Bereiche können z. B. der Einfluss des Schmerzes/Symptoms auf die Alltagsgestaltung, die körperlichen Aktivitäten, die Berufsausübung, die Stimmung, die Lebensqualität, den Schlaf, den Erfolg der Schmerztherapie etc. sein. Misst man mehrere Dimensionen von Schmerz oder anderen Symptomen, wie etwa die Schmerzstärke, die Besserung durch Schmerzmedikamente oder die Einschränkungen im Alltag, er-

hält man eine mehrdimensionale Skala. Eine häufig verwendete, kurze, mehrdimensionale Skala ist der Schmerzfragebogen Brief Pain Inventory [36]. Von Vorteil ist hier u. a., dass der Patient in eine Körperskizze einzeichnet, wo er Schmerzen hat. Dadurch wird es für ihn leichter, die genaue Lokalisation des Schmerzes anzugeben. Ein derartiger Schmerzfragebogen sollte immer dann zu Beginn einer Schmerz- oder Symptombehandlung eingesetzt werden, wenn möglichst viele Aspekte erfasst werden sollen.

Deutscher Schmerzfragebogen

Neben Kurzfragebögen wie dem Brief Pain Inventory gibt es umfangreichere Schmerzfragebögen, die zusätzlich viele unterschiedliche Bereiche wie z. B. Depressivität und Lebensqualität abfragen. Ein solches in Deutschland gängiges ausführliches und mehrdimensionales Instrument ist der „Deutsche Schmerzfragebogen“, den die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie und die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes gemeinsam entwickelt haben. Dieser Fragebogen findet vor allem in speziellen Schmerzambulanzen Verwendung. Sowohl das Ausfüllen als auch die Auswertung sind sehr aufwendig. Meist sind derartige mehrdimensionale Erfassungsinstrumente für in ihrem Allgemeinzustand eingeschränkte Patienten in palliativer Versorgung nicht zu verwenden.

2.1.2 Schmerz- und Symptomerfassung trotz kognitiver Beeinträchtigung?

Viele Menschen in palliativer Versorgung leiden unter kognitiven Veränderungen. Tumorpatienten können im Rahmen von Hirnmetastasen beeinträchtigt sein. Nichttumorpatienten sind gar nicht selten gleichzeitig von vielen verschiedenen Erkrankungen betroffen (Multimorbidität) und leiden dann unter Umständen auch an einer Demenz. Manche Menschen sind aufgrund einer geistigen

Behinderung ihr Leben lang in ihren kognitiven Möglichkeiten eingeschränkt. In manchen medizinischen Settings wird dann wegen der kognitiven Beeinträchtigung eine Schmerz- und Symptomerfassung für unmöglich gehalten. Das folgende Fallbeispiel soll zeigen, wie eine Schmerzerfassung auch bei einem fortgeschritten an Demenz erkrankten Menschen gelingen kann.

Fallbeispiel

B

Frau B. ist 92 Jahre alt und lebt in einem Pflegeheim. Sie ist aufgrund vieler Vorerkrankungen bettlägerig und leidet an einer ziemlich fortgeschrittenen Demenz. Sie genoss es bislang sehr, in den Stuhl mobilisiert zu werden und dann hinüber in den Park neben dem Pflegeheim zu schauen. Neuerdings schreit sie heftig und schlägt teilweise um sich, wenn sie aus dem Bett in einen Stuhl aufgesetzt wird. Da Schmerzen als mögliche Ursache des Verhaltens diskutiert werden, zumal die Patientin eine ausgeprägte Osteoporose hat, wird sie gezielt nach Schmerzen gefragt. Frau B. schaut ratlos vor sich hin, als ob sie die Frage nicht gehört hätte. Eine hinzugekommene Altenpflegerin fragt „Haben Sie Aua?“, worauf Frau B. antwortet „Aua – ja“ und erleichtert klingt. Auf die Frage „starkes Aua?“ antwortet Frau B. „oh ja“. Frau B. erhält Metamizoltropfen. 1 Stunde später wird Frau B. erneut mobilisiert und lässt dies jetzt zu. Auf die Frage, ob sie noch „Aua“ habe, antwortet sie „wenig“. Die Metamizoltropfen werden daraufhin in der Dosis erhöht und in regelmäßigen Intervallen (alle 4 h) verabreicht. Parallel wird eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule mit der Frage nach osteoporotischen Wirbelkörperinteraktionen durchgeführt. Es zeigt sich eine Deckplattenimpression ohne Hinterkantenbeteiligung. Am nächsten Tag schaut Frau B. bei der Frage nach „Aua“ entgeistert und macht eine verneinende Kopfbewegung. Sie ist mittlerweile wohl schmerzfrei und kann sich aufgrund ihrer Demenz möglicherweise gar nicht mehr daran erinnern, dass sie am Tag zuvor starke Schmerzen hatte.

Kommentar: Frau B. hatte aufgrund ihrer fortgeschrittenen Demenz das Wort Schmerz nicht mehr in ihrem Vokabular zur Verfügung. Durch Variation der Fragestellung und das Fragen nach „Aua“ war es möglich, sie gezielt nach Schmerzen zu fragen. Durch eine probatorische Analgetikagabe konnte das auffällige Verhalten positiv beeinflusst werden. Es gelang sogar ein abgestuftes Fragen nach dem „Aua“, das von ihr einmal als „stark“ und einmal als „wenig“ beschrieben wurde. Damit war trotz der vergessenen Vokabel „Schmerz“ eine Schmerzerfassung einschließlich einer groben Abstufung der Intensität möglich.

Verbale Ratingskala

Bei vielen Menschen, die an einer fortgeschrittenen Demenz erkrankt sind, gelingt noch eine Schmerzerfassung durch direktes Befragen. Am einfachsten ist dies mithilfe der verbalen Ratingskala. Es hat sich dabei in der Praxis gezeigt, dass die betroffenen Personen Schmerzwerte angeben, an die sie sich aufgrund ihrer Demenz nach kurzer Zeit nicht mehr erinnern können. In Einzelfällen konnten sie sich nach einer erfolgreichen Schmerzbehandlung nicht mehr erinnern, jemals Schmerzen gehabt zu haben. Es geht hier aber um den Schmerz im Augenblick, den wir erfassen und behandeln möchten. In diesen Fällen haben nahe Bezugspersonen, die viel Zeit mit den Betroffenen verbringen, eine größere Chance, die jeweiligen Schmerzen zu erfassen. Dem Arzt kann es passieren, dass er den Patienten, der zuvor Stunden über Schmerzen geklagt hat, zufällig bei seiner Visite schmerzfrei antrifft und der Patient aufgrund mangelnder Erinnerung bestreitet, davor Schmerzen gehabt zu haben.

Fortgeschritten an Demenz Erkrankte haben manchmal das Wort „Schmerz“ vergessen, wie Frau B. in dem oben aufgeführten Fallbeispiel. Dennoch sind die angegebenen Schmerz- bzw. „Aua“-Werte reproduzierbar. Die emotionale Kompetenz bleibt im Rahmen einer fortschreitenden Demenzerkrankung im Gegensatz zur intellektuellen Kompetenz meist deutlich länger erhalten und Schmerzen zu erspüren, ist eine eher emotionale Kompetenz. Dies kann in der einfühlsamen Kommunikation mit kognitiv eingeschränkten Patienten positiv genutzt werden. Eine Schmerzerfas-