universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Schmerzerfassung in der Geriatrie“

Verfasserin

Nadine Höller

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Mai 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057/122
Studienrichtung lt. Studienblatt	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft
	Soziologie
Betreuerin:	Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

„Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, und in der Bearbeitung und Abfassung keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe. Die vorliegende Diplomarbeit wurde noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt.“

Datum Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis VII

Tabellenverzeichnis VIII

Abkürzungsverzeichnis IX

Einleitung 1

1 Physiologie des Schmerzes 2

1.1 Begriffsdefinition von Schmerz 2

1.2 Schmerzleitung 4

1.3 Schmerzmodulation und Schmerzwahrnehmung 6

1.4 Schmerzkomponenten 8

1.5 Schmerzklassifikation 10

1.5.1 Entstehungsursache von Schmerzen 10

1.5.2 Entstehungsort von Schmerzen 11

1.5.3 Akuter Schmerz 12

1.5.4 Chronischer Schmerz 13

1.5.4.1 Biologische Mechanismen der Chronifizierung 13

1.5.4.2 Psychosoziale Mechanismen der Chronifizierung 17

1.5.4.3 Rolle der Familie und Bezugspersonen 22

2 Schmerz und Alter 25

2.1 Alter 25

2.2 Demographische Entwicklung 26

2.3 Gegebenheiten im Alter 26

2.3.1 Folgen des Alters 27

2.3.2 Multimorbidität 29

2.3.3 Polymedikation 32

2.3.4 Veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik 33

2.3.5 Veränderungen der sozialen Beziehungen 35

2.4 Schmerzen im Alter 36

2.4.1 Problematik von Schmerzen im Alter 36

2.4.2 Schmerzempfinden im Alter 39

2.5 Chronifizierung der Schmerzen im Alter 40

2.6 Prävalenz chronischer Schmerzen im Alter 41

2.7 Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung 42

2.8 Folgen der Chronifizierung von Schmerzen 43

2.8.1 Körperliche Folgeerscheinungen chronischer Erkrankungen 44

2.8.2 Psychosoziale Folgeerscheinungen chronischer Erkrankungen 46

2.9 Die Lebensqualität chronisch Erkrankter 49

2.10 Umgang mit chronischen Schmerzen 51

2.10.1 Sichtweisen und Bewältigungsformen nach Blomqvist und Edberg 51

2.10.2 Bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle 54

3 Schmerzerfassung in der Geriatrie 58

3.1 Notwendigkeit und Bedeutung der Schmerzerfassung 58

3.2 Rolle der Pflegenden für die Schmerzerfassung 58

3.3 Dimensionen der Schmerzerfassung 62

3.3.1 Schmerzlokalisation 63

3.3.2 Schmerzintensität 63

3.3.3 Schmerzqualität 63

3.3.4 Zeitliche Dimension der Schmerzen 64

3.3.5 Beeinflussende Faktoren 65

3.3.6 Begleiterscheinungen 65

3.3.7 Subjektive Bedeutung des Schmerzes 65

3.3.8 Bisherige Behandlung 66

3.3.9 Schmerzdokumentation 67

3.4 Herausforderungen bei der geriatrischen Schmerzerfassung 67

3.4.1 Schmerzerfassung bei körperlich beeinträchtigten Menschen 68

3.4.2 Schmerzerfassung bei kognitiv beeinträchtigten Menschen 69

3.5 Ausgewählte Instrumente der Schmerzerfassung 74

3.5.1 Selbsteinschätzung 74

3.5.1.1 Visual Analog Scale 74

3.5.1.2 Numeric Rating Scale 75

3.5.1.3 Verbal Rating Scale 75

3.5.1.4 Faces Pain Scale 76

3.5.1.5 Fragebögen zur Schmerzeinschätzung 76

3.5.2 Fremdeinschätzung 78

3.5.2.1 Beurteilung von Schmerzen bei Demenz 80

3.5.2.2 L`échelle Comportementale pour Personnes Agés 81

3.5.2.3 Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate 82

3.5.2.4 DOLOPLUS 2 82

3.5.3 Ergänzende Erhebungsinstrumente in der Geriatrie 83

3.5.3.1 Geriatric Depression Scale 83

3.5.3.2 Discomfort Scale for Patients with Dementia of the Alzheimer Type 84

3.5.3.3 Mini Mental State Examination 84

3.6 Implikationen 85

4 Expertinneninterviews 88

4.1 Vorgehensweise 88

4.2 Auswertung der Interviews 91

4.3 Darstellung der Ergebnisse 93

4.3.1 Relevanz des Themas Schmerz auf der Station 93

4.3.2 Zuständigkeiten im Umgang mit Schmerzen 94

4.3.3 Standards im Umgang mit Schmerzen 95

4.3.4 Zeitpunkt der Schmerzerfassung 96

4.3.5 Verwendung von Instrumenten für die Schmerzerfassung 98

4.3.6 Erfahrungen mit der Schmerzerfassung 99

4.3.7 Schmerzdokumentation 100

4.3.8 Erfahrungen mit der Schmerzdokumentation 101

4.3.9 Herausforderungen im Umgang mit Schmerzen 101

4.3.10 Wünsche und Anregungen der Pflegenden 103

4.4 Conclusio 105

5 Implikationen 108

Literaturverzeichnis 111

Anhang 122

Abstract Deutsch 142

Abstract Englisch 143

Lebenslauf 144

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Relevanz des Themas Schmerz auf der Station 94

Abbildung 2: Arten der Schmerztherapie auf der Station 96

Abbildung 3: Zeitpunkt der Schmerzerfassung..... 97

Abbildung 4: Verwendung von Instrumenten zur Schmerzerfassung..... 98

Abbildung 5: Art der Instrumente zur Schmerzerfassung..... 99

Abbildung 6: Ort der Schmerzdokumentation..... 100

Abbildung 7: Angaben zur Notwendigkeit von Schulungen..... 105

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Exogene und endogene Noxen 4

Tabelle 2: Beeinträchtigungen in Abhängigkeit des Schweregrades der Demenz 72

Tabelle 3: Wünsche und Anregungen der Stationsleitungen 104

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia
BPI	Brief Pain Inventory
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
ECPA	L`échelle Comportementale pour Personnes Agés
FPS	Faces Pain Scale
GDS	Geriatric Depression Scale
GPM	Geriatric Pain Measure
IASP	International Association for the study of Pain
MMSE	Mini Mental State Examination
NRS	Numeric Rating Scale
PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
USA	United States of America
VAS	Visual Analog Scale
VRS	Verbal Rating Scale
WHO	World Health Organisation

EINLEITUNG

Schmerzen stellen ein Phänomen dar mit dem sich die Menschheit seit ihrer Entstehung auseinandersetzen muss. Menschen jeden Alters, jeder Kultur und jeder Abstammung sind im Laufe ihres Lebens mit Schmerzen konfrontiert. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Schmerzen bei einer besonders verletzlichen und oftmals vernachlässigten Gruppe von Menschen: geriatrischen Patienten und Patientinnen. Die Schmerzen von älteren Menschen werden oftmals nicht erkannt und in ihrer Intensität unterschätzt. Dieser Umstand führt zu einer weltweiten Schmerzunterversorgung von älteren Menschen. Je schlechter der kognitive Status der betroffenen Menschen ist um so gravierender stellt sich das Problem dar. Aus diesem Grund handelt es sich bei der Schmerzerfassung in der Geriatrie um ein sehr aktuelles Thema welches lange Zeit nicht ausreichend wahrgenommen wurde. Viele Umstände und Gegebenheiten führen letztlich dazu, dass ältere, kognitive Menschen an Schmerzen leiden, die sie nicht haben müssten. Diese Diplomarbeit versucht Erklärungen ebenso wie Lösungsmöglichkeiten für die Problematik aufzuzeigen wobei die Bewusstseinsschaffung für die Situation der älteren Patienten und Patientinnen erklärtes Ziel der Bearbeitung ist. Laut Univ.-Doz. Prim. Dr. Christian Lampl (Leiter der Abteilung für Allgemeine Neurologie und Schmerz-medizin am KH der Barmherzigen Brüder in Linz, Sekretär der ÖSG) tragen ältere und demente Menschen das höchste Risiko, dass ihre Schmerzen nicht erkannt und somit nicht adäquat behandelt werden (vgl. Lampl, 2008, o.S.). Ergebnisse einer Expertenbefragung werden zeigen, dass gerade die Schmerzerfassung bei diesen Patienten und Patientinnen eine Herausforderung für die Pflegenden darstellt. Angesichts der Aussage von Prof. Lampl und den Erkenntnissen aus den Expertinneninterviews zeigt sich deutlich, wie aktuell und schwerwiegend diese Problematik ist.

1 PHYSIOLOGIE DES SCHMERZES

Schmerz ist ein Phänomen, mit dem jeder Mensch früher oder später konfrontiert ist. Um zu verstehen, was Schmerz ist und wie er entsteht, ist es zunächst wichtig, sich mit der Physiologie dieser Sinneserfahrung auseinanderzusetzen. In den folgenden Kapiteln soll ein allgemeiner Einblick in die Schmerzthematik gegeben werden. Hierbei werden vor allem jene Aspekte beleuchtet, die für das weitere Verständnis der Arbeit nötig sind. Ein Schwerpunkt wird auf der Darstellung des chronischen Schmerzes und seiner Entstehung liegen. Dieser ist gerade im Zusammenhang mit geriatrischen Patienten und Patientinnen essentiell.

1.1 Begriffsdefinition von Schmerz

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Schmerz, lassen sich zahlreiche Definitionen finden. Jene der International Association for the Study of Pain (IASP) erscheint, laut Angaben der Autoren verschiedenster Fachbücher zum Thema Schmerz (vgl. Gallacchi/Pilger, 2005, S. 7; McCaffery/
Pasero, 1999, S.16), am besten geeignet, die Komplexität der Thematik darzustellen. Demnach kann Schmerz folgendermaßen definiert werden:

> „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit den Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (International Association for the Study of Pain zit. n. Gallacchi/Pilger, 2005, S .7).

Die Definition der IASP bringt einige Vorteile und Änderungen gegenüber früheren Begriffsklärungen von Schmerz mit sich. Schmerz wurde lange Zeit als reine Reizwahrnehmung definiert. Diese Erklärung wird der Komplexität des Phänomens Schmerz aber nicht gerecht. Laut aktueller Be griffsbestimmung ist Schmerz mehr als eine Reizwahrnehmung. So

werden hier die emotionalen Aspekte des Schmerzgeschehens neben den sensorischen Wahrnehmungsprozessen aufgezeigt. Unter sensorischen Wahrnehmungsprozessen werden neben anderen, die visuelle oder auch taktile Wahrnehmung verstanden. Schmerz ist also ein Phänomen, welches sich aus vielen verschiedenen Komponenten zusammensetzt und sowohl die physische als auch biosoziale Befindlichkeit des Betroffenen beeinflusst (vgl. McCaffery/Pasero, 1999, S. 16f).

Kröner-Herwig nennt noch einen wesentlichen Vorteil dieser Definition von Schmerz. Die lange geltende Kausalverknüpfung von Gewebsschädigung und Schmerzreaktion wird laut IASP aufgegeben. Demnach ist Schmerz auch dann Schmerz, wenn keine organischen Auslösebedingungen identifizierbar sind (Kröner-Herwig, 2004, S. 4). Bei McCaffery und Pasero wird dieser Aspekt noch weiter ausgebaut. So gibt es keine vorhersehbare Beziehung zwischen tatsächlichen Gewebsschädigungen und dem Empfinden von Schmerz. Die Autorinnen beschreiben Situationen, in denen Menschen nach traumatischen Unfällen angeben keine starken Schmerzen haben. In Anbetracht der Verletzungen ist objektiv jedoch von extrem starken Schmerzen auszugehen. Dem gegenüber stehen Schmerzäußerungen von Patienten/Patientinnen mit chronischen-nicht-malignen Schmerzen, für die sich keine, beziehungsweise nur geringe Gewebslässionen finden lassen. Verletzungen des Gewebes alleine sind demnach nicht ausreichend um die Entstehung von Schmerzen zu erklären (vgl. McCaffery/Pasero, 1999, S. 17). Dies bedeutet aber nicht, dass Schmerzen rein psychologischen Ursprungs sind (vgl. Portenoy/Kanner, 1996, zit. nach McCaffery/Pasero, 1999, S. 17).

Schmerz ist eine sehr persönliche und subjektive Erfahrung. Die Definition von Margo McCaffery von 1968 unterstreicht die Individualität der Schmerzerfahrung:

„Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does“(a.a.O.).

Diese Definition wird gerade im Umgang mit geriatrischen Patienten und Patientinnen im Pflegealltag noch eine große Rolle spielen.

1.2 Schmerzleitung

Schmerz hat die Funktion, bestehende und potentielle Gewebeschäden zu erkennen und an übergeordnete Zentren des Nervenssystems zu melden. Bei der Schmerzleitung werden Nozizeptoren (periphere Schmerzrezeptoren) durch unterschiedliche Noxen gereizt. Hierbei handelt es sich sowohl um exogene als auch endogene gewebsschädigende oder potentiell gewebsschädigende Reize. Tabelle 1 zeigt eine Auflistung von exogenen und endogenen Noxen (vgl. Nauck/Klaschik, 2002, S. 8).

Exogene Noxe	Endogene Noxe
mechanisch	ischämisch
thermisch	entzündlich
chemisch	tumorbedingt
inhalativ	krampfartig
	Überdehnung von Hohlorganen

Tabelle 1: Exogene und endogene Noxen

Die Ursache für Schmerzen findet sich häufig im Bereich des peripheren Nervensystems. Um diese Schmerzen wahrnehmen zu können, werden Nachrichten in Form von Nervenimpulsen über afferente Fasern zum Zentralnervensystem weitergeleitet. Unter afferenten Nerven werden Nerven verstanden, die die Erregung von peripheren Rezeptoren zum zentralen Nervensystem leiten. Diese afferenten Fasern werden als nozizeptive Fasern bezeichnet und sind auf die Übermittlung von Schadensinformationen spezialisiert. Periphere Nerven bestehen aus tausenden von Fasern welche wiederum nach ihrer

Leitungsgeschwindigkeit eingeteilt werden. Innerhalb des Summenaktionspotentials eines Hautnerves lassen sich drei Komponenten finden, die den Aβ-, Aδ- und C-Fasern zugeordnet werden können. Die C-Fasern machen mengenmäßig den größten Anteil aus. Aβ- und C-Fasern sind neben den nozizeptiven Afferenzen auch noch für Afferenzen anderer Sinnesqualitäten zuständig und enthalten Warm- sowie Kaltfasern. Die Aδ-Fasern stehen in engem Zusammenhang mit den Mechanorezeptoren (Tastsinn, Proproizeption[1]) (vgl. Zimmermann, 2004 S. 22). Ein Reiz an der Hautoberfläche muss stark genug sein, um die freien Nervenendigungen, in diesem Fall Aδ- und C-Fasern, in Epidermis und Dermis erreichen und reizen zu können (vgl. Nauck/Klaschik, 2002, S. 9). Aδ-Fasern sind myelenisiert und schnell leitend, weshalb sie auch für den Rückziehreflex verantwortlich sind. Die C-Fasern dagegen sind nichtmyelenisiert und leiten Impulse nur langsam (vgl. Tiemann, 2005, S. 26). Die freien Nervenendigungen erzeugen nun Aktionspotentiale. Diese werden über die gesamte Axonlänge zu den zentralen Endigungen im Rückenmark weitergeleitet und setzen dort Überträgerstoffe frei. Bei diesen Stoffen handelt es sich um Aminosäuren und Neuropeptide, die durch die Interaktion mit ihren jeweiligen Rezeptoren die Basis der synaptischen Plastizität im Rückenmark bilden. Das nozizeptive Neuron ist das primär zuführende Neuron der Schmerzverarbeitung. Nach der Reizweiterleitung kommt es im Hinterhorn des Rückenmarks zu einer synaptischen Umschaltung auf das sekundäre Neuron. Dieses kreuzt in den gegenüberliegenden Vorderseitenstrang, wo der Schmerzimpuls über nachgeschaltete Neurone zu übergeordneten Zentren (Thalamus und Kortex) weitergeleitet wird. Erst wenn der Impuls in das zentrale Nervensystem gelangt, werden Schmerzen bewusst wahrgenommen (vgl. Nauck/Klaschik, 2002, S. 9f). Im Hirnstamm beeinflussen nozizeptive Informationen die Steuerung von Atmung und

[1] Mechanorezeptoren für die Wahrnehmung und Kontrolle der aktuellen Lage des Körpers im Raum.

Kreislauf, ebenso wie das aufsteigende retikuläre aktivierende System, welches wiederum für Aufmerksamkeit und Wachheit zuständig ist (vgl. Gallacchi/Pilger, 2005, S. 26).

Neben erhöhter Wachheit und Aufmerksamkeit lösen die eingehenden Schmerzsignale Tränensekretion, Weinen und Schreien aus (vgl. Nauck/Klaschik, 2002, S. 11). Im Zwischenhirn befindet sich der Thalamus welcher für die Verteilung von aufsteigenden sensorischen Informationen verantwortlich ist. Im medialen Teil des Thalamus werden die Schmerzsignale zum limbischen System, zum Hypothalamus und zu Hypophyse weitergeschaltet. Letztere stellt die Verbindung zum endokrinen System dar. Im lateralen Teil des Thalamus werden die Schmerzsignale zum somatosensorischen Kortex verschaltet.

Die Weiterleitung des Schmerzimpulses an die verschiedensten Gebiete im Gehirn macht eines deutlich: Es gibt kein eigenes Schmerzzentrum, welches sich klar abgrenzen lässt und in dem alle Schmerzerlebnisse zusammengeführt werden. So bleiben die Annahmen, dass das limbische System für den affektiven Charakter des Schmerzes verantwortlich ist, während der Kortex die kognitiven Leistungen steuert. Das bedeutet der Kortex ist unter anderem für die Lokalisation von Schmerzen sowie die zielgerichteten Handlungen zur Abwehr der Gefahr verantwortlich (vgl. Galacchi/Pilger, 2005, S. 26f).

1.3 Schmerzmodulation und Schmerzwahrnehmung

Wie Schmerzinformationen im zentralen Nervensystem verarbeitet werden, hängt von inneren und äußeren Faktoren ab und wird von diesen wesentlich beeinflusst. So gibt es verschiedene Hemmmechanismen, welche die Empfindlichkeit und die Reaktionen des schmerzverarbeitenden Systems auf allen Ebenen verändern. Der wichtigste Ort für die Modulation der Schmerzinformationen sind die

Hinterhornneurone im Rückenmark. Das Gehirn kontrolliert die sensorischen Informationen einerseits durch segmental hemmende Impulse, in diesem Fall Neurotransmitter wie beispielsweise Endorphine, andererseits werden vom Kortex, dem limbischen System aber auch dem Zwischenhirn absteigend hemmende Impulse gesandt (vgl. a.a.O. S. 27) Die aufsteigenden exzitatorischen[2] Bahnen des aufsteigend retikulären aktivierenden Systems sind mit absteigenden hemmenden Bahnen gekoppelt. Auf diesem Weg werden hemmende Impulse rückgekoppelt und führen zu einer starken Reduktion der eintreffenden Schmerzsignale. Durch diese Vorgänge lässt sich erklären, warum nach einem Trauma eine verminderte Schmerzempfindlichkeit vorliegt. Der Körper reagiert auf einen akuten Schmerzreiz mit der Produktion von Endorphinen. Diese ähneln in ihrer Struktur Morphin und dämpfen demnach die Schmerzwahrnehmung (vgl. Nauck/Klaschik, 2002, S. 11f).

Eine weitere wichtige Rolle bei der Schmerzmodulation spielen die Aβ-Fasern. Diese sind, wie bereits erwähnt, für die Übertragung von nicht-nozizeptive afferente Informationen zuständig und können im Bereich der Hinterhornneurone hemmend wirken. Diese Fähigkeit der Aβ-Fasern ist wichtiger Bestandteil der Erkenntnisse die zur „Gate-Control-Theorie“ von Melzack und Wall führten. Diese Theorie geht davon aus, dass die Substantia gelatinosa im Hinterhorn des Rückenmarks eine Art Tor ist, durch welches die eingehenden nozizeptiven Informationen durchgelassen werden oder die Weiterleitung gehemmt wird. Die Aβ-Fasern, welche nichtnozizeptive Informationen weiterleiten, können einen hemmenden Einfluss auf die Impulse der Aδ- und C-Fasern, die im Hinterhorn eingehen, haben. Wenn überwiegend Aβ-Fasern erregt werden, beispielsweise durch eine sanfte Massage, so wird dieses Tor

[2] Exzitation = Ergegung

geschlossen, da die inhibitorischen Interneurone[3] der Substantia gelatinosa aktiviert werden. Werden hauptsächlich Nozizeptoren erregt so erfolgt eine Aktivierung der exzitatorischen Interneurone, was wiederum zur synaptischen Übertragung der nozizeptiven Afferenzen führt. Zudem gehen Melzack und Wall davon aus, dass Schmerzen auch durch kortikale und subkortikale Strukturen moduliert werden. So erfolgt eine Bewertung des Schmerzimpulses aufgrund früherer Erfahrungen und diese wirken auf die Öffnung beziehungsweise Schließung des Tores ein (vgl. Galacchi/Pilger, 2005, S. 27 und 56f).

1.4 Schmerzkomponenten

Laut Galacchi und Pilger ist Schmerz ein Phänomen, welches die aktive Antwort des Mechanismus auf periphere noxische Reize darstellt. Die Schmerzwahrnehmung selbst beinhaltet verschiedene Komponenten. Diese sollen überblicksmäßig dargestellt werden (vgl. Galacchi/Pilger, 2005, S. 58f).

- **sensorisch-diskriminative Komponente:**

  Diese beschreibt die Sinnesempfindung Schmerz hinsichtlich Lokalisation, Dauer und Intensität. Hierbei wird zwischen nozizeptiven und nicht-nozizeptiven Reizen unterschieden.

- affektive Komponente:

  In die Schmerzempfindung werden sowohl die emotionale Ausgangslage als auch die aktuellen Umstände integriert.

- vegetative Komponente:

[3] inhibitorische Interneurone = hemmende kurze Nerven im ZNS; dienen der Erregungssteuerung und Informationsverarbeitung in dem sie lange Nervenbahnen hemmend oder bahnend miteinander verschalten. Pschyrembel S. 730

Das vegetative Nervensystem löst auf Grund nozizeptiver Reize reflektorische Reaktionen aus.

- motorische Komponente:

Durch von außen einwirkende noxische Reize kommt es zur Auslösung reflexartiger Reaktionen, den Flucht- oder auch Schutzreflexen. Verhaltensäußerungen, die aus einer Schmerzbewertung resultieren, werden als psychomotorische Komponente des Schmerzes definiert.

- kognitive Komponente:

Hierbei kommt es zu einer Messung und Bewertung des aktuellen Schmerzes an einer gespeicherten Schmerzerfahrung. Das Ergebnis der Schmerzbewertung (kognitiver Prozess) beeinflusst wiederum die Schmerzäußerung (psychomotorische Komponente) und fließt gleichzeitig in die affektiven und vegetativen Komponenten mit ein.

Durch die vielen Komponenten, welche an der Schmerzerfahrung beteiligt sind, wird ersichtlich, dass das Phänomen Schmerz die Integrität des gesamten Menschen beeinflusst.

Zusätzlich zu den genannten Komponenten, welche die Schmerzerfahrung beeinflussen, gibt es noch eine Reihe anderer modifizierender Faktoren. Demnach hängt das Ausmaß der Schmerzempfindung von bestimmten Gegebenheiten ab. Hierbei sind folgende Faktoren zu nennen (vgl. Galacchi/Pilger, 2005, S. 59):

- aktuelle soziale Situation
- familiäre Herkunft
- Geschlecht
- Alter
- persönliche Erziehung

- Persönlichkeitsstruktur
- tageszeitliche Rhythmik
- ethno-kulturelle Herkunft (wird Schmerz eher geäußert oder verschwiegen)

1.5 Schmerzklassifikation

Es gibt verschiedene Arten und Ursachen von Schmerzen. Aus diesem Grund werden Schmerzen nach verschiedenen Kriterien klassifiziert. Schmerzen werden nach ihrem Entstehungsort, ihrer Entstehungsursache sowie der Zeitdauer ihres Bestehens eingeteilt. Wie lange Schmerzen bestehen entscheidet darüber, ob es sich um akute oder chronische Schmerzen handelt (vgl. Huber/Winter, 2006, S. 1ff). In den folgenden Kapiteln erfolgt eine Abhandlung der Schmerzklassifikationen. Chronische Schmerzen und die Mechanismen der Chronifizierung werden dabei ausführlicher dargestellt.

1.5.1 Entstehungsursache von Schmerzen

Die Klassifikation von Schmerzen nach deren Entstehungsursache differenziert folgende Schmerzarten (vgl. Schmidt/Lang/Thews, 2005, S. 325 f, und 336):

- Physiologischer Nozizeptorschmerz

  Werden Schmerzen durch die Einwirkung von gewebeschädigenden Reizen auf normales Gewebe ausgelöst, so liegen physiologische Nozizeptorschmerzen vor. Diese Schmerzform warnt vor Gewebeschädigungen und zwingt den Körper zur Einleitung von Gegenmaßnahmen. (Wegziehen der Hand bei Berühren einer heißen

Herdplatte). Physiologische Nozizeptorschmerzen stellen eine wichtige Schutzfunktion des Körpers dar und verhindern Verletzungen.

- Pathophysiologischer Nozizeptorschmerz

Diese Schmerzart erfüllt ebenfalls eine wichtige Warnfunktion und ist Hinweis für pathophysiologische Organveränderungen. Dies kann beispielsweise eine Entzündung des Gewebes sein. Auch hier werden Gegenmaßnahmen eingeleitet. So zwingt pathophysiologischer Schmerz den Betroffenen beispielsweise zur, für die Heilung notwendigen, Ruhigstellung der verletzten Extremität.

- Neuropathischer Schmerz

Diese Schmerzen entstehen durch die Schädigung von Nervenfasern. Da sie keinerlei Warnfunktion erfüllen sind sie als abnormal anzusehen. Diese Schmerzen sind oftmals bohrend und brennend und stehen in keinem Zusammenhang mit einer Reizung durch eine Noxe.

1.5.2 Entstehungsort von Schmerzen

Die Einteilung von Schmerzen nach deren Entstehungsort gliedert diese in somatischen Oberflächenschmerz, somatischen Tiefenschmerz und viszeralen Tiefenschmerz. (vgl. Schmidt/Lang/Thews, 2005, S. 326)

- Somatischer Oberflächenschmerz

Dieser Schmerz entsteht durch die Reizung der Haut auf Grund einer Noxe. (Siehe Kapitel 1.2) Somatischer Oberflächenschmerz ist hell und meist klar zu lokalisieren. Endet die Exposition der Haut mit der Noxe so klingt dieser Schmerz wieder ab.

- Somatischer Tiefenschmerz

Somatische Tiefenschmerzen haben ihren Entstehungsort in den Knochen, Gelenken, der Muskulatur oder innerhalb des Bindegewebes. Diese Schmerzen sind durch dumpfes Auftreten und unklare Lokalisation charakterisiert.

- Viszeraler Tiefenschmerz

Treten Schmerzen in den Eingeweiden, auf Grund von Organerkrankungen auf, handelt es sich um viszerale Tiefenschmerzen. Diese können sich sowohl dumpf und schlecht lokalisierbar, als auch kolikartig präsentieren.

1.5.3 Akuter Schmerz

Je nachdem, wie lange Schmerzen anhalten, werden sie der Kategorie akuter oder chronischer Schmerz zugeordnet. Akute Schmerzen dauern zwischen wenigen Sekunden und höchstens einigen Wochen. Ursache für akute Schmerzen sind entweder schädliche äußere Reize (heiße Herdplatte) oder auch innere Auslöser (Entzündung). Die Auslöser akuter Schmerzen sind meist leicht zu identifizieren. Der Verlauf von akuten Schmerzen ist meist vorhersehbar und kontrollierbar. Der persönliche Alltag der Betroffenen wird durch die Einschränkungen nur vorübergehend beeinflusst. Die Beeinträchtigung der persönlichen Integrität wird von den Patienten/Patientinnen als relativ gering empfunden. Akute Schmerzen erfüllen eine essentielle Warnfunktion und lösen im Organismus Schutzmechanismen aus. Demnach ist akuter Schmerz nützlich und in der jeweiligen Situation angemessen. Diese Schmerzform ist Symptom einer momentanen Erkrankung welche mit medizinischen Methoden im Regelfall behandelbar ist. Das Ziel der Behandlung von akuten Schmerzen ist sowohl Symptomfreiheit des Patienten, der Patientin, als auch Schmerzfreiheit (vgl. Huber/Winter, 2006, S. 24).

1.5.4 Chronischer Schmerz

Wie bereits erläutert, erfüllen Schmerzen eine wichtige Warn- und Schutzfunktion. Sie bewahren den menschlichen Körper vor Verletzungen und bewirken die Einleitung von Gegenmaßnahmen.

Schmerzen gelten jedoch als chronisch, wenn sie ihre Leit- und Warnfunktion verloren haben und einen selbstständigen Krankheitswert erlangen (vgl. Baron/Stumpf, 2007, S.4).

Chronische Schmerzen unterscheiden sich stark von der Charakteristik akuter Schmerzen. Während akute Schmerzen meist nur sehr kurz anhalten sind chronische Schmerzen durch kontinuierlich andauerndes und wiederkehrendes Auftreten gekennzeichnet. In vielen Lehrbüchern wird ein Zeitrahmen von drei bis sechs Monaten als Kennzeichnung für chronische Schmerzen angegeben. In diesem Punkt liegen aber unterschiedliche Ansichten vor. So sieht die International Association for the Study of Pain von zeitlichen Definitionskriterien ab. Diese erwiesen sich in der Praxis oft als unzureichend. (vgl. ebd.) Die Ursachen für chronische Schmerzen oft nicht eindeutig zu identifizieren und meist nur schwer bis gar nicht zu beheben. Die Einschätzung des weiteren Verlaufes ist aus diesem Grund meist pessimistisch. Zudem ist der Verlauf kaum zu kontrollieren. Wer über einen längeren Zeitraum unter Schmerzen leidet ist zusätzlich mit negativen Veränderungen seines Privatlebens konfrontiert. Chronische Schmerzen beeinträchtigen den privaten, sozialen und beruflichen Alltag der Betroffenen erheblich. Dieser Umstand hat Einfluss auf die empfundene Beeinträchtigung der persönlichen Integrität (vgl. Huber/Winter, 2006, S. 24).

1.5.4.1 Biologische Mechanismen der Chronifizierung

Der Mechanismus der Schmerzentstehung kann in drei Phasen eingeteilt werden. (Siehe auch Kapitel 1.2) Diese sind Anhaltspunkt für die

Erklärung der Chronifizierung von Schmerzen. In der ersten Phase, der so genannten Aktivierung, werden nozizeptive Nervenendigungen in der Haut durch einen Reiz aktiviert. Dies bewirkt eine Vielzahl von Aktionspotentialen, welche in Folge das zentrale Nervensystem und letztlich die Großhirnrinde erreichen. Daraufhin folgt eine kurze Schmerzempfindung. Phase 2 (Modulation) sind Mechanismen, welche durch jede Verletzung ausgelöst werden. Diese Phase steht für die akute Plastizität des nozizeptiven Systems. Sie kommt durch Modulation der peripheren Sensibilisierung[4] und der zentralen Sensibilisierung[5] zustande. Die zentrale Sensibilisierung, welche beispielsweise durch eine einfache Verletzung ausgelöst wird, führt zu einer Allodynie (vgl. Baron/Stumpf, 2007, S. 5). Unter Allodynie wird die Schmerzauslösung durch einen Reiz, der normalerweise keinen Schmerz auslöst, verstanden. In diesem Fall erzeugen nichtnoxische Stimuli (Berührung, leichter Druck oder leichte Wärme und Kälte), durch pathophysiologische Veränderungen, Schmerzen (vgl. Galacchi/Pilger, 2005, S. 2). Die Mechanismen in Phase zwei der Schmerzentstehung führen zu einem vorübergehenden veränderten Antwortverhalten des nozizeptiven Systems. Dies sind physiologische Vorgänge welche reversibel sind, sobald das auslösende nozizeptive Signal entfällt. In der dritten Phase der Schmerzentstehung kommt es zu einer veränderten Genexpression. Dadurch entsteht unter anderem ein verändertes Verhältnis verschiedener Subpopulationen von nozizeptiven Neuronen (vgl. Baron/Stumpf, 2007, S. 5).

Wesentliche Faktoren auf dem Weg zur Chronifizierung von Schmerzen sind folgende Komponenten (vgl. Büche, 2008, S. 18ff):

- Periphere Sensibilisierung
- Zentrale Sensibilisierung
- Rückkoppelungsschleifen.

[4] Sensibilisierung von Nozizeptoren
[5] Sensibilisierung von nozizeptiven Zellen des ZNS

Bei der peripheren Sensibilisierung finden pathophysiologische Veränderungen des peripheren Nervensystems statt. Durch wiederholte Reize wird die Erregungsschwelle herabgesetzt was wiederum zu einer Sensibilisierung der Nozizeptoren führt. Weiters kommt es zu einer Rekrutierung von Nozizeptoren. Das heißt, Rezeptoren, welche bisher insensitiv waren, werden aktiviert. Diese beiden Phänomene führen zu einer primären Hyperalgesie, einer Schmerzüberempfindlichkeit. Demnach führen bereits schwache Reize zu Schmerzen (vgl. Büche, 2008, S. 30).

Im weiteren Verlauf der peripheren Sensibilisierung treten ektope Impulsentstehungen auf. Dabei handelt es sich um spontane Entladungen an den Rezeptoren (vgl. Büche, 2008, S. 20ff). Ektope Impulsentstehungen resultieren aus der Schädigung eines nozizeptiven Neurons. Die strukturellen und funktionellen Veränderungen sind irreversibel (vgl. Interessensgemeinschaft Chronischer Schmerz, 2003, S. 10).

Im Verlauf des Chronifizierungsprozesses ereignen sich auch Veränderungen an den Hautnervenfasern. Durch die kontinuierliche Reizung der C-Faser wird deren Ruheaktivität erhöht und zugleich deren Reizschwelle herabgesetzt. Dadurch werden vermehrt erregende Aminosäuren freigesetzt. Durch die persistierende Reizung der C-Fasern werden die Aβ-Fasern angeregt nozizeptive Neuropeptide zu bilden. Dadurch wird die zentrale Sensibilisierung aufrechterhalten. All diese genannten Prozesse führen zu einer pathologischen Reizantwort und in Folge zu vermehrter Impulsaktivität (vgl. Büche, 2008, S. 20ff). Diese gesteigerte Impulsaktivität führt zur Entwicklung chronischer Schmerzzustände. Zudem bewirkt die erhöhte Impulsaktivität in der Peripherie Veränderungen der Informationsverarbeitung des zentralen nozizeptiven Systems (vgl. Galacchi/Pilger, 2005, S. 63).

Die Stärke und Dauer des Reizes, der die Nozizeptoren erregt, beeinflusst die Frequenzhöhe der Schmerzpotentiale und die Anzahl der Nervenfasern, welche den Schmerzreiz an das Hinterhorn des Rückenmarks weiterleiten. Langanhaltende Schmerzreize resultieren unter anderem aus einer inadäquaten Therapie akuter Schmerzen. Da nun verstärkt Schmerzpotentiale aus der Peripherie eintreffen, wird auch die synaptische Übertragung der zentralen Neurone aktiviert (vgl. Interessensgemeinschaft Chronischer Schmerz, 2003, S. 10f). Die Zunahme der Schmerzperzeption sowie die veränderte Schmerzverarbeitung der nozizeptiven Impulse in den zentralen Neuronen wird als zentrale Sensibilisierung bezeichnet (vgl. Galcchi/Pilger, 2005, S. 64).

Dieser Vorgang ist zunächst reversibel und wird in Folge andauernder Reizung irreversibel. Ein Merkmal der zentralen Sensibilisierung ist das Schmerzgedächtnis. Starke Schmerzreize können bereits nach kurzer Zeit (wenige Minuten) zu strukturellen und funktionellen Veränderungen führen. Diese intensivieren wiederum die Weiterleitung und Verarbeitung von Schmerzen. Interessanterweise gleichen diese Vorgänge den zellulären Abläufen von komplexen neuronalen Lernvorgängen. Dies ist der Grund, warum von einem Schmerzgedächtnis gesprochen werden kann. Das menschliche Nervensystem ist offenbar in der Lage eine Erinnerungsspur für vergangene schmerzhafte Reizungen durch das gesamte System der Schmerzverarbeitung zu legen. Somit kann ein minimal sensorischer Reiz, der als nozizeptiver Reiz eigentlich unadäquat ist, aber auch eine kognitive Aktivierung wesentliche Teile eines Schmerzschemas, welches im Schmerzgedächtnis gespeichert ist, abrufen (vgl. Interessensgemeinschaft Chronischer Schmerz, 2003, S. 11). Auch wenn der ursprüngliche Schmerzreiz bereits verschwunden ist erinnert sich das Schmerzgedächtnis dauerhaft an diesen. Dadurch werden auch nichtnozizeptive Reize an das Bewusstsein weitergeben. Im Normalfall würden diese Reize als Kälte- oder Druckreize empfunden werden und keine Schmerzen auslösen. Neben der veränderten

Schmerzperzeption erzeugt die zentrale Sensibilisierung auch eine pathologische Reflexaktivierung von Motoneuronen und sympathischen Nerven. Die efferenten Systeme koppeln nun zur Peripherie zurück und können dadurch die Erregung nozizeptiver Afferenzen verstärken. Zudem können sie die Erregung auch ohne Präsenz des ursprünglichen Schmerzreizes aufrechterhalten.

Durch die bereits beschriebenen Sensibilisierungsprozesse entsteht ein Teufelskreis durch sogenannte Rückkoppelungsschleifen. Darunter wird die Verbindung von efferenten Neuronen, welche vom zentralen Nervensystem in die Peripherie zurückkoppeln, sensibilisierter nozizeptiver afferenter Neuronen und sensibilisierter Rückenmarksneurone verstanden. Auf Grund dieser Rückkoppelungsschleifen werden Schmerzen aufrechterhalten und deren Chronifizierung forciert (vgl. Galcchi/Pilger, 2005, S. 63ff).

Die Wissenschaft liefert etliche physiologische und pathophysiologische Erklärungen für die Entstehung von chronischen Schmerzen. Dennoch sind nicht alle Fragen restlos geklärt.

Bei gleicher Grundkrankheit kommt es aber nur bei einer kleinen Zahl von Patienten und Patientinnen zu chronischen Schmerzen. Noch ist unklar welchen Einfluss die Stärke und Dauer der Gewebeschädigung sowie die Anzahl der Wiederholungen der Schädigung auf die Entstehung von chronischen Schmerzen haben. Eine Kombination von genetischen und psychologischen Prädispositionsfaktoren ist demnach wahrscheinlich (vgl. Baron/Stumpf, 2007, S. 5).

1.5.4.2 Psychosoziale Mechanismen der Chronifizierung

Die Chronifizierung von Schmerzen lässt sich nicht nur mir physiologischen Vorgängen erklären. Die Entstehung chronische Schmerzen ist demnach ein sehr komplexer und multikausaler Prozess.

Psychosoziale Mechanismen sind wesentliche Einflussfaktoren auf diesen Vorgang und sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

Die Annahme chronische Schmerzen würden durch ein Wechselspiel von biologischen, psychischen und sozialen Komponenten entstehen, geht auf die Theorien von Engel zurück. Dieser war Begründer des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells und der Schmerzpersönlichkeit. Das bio-psycho-soziale Modell betrachtet nicht nur die biologischen Mechanismen der Schmerzentstehung sondern sieht diese als umfassendes seelisches Regulationssystem.

Zu Beginn der Schmerzkarriere eines Patienten, einer Patientin steht oftmals ein definiertes Ereignis. Hierbei kann es sich beispielsweise um eine Verletzung handeln. Der wahrgenommene Schmerz löst eine psychologische Bewertung aus, die wiederum bestimmte Verhaltensweisen erzeugt und das Schmerzerleben beeinflusst (vgl. Von Kopp, 2008, S.14). Dazu zählen Verhaltensweisen, die mit Schon- und Vermeidungsverhalten einhergehen. Das Vermeidungsverhalten kann sich sowohl auf körperliche als auch soziale Aktivitäten beziehen.

Weitere Beeinflussungsfaktoren des Schmerzerlebens sind emotionale Zustände zu denen Angst und Depressionen zählen. Die Angst vor dem Schmerz sowie das Katastrophisieren sind die wichtigsten Denkarten, welche die Chronifizierung von zunächst akuten Schmerzen bedingen. Beim Vorgang des Katastrophisierens wird Schmerz als Ausdruck von bedrohlichen Vorgängen im Körper interpretiert. Depressive Stimmung und Gedanken sind ebenso wie verminderter Antrieb als wesentliche Faktoren für den Chronifizierungsprozess anzusehen. Als sicherer Prädiktor für die Chronifizierung von akuten Schmerzen gelten zudem dauerhafte psychosoziale Belastungen sowie Unzufriedenheit. Die Unzufriedenheit kann hierbei aus der privaten und oder beruflichen Situation resultieren (vgl. Schiltenwolf/Henningsen, 2006, S. 29).

Ein weiterer wichtiger Punkt, welcher im Zusammenhang mit der Chronifizierung nicht übersehen werden darf, sind Lernprozesse. Analog zu normalen Lernprozessen finden auch bei der Chronifizierung von Schmerzen verschiedene Arten des Lernens statt.

Zunächst soll auf die klassische Konditionierung nach Pawlow eingegangen werden. Am Beginn eines Schmerzproblems entwickelt sich das Schmerzverhalten gemäß den Prinzipien des Reiz-Reaktions-Lernens. Hierbei erfolgt die Koppelung eines ursprünglich neutralen Ereignisses mit dem Ereignis „Schmerz“ (Körperdrehung bei Patienten/Patientinnen mit einem Bandscheibenvorfall). Dadurch erfolgt eine Verbindung des neutralen Ereignisses mit einer unangenehmen psychophysiologischen Folgeerscheinung. In diesem Stadium ist das Schmerzverhalten eine direkte Reaktion auf einen schmerzhaften Reiz. Diese Reaktion geht mit physiologischen, kognitiv-emotionalen und Verhaltenskomponenten einher. Durch dieses Verhalten soll eine Schmerzreduktion erwirkt werden. Schonhaltungen, Veränderungen der Lage oder reduzierte Gehstrecken sind die Konsequenz um bestehende Schmerzen zu reduzieren. Schmerzverhalten äußert sich auf verschiedene Art und Weise. So können Schmerzen verbal oder nonverbal mitgeteilt werden. Bestimmte Körperhaltungen, Gesten, Hinken, Reiben der schmerzenden Stelle oder Grimassieren sind weitere Ausdrucksformen des Schmerzverhaltens. Weiters sind Funktionseinschränkungen, häufiges Hinlegen, langes Sitzen und reduzierte Bewegung sowie die Einnahme von Medikamenten und die Nutzung von Gesundheitssystemen Bestandteile des individuellen Schmerzverhaltens. Auch der Erwerb von Schmerzverhalten folgt den Lernprinzipien. Schmerz kann zu einer Erhöhung der Muskelspannung führen welche wiederum zu einer gesteigerten physiologischen Erregung führt. Diese Vorgänge beeinflussen nun den Muskeltonus wodurch erneut Schmerzen ausgelöst werden können. Untersuchungen haben gezeigt, dass psychische Belastungen durch persönlich relevante Stressoren, vorrangig Reaktionen in der Muskulatur des ohnehin schon betroffenen

Schmerzareals erzeugen. Schmerz ist ein sehr wichtiger Stressor und stellt eine große psychische Belastung dar. Auf diese Weise kann ein sich selbst erhaltender Teufelskreis in Gang gesetzt werden (vgl. Nilges, 2003, S. 89ff).

Mit zunehmendem Bestehen von Schmerzen gewinnt eine andere Lernform an Bedeutung. Das Lernen durch Konsequenzen oder auch operantes Lernen. Hierbei wird das Schmerzverhalten durch die Reaktion der Umwelt beeinflusst. Im Falle einer akuten Erkrankung ist es üblich, dem Erkrankten Mitleid, Schonung und auch Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Doch genau diese Faktoren können bei lang andauernden Schmerzen zur Chronifizierung führen. Menschliches Verhalten wird durch Konsequenzen erlernt. Angenehme Folgen eines Verhaltens werden zu verstärktem Auftreten dieses Verhaltens führen. Demgegenüber werden negative Konsequenzen die Auftrittswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens reduzieren bzw. löschen (vgl. Nilges, 2003, S. 91). Die Reaktionen der Umwelt haben demnach einen wesentlichen Einfluss sowohl intensivierend als auch begrenzend auf das Erleben und Äußern von Schmerzen. Erhält ein Patient, eine Patientin, Zuwendung, Schonung und eventuell auch eine finanzielle Entschädigung für seine/ihre Schmerzen so stellen diese Risikofaktoren für die Chronifizierung dar. So ist beispielsweise die Tatsche versichert zu sein ein Risikofaktor für die Chronifizierung von Schmerzen (vgl. Schiltenwolf/Henningsen, 2006, S. 31).

Das Schmerzverhalten kann durch die Reaktionen der Umwelt sowohl positiv als auch negativ verstärkt werden. Positive Verstärkung wird, wie bereits erwähnt, unter anderem durch Aufmerksamkeit und Zuwendung von Seiten der Angehörigen oder auch Pflegepersonen erreicht. Negative Verstärkung, im Sinne des Ausbleibens einer negativen Konsequenz, wird durch den Rückzug aus belastenden Situationen, Vermeidung von unangenehmen Tätigkeiten und der Entlastung von Verantwortung

erreicht. Weitere Gründe können die Nicht-Beachtung von gesundem Verhalten und fehlenden Alternativen zum Schmerzverhalten sein.

Operantes Lernen führt zur Chronifizierung von Schmerzverhalten. Daraus resultieren wiederum Behinderungen im Alltag und vor allem ungünstige emotionale, kognitive und physiologische Veränderungen. Gerade die Entwicklung von Vermeidungsverhalten ist stark von kognitiven Prozessen beeinflusst. So ist der Patient, die Patientin davon überzeugt, dass Bewegung dem Körper schadet und durch dieses Verhalten ist der Weg in die Schmerzchronifizierung geebnet (vgl. Nilges, 2003, S. 91).

Das Lernen am Modell ist gerade im Zusammenhang mit der Prävalenz von Schmerzen in der Familie eines Patienten, einer Patientin sehr aufschlussreich. Lernen am Modell bedeutet Konzepte, Einstellungen und vor allem auch Erwartungen über Schmerzen anzunehmen. Die Frage, wie die Herkunftsfamilie Schmerzen bewertet, bestimmt welche Bedeutung diese für den Patienten, die Patientin haben (vgl. a.a.O., S. 93). Lernen am Modell ist auch durch gesellschaftliche und kulturelle Aspekte geprägt. Gilt eine Krankheit in einer Gesellschaft als schwer zu behandeln, erhöht dieser Umstand die Chronifizierung (vgl. Schiltenwolf/Henningsen, 2006, S. 31).

Nach dem die Rolle von verschiedenen Verhaltens-, Denk- und Lernmustern auf die Chronifizierung von Schmerzen bereits erläutert wurde, soll das Augenmerk nun auf die Bedeutung der Persönlichkeit gelenkt werden. Gemäß der psychodynamischen Perspektive besteht ein Zusammenhang zwischen Schmerz und Persönlichkeit. Dieser resultiert aus der unbewussten intrapsychischen Konfliktverarbeitung. Emotionaler Schmerz präsentiert sich als körperlicher Schmerz und diese Form der Konfliktverarbeitung bildet zugleich eine besondere Persönlichkeit. Der Begriff der Schmerzpersönlichkeit geht auf die Überlegungen von Engel aus dem Jahre 1959 zurück (vgl. Baron/Stumpf, 2007, S. 104). Die Basis für diese Theorie bildete die Beobachtung, dass manche Menschen eher

dazu neigen, Schmerzen als psychischen Regulationsmechanismus zu verwenden, als andere (vgl. Hoffmann, 2003, S. 78). Laut Engel wird realen Schmerzerfahrungen, aufgrund eines konfliktbehafteten persönlichen Kontextes, psychische Bedeutung beigemessen. Diese führt dazu, dass auch ohne noxische Stimulation Schmerzen ausgelöst werden können (vgl. Baron/Stumpf, 2007, S. 104).

Schmerzanfällige Patienten, Patientinnen sind gemäß der Schmerzpersönlichkeitstheorie durch bestimmte Merkmale charakterisiert. Dazu zählen unter anderem bewusste und unbewusste Schuldgefühle und Entwicklung von Schmerz als Ersatz für einen drohenden Verlust im zwischenmenschlichen Bereich (vgl. Hoffmann, 2003, S. 78).

1.5.4.3 Rolle der Familie und Bezugspersonen

Empirischen Untersuchungen zur Folge spielt das Verhalten von Familienmitgliedern und Partnern eine wichtige Rolle bei der Chronifizierung von Schmerzen. Sowohl die Wahrnehmung von Schmerzen als auch deren verbaler und nonverbaler Ausdruck wird von den Partnern und Partnerinnen beeinflusst. Patienten und Patientinnen mit einem besorgten Partner gaben während und nach einem Belastungstest (Laufen) stärkere Schmerzen an und konnten nur eine geringere Distanz zurücklegen wenn der Partner im selben Raum anwesend war. Dieses Ergebnis ließ sich auch bei einem Eiswasserschmerztest verifizieren. Die Anwesenheit des besorgten Partners sorgte in diesem Fall für eine herabgesetzte Schmerzschwelle der Versuchspersonen. Schmerzverhalten eines Menschen ist gebunden an zuwendendes Verhalten des Partners, der Partnerin. So wird Vermeidungsverhalten und Schonung durch die Übernahme von Aufgaben durch Familienmitglieder verstärkt. Gerade aber die Schonung und Inaktivität sind große Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen da sie zu Muskelabbau und einer reduzierten physischen Verfassung und somit zu

vermehrter Schmerzempfindlichkeit führen. Diese Ergebnisse müssen jedoch differenzierter betrachtet werden um nicht Gefahr zu laufen familiäre Unterstützung als Risikofaktor für die Schmerzchronifizierung zu sehen. Das Schmerzverhalten und die wahrgenommene Schmerzintensität werden nicht nur durch die Anwesenheit des Partners beeinflusst. Vielmehr durch die Art der sozialen Unterstützung. Übernimmt ein Partner lediglich die Aufgaben des erkrankten Partners um diesen zu schonen, so ist ein verstärktes Schmerzverhalten (klagen, schonen) zu bemerken (vgl. Fydrich et al., 2004, S. 217ff). In diesem Fall erfahren die Betroffenen einen so genannten sekundären Krankheitsgewinn der auf den Lernprozess der operanten Konditionierung zurückzuführen ist. Hierbei ist unbedingt anzumerken, dass dieser „Krankheitsgewinn“ meist nicht bewusst gesteuert wird. Dennoch sind bei dieser Form der Unterstützung die Prognosen für die Schmerzpatienten bzw. -patientinnen wesentlich schlechter (vgl. Schiltenwolf/Henningsen, 2006, S. 31).

Erfährt der Schmerzpatient, die Schmerzpatientin jedoch Zuspruch im Sinne von emotionaler Unterstützung, Zusammengehörigkeit, Zuverlässigkeit, sozialer Integration und Wertschätzung so zeigt sich, auch bei Anwesenheit des Partners, geringeres Schmerzverhalten. Werden die Partner in die Schmerzbehandlung miteingebunden so sind die Ergebnisse viel besser als bei Menschen deren Partner nicht involviert sind
(vgl. Fydrich et al., 2004, S. 217ff). Laut Müller-Mundt sind die Angehörigen konstruktiver Bestandteil der Krankheitsbewältigung. Diese nehmen erheblichen Einfluss darauf, wie der Patient, die Patientin mit den eigenen Schmerzen umgehen. Die Angehörigen sind jene Personen, welche für die Umsetzung der schmerztherapeutischen Maßnahmen sorgen und die Struktur des Alltages dem jeweiligen Befinden anpassen (vgl. Müller-Mundt, 2005, S. 197).

Neben den familiären Einflüssen auf die Schmerzchronifizierung dürfen jene durch behandelnde Ärzte und Ärztinnen nicht außer Acht gelassen

werden. Mangelnde Beratung, voreilige Mitteilungen unüberprüfter Diagnosen sowie Übermedikation wirken sich chronifizierend aus. So wird beispielsweise die körperliche Schonung durch die Meinung eines Patienten, einer Patientin, an einer schweren Krankheit zu leiden, forciert (vgl. Schiltenwolf/Henningsen, 2006, S. 31). Interessante Ergebnisse lassen sich auch in Hinblick auf die Schmerzwahrnehmung von nahen Verwandten finden. Je näher die Angehörigen stehen, umso höher schätzen diese die Stärke der Schmerzen des Patienten, der Patientin ein. Zudem steigt mit zunehmender Frequenz der Besuche eines Angehörigen auch die Frequenz der Schmerzwahrnehmung durch den Besucher (vgl. Cohen-Mansfield, 2002, S. 569).

2 SCHMERZ UND ALTER

Schmerzen sind in jedem Alter unangenehm und beeinflussen die Lebensqualität erheblich. Schmerzen bei geriatrischen Patienten/Patientinnen bergen jedoch ein zusätzliches Risiko: Sie werden von den betreuenden Personen häufig nicht ausreichend wahrgenommen und falsch eingeschätzt. In weiterer Folge kommt es leider oftmals zu einer unzureichenden Schmerzbehandlung. In den folgenden Ausführungen soll gezeigt werden, mit welchen Veränderungen ältere Menschen konfrontiert werden. Weiters soll aufgezeigt werden welche Umstände dazu führen, dass ihre Schmerzen oftmals nicht ausreichend behandelt werden. Im weiteren Verlauf sollen die Konsequenzen unzureichender Schmerzbehandlung im Alter aufgezeigt werden. Weiters erfolgt eine ganzheitliche Betrachtung des Phänomens Schmerz sowie dessen Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen.

2.1 Alter

Das Alter wird nach soziologischen Kriterien im Zusammenhang mit dem Lebenslauf definiert. Dieser lässt sich in Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, mittleres Erwachsenenalter und Rentenalter einteilen. Laut Definition der WHO wird ab dem 60. Lebensjahr von einem alten Menschen gesprochen.

In der Literatur lassen sich diesbezüglich jedoch unterschiedliche Angaben finden. Fakt ist, dass eine Zahl sehr wenig darüber aussagt, ob sich ein Mensch gesund oder krank fühlt. Dies hängt sehr viel mehr von der persönlichen Biographie und individuellen Einstellungen ab (vgl. Derrer-Merk, 2007, S. 1).

2.2 Demographische Entwicklung

Seit langem wird von einer zunehmend alternden Gesellschaft gesprochen. Tatsache ist, dass die Menschen aufgrund medizinischer und technologischer Entwicklungen die Möglichkeit haben, älter zu werden als dies noch vor 30 Jahren der Fall war. Diese Entwicklungen lassen sich anhand von aktuellen Zahlen als auch mit Hilfe von Prognosen belegen. Laut STATISTIK AUSTRIA ist die Zahl der Personen in der Altersgruppe 60-64 Jahre von 1971 bis 2007 von 1.508.595 auf 1.849.424 gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von ca. 23%. Die Zunahme der Personen von 65 bis 74 Jahren betrug während dieses Zeitraums 33%. Am beeindruckendsten ist aber die Zunahme der Personen, die älter als 75 Jahre sind. Diese weist eine Steigerungsrate von 86% auf (vgl. STATISTIK AUSTRIA, 2008, o.S.).

Aktuellen Prognosen folgend, wird der Anteil der Personen über 65 Jahre 2020 mehr als 25% ausmachen. Demgegenüber stehen ca. 15% der Bevölkerung, die jünger als 20 Jahre alt sind. Die Gründe für diese Entwicklung liegen in der gesteigerten Lebenserwartung die einer sinkenden Geburtenanzahl gegenüber steht. Neben diesen Prozessen zeichnet sich auch eine Änderung des Krankheitsspektrums von heutigen Zivilisationskrankheiten zu späteren chronisch-degenerativen Krankheiten ab
(vgl. Münz, 2008, S.12ff).

2.3 Gegebenheiten im Alter

Der Prozess des Alterns kann mit einem einzigen Wort beschrieben werden: Veränderung.

Das Älterwerden ist ein natürlicher Vorgang mit allmählichen Veränderungen. Diese gehen sowohl mit Verlusten (abnehmende körperliche Fähigkeiten, Gesundheit) aber auch mit großen Gewinnen

einher. Im Laufe des Älterwerdens werden Wissen und Erfahrungen gewonnen auf die ein alternder Mensch stets zurückgreifen kann und welche ständig zunehmen (vgl. Derrer-Merk, 2007, S. 1). In den folgenden Kapiteln soll ein kurzer Einblick darüber gegeben werden, mit welchen Veränderungen ein Mensch im Alter konfrontiert ist. Die Individualität dieses Prozesses muss hierbei immer im Auge behalten werden.

2.3.1 Folgen des Alters

Beim Gedanken an das Älterwerden stehen körperliche Veränderungen sicherlich im Vordergrund. Mit zunehmendem Alter kommt es zu Veränderungen der Zellinteraktionen und einem daraus resultierenden Rezeptorverlust. Dadurch entsteht ein reduzierter Austausch zwischen den Zellen. Zudem ist eine Verlangsamung des intrazellulären Stoffwechsels zu sehen. Das Alter beeinflusst auch das Herz-Kreislauf-System und dessen Funktion. So bewirkt die Abnahme der Herzfrequenz einen Anstieg des Blutdrucks.

Der Alterungsprozess bewirkt eine Veränderung des elastischen und kollagenen Bindegewebes was wiederum die Lungenfunktion beeinträchtigt. Mit zunehmendem Alter kommt es weiters zu Gefäßveränderungen, Skelettalterungen sowie zu einer verminderten Glukosetoleranz. Nach einer Glukosezufuhr steigt der Blutzuckerspiegel schneller an und fällt langsamer ab (vgl. Künzel-Schön, 2000, S. 59f).

Eine verminderte Immunantwort durch den Funktionsrückgang von T-Lymphozyten fördert die Entstehung von Entzündungskrankheiten und Karzinomen mit zunehmendem Alter (vgl. Speckmann/Wittkowski, 2004, S. 470).

Älterwerden zieht auch Veränderungen der Haut mit sich. Diese bekommt mehr Falten, wird trockener und verletzt sich leichter.

Das Alter beeinflusst aber auch noch weitere Sinnesorgane. So sind eingeschränktes Hör- und Sehvermögen Erscheinungen, die im Alter gehäuft anzutreffen sind (vgl. Bleeksma, 2004, S. 69ff). Die verminderte Elastizität der Linse und der damit verbundene Verlust der Akkommodationsfähigkeit[6] führt zur so genannten Altersweitsichtigkeit. Zudem treten im Alter gehäuft Trübungen der Linse auf wodurch der so genannte graue Star entsteht.

Der Verlust von Sinneszellen im Ohr führt zu Altersschwerhörigkeit, Presbyakusis. Diese geht mit dem Verlust der Wahrnehmung von höheren Tönen einher. Weiters sind Verminderung der Geschmacksempfindungen sowie des Geruchsempfindens mit zunehmendem Alter keine Seltenheit.

Durch die zunehmende Abnahme der Muskelmasse kommt es zu einer Reduktion der Muskelkraft. Diese beeinträchtigt wiederum die Bewegungs- und Reaktionsfähigkeit und resultiert eventuell aus der verringerten Nervenleitgeschwindigkeit und der reduzierten synaptischen Übertragung (vgl. Speckmann/Wittkowski, 2004, S. 471).

Durch verschiedene Erkrankungen des Alters (z. B. rheumatische Entzündungen) kommt es zu einer eingeschränkten Feinmotorik was wiederum die Selbstständigkeit und Aktivität des alten Menschen sehr beeinträchtigt (vgl. Bleeksma, 2004, S. 69 ff).

Zusätzlich treten im Alter noch folgende Veränderungen auf (vgl. Sperber/Dunkelberg, o.J, S. 26):

- Zunahme des Körperfettanteils um 35%
- Abnahme des Plasmavolumens um 8%
- Abnahme des Gesamtwasseranteils im Körper um 17%
- Veränderte Rezeptorenempfindlichkeit
- Zunahme des Verteilungsvolumens für fettlösliche Substanzen

[6] Fähigkeit des Auges sich auf verschiedene Entfernungen einzustellen.

- Abnahme des Verteilungsvolumens für wasserlösliche Substanzen

Diese sind in Hinblick auf die Veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alter von besonderer Bedeutung. (Siehe Kapitel 2.3.4)

Es ist zu betonen, dass diese Vorgänge sehr vom Individuum und dessen Abwehr-, Funktions- und Regulationsmechanismen abhängig sind.

2.3.2 Multimorbidität

Viele Veränderungen des Alters werden durch physiologische Prozesse hervorgerufen. Körperliche Veränderungen stellen meist eine Verminderung der Leistungsfähigkeit dar. Dennoch müssen Erkrankungen keine notwendige Konsequenz des Alterungsvorganges sein. Doch mit zunehmendem Alter steigt leider auch die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Gerade ältere Menschen leiden oftmals an mehreren, meist chronischen Krankheiten. Eine Studie aus den 90iger Jahren zeigte, dass 22% der über 65-jährigen an ein bis zwei, 32% an drei bis vier, 19% an fünf bis sechs und sogar 20% an mehr als sechs Krankheiten gleichzeitig litten.

Prinzipiell können ältere Menschen an denselben Krankheiten erkranken wie jüngere Menschen. Dennoch gibt es einige Krankheiten, die im Alter verstärkt anzutreffen sind:

- Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (koronare Herzerkrankungen, Arteriosklerose, Hypertonie)
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (Osteoporose, Frakturen, Arthritis)
- Erkrankungen der Atmungsorgane (Lungenentzündung, chronische Emphysembronchitis)
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)

- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (Parkinson, Schwerhörigkeit, Glaukom)
- Tumorerkrankungen (vgl. Künzel-Schön, 2000, S. 61f)
- Schilddrüsenerkrankungen (Hypothyreose und Hyperthyreose)
- Schwindel
- Inkontinenz (Drang- und Überlaufinkontinenz, Stressinkontinenz) (vgl. Speckmann/Wittkowski, 2004, S. 472)

Im Alter nehmen die individuelle Gedächtnisleistung sowie die Merkfähigkeit häufig ab. Die geistige Beweglichkeit, welche als fluide Intelligenz verstanden wird, sinkt im Laufe des Älterwerdens. Im Gegensatz dazu steigt die kristalline Intelligenz. Dies ist die Fähigkeit Gedanken inhaltlich auszugestalten. Dies ermöglicht die Weitergabe von tradiertem Wissen und Lebenserfahrungen (vgl. Speckmann/Wittkowski, 2004, S. 471).

Neben den körperlichen Veränderungen und Erkrankungen wirkt sich das Älterwerden auch auf die Psyche aus. Die häufigsten psychischen Veränderungen sind auf hirnorganische Erkrankungen zurückzuführen. Hierbei sind vor allem die primäre degenerative Demenz (Alzheimer Krankheit) sowie die vaskuläre Demenz zu nennen. Vaskuläre Demenz tritt auf, wenn bestimmte Gehirnareale, durch einen Schlaganfall oder einen Infarkt, nicht ausreichend versorgt sind. Demenz selbst bedeutet, dass die geistige Lernfähigkeit zunehmend nachlässt. Durch hirnorganische Veränderungen, wie der Verlust von Gehirnzellen, tritt das Krankheitsbild der primär degenerativen Demenz auf. Die Krankheit beginnt zunächst langsam und ist unter anderem durch Probleme bei der Wortfindung und nachlassender Gedächtnisleistung charakterisiert. Im weiteren Krankheitsverlauf kann es zur Vernachlässigung der äußeren Erscheinung, zunehmender Apathie und Rückzug aus sozialen Beziehungen kommen. Im fortgeschrittenen Stadium benötigen die Betroffenen Hilfe im Alltag und sind hinsichtlich ihrer eigenen Person, Raum und Zeit desorientiert. Bei schwerer Alzheimer Krankheit ist die

Sprache auf wenige Worte reduziert und die Betroffenen können kein selbstständiges Leben mehr führen. Etwa 50-60% der Patienten und Patientinnen welche an Demenzen leiden, weisen primäre Demenz vom Alzheimertyp auf (vgl. Künzel-Schön, 2000, S. 74).

In der Literatur lassen sich zusammenfassend für die zahlreichen Veränderungen im Zusammenhang mit dem Prozess des Älterwerdens die so genannten vier geriatrischen „I“s definieren (vgl. Likar, 2005, S. 2):

- Immobilität

  Eingeschränkte Mobilität im Alter hat schwerwiegende Konsequenzen für das Leben der älteren Menschen. Verminderte Mobilität kann zu psychosozialer Deprivation (Ausgrenzung) führen und die aktive Teilnahme am sozialen Leben einschränken.

- Intellektueller Abbau

  Der Abbau kognitiver Fähigkeiten führt in vielen Fällen zur Vernachlässigung älterer Menschen. Schreitet dieser Prozess voran so ist ein eigenständiges, selbst bestimmtes Leben im Alter nicht mehr möglich und die Fremdunterbringung des alten Menschen die wahrscheinliche Konsequenz.

- Instabilität

  Durch die Abnahme der körperlichen Kräfte und der Konstitution des älteren Menschen erhöht sich dessen Risiko im Alltag zu stürzen und sich zu verletzen um ein Vielfaches. Dieser Umstand führt letztlich auch wieder zur Problematik der Immobilität im Alter.

- Inkontinenz

  Leidet ein alternder Mensch an Inkontinenz, so erfahren sie zunehmend soziale Ausgrenzung beziehungsweise nehmen aus

Scham nicht mehr am aktiven, gesellschaftlichen Leben teil was wiederum zu Immobilität der Betroffenen führt.

Das Älterwerden ist neben den zahlreichen Veränderungen an einen wesentlichen Risikofaktor des Alterns geknüpft: die Immobilität. Diese hat große Auswirkungen auf die körperliche Befindlichkeit und Gesundheit der Betroffenen worauf im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch ausführlich eingegangen wird.

2.3.3 Polymedikation

Im Laufe dieser Arbeit wurde bereits aufgezeigt, dass ältere Menschen oftmals an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden. Menschen, die älter als 70 Jahre sind und stationär aufgenommen werden, leiden im Durchschnitt an sechs Erkrankungen. Dies implementiert die parallele Einnahme von mehreren Medikamenten - der Multimedikation (vgl. Vierling, 2007, S. 102).

Die nachlassenden funktionellen Fähigkeiten eines alten Menschen in Verbindung mit Multimedikation bedingen in vielen Fällen Arzneimittelwechselwirkungen (vgl. Turnheim 2008, S. 3). Die Inzidenz von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen weist im höheren Alter eine starke Zunahme auf (vgl. Tragl, 1999, S. 325).

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Alter sind (vgl. Vierling, 2007, S. 100):

- Erhöhte Empfindlichkeit des zentralen Nervensystems gegenüber bestimmter Substanzen. Diese kann zu Hypotonie und Atem-depression führen.
- Erhöhte Gefahr von gastronindestinalen und renalen unerwünschten Nebenwirkungen.
- Erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Elektrolyt- und Flüssigkeitsverlusten nach Gabe von Diuretika und Laxantien.
- Erhöhte Gefahr von Herzrhythmusstörungen und Hypoglykämie.

Zusätzlich kann eine Reihe von Medikamenten zu Verwirrtheitszuständen beim alten Menschen führen. Diese äußern sich in eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten als auch in räumlicher und zeitlicher Desorientierung. Dieser Umstand erhöht wiederum die Sturzgefahr der Betroffenen erheblich.

2.3.4 Veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik

Sowohl die Pharmakokinetik als auch die Pharmakodynamik sind im Alter verändert. Unter ersterem Begriff wird die Verteilung eines Arzneistoffs im Körper ebenso wie dessen Speicherung, Metabolisierung und Ausscheidung verstanden. Die Wechselwirkungen mit den Zielstrukturen am Wirkungsort werden als Pharmakodynamik bezeichnet (vgl. Marx-Stölting, o.J., S.44).

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Verminderung der Oberflächenschleimhaut des Darmes. Hinzu kommt, dass die Sekretion von gastroindestinalen Drüsen abnimmt. So sinkt die Säure- und Schleimproduktion im Magen. Zusätzlich verlängert sich die Passagezeit des Speisebreis im Magen-Darm-Trakt. Aus diesen Veränderungen geht hervor, dass die gewünschte rasche Wirkung eines Medikaments ausbleibt da die Resorption im Bereich von Magen und Darm beeinträchtigt ist.

In Kapitel 2.3.1 wurde bereits auf die veränderten Gegebenheiten des Alters eingegangen. Durch die Reduktion des Wassergehalts und die Zunahme des Fettgehalts im Körper von alten Menschen ändert sich das Verteilungsvolumen. Das Verteilungsvolumen sinkt für hydrophile und steigt für lipophile Substanzen.

Ein wichtiges Stadium bei der Einnahme von Medikamenten ist deren Elimination. Im Laufe des Alterungsprozesses sinkt das Gewicht der Leber. Einige Arzneimittel haben dadurch eine verlängerte Halbwertszeit

und werden langsamer eliminiert. Die Minderung der hepatischen Elimination ist besonders bei Medikamenten mit hohem „first pass“-Effekt deutlich und führt zu einer gesteigerten Bioverfügbarkeit der eingenommenen Substanz. Durch die Gegebenheiten des Alters kann es weiters zu einem so genannten Zweitgipfel der Plasmakonzentration kommen welche wiederum die Wirkungsdauer verlängert. Dennoch unterliegen altersbedingte Änderungen des hepatischen Arzneimittelabbaus individuellen Schwankungen und generelle Prognosen sind nicht möglich.

Dem gegenüber steht der eindeutige Zusammenhang zwischen der Nierenfunktion und der renalen Elimination eines Arzneimittels. Das Gewicht und die Durchblutung der Niere nehmen im Alter ab. Dadurch ist die Nierenfunktion eingeschränkt und ein Abfall der glomerulären Filterungsrate die Konsequenz. Aus diesem Grund müssen die verordnenden Ärzte genau Bescheid wissen, wo die verschiedensten Medikamente ausgeschieden werden (vgl. Vierling, 2007, S. 95ff).

Neben der Pharmakokinetik spielt auch die Pharmakodynamik eine wichtige Rolle bei der Wirkung von Arzneimitteln im Alter. Nicht nur die Konzentration des Stoffes an der Effektorzelle sondern auch die Zahl der Rezeptoren an dieser Zelle, die Signalübertragung in der Zelle sowie gegenregulatorische Prozesse bestimmen die endgültige Wirksamkeit eines Medikaments. Arzneimittelrezeptoren sind vielen altersbedingten Veränderungen unterworfen (vgl. Tragl, 2002, S. 328). Die pharmakodynamischen Veränderungen der Wirkung von Arzneimittel sind im Alter mannigfaltig. Das Spektrum reicht von paradoxen Wirkungen (erregende statt dämpfende Wirkung), über Verstärkung und Abschwächung der Wirkung bis hin zu vermindertem oder verstärktem Ansprechen auf Arzneimittel (vgl. Vierling, 2007, S. 99).

2.3.5 Veränderungen der sozialen Beziehungen

Beziehungen und die Integration in sozialen Netzen verändern sich sehr oft im Laufe des Lebens. Durch den Wechsel des Berufes oder des Wohnortes ändern sich meist auch die Menschen zu denen soziale Kontakte gepflegt werden. Gerade bei älteren Personen bedeutet der Ausstieg aus dem Berufsleben eine verringerte Teilnahme an sozialen Netzwerken. Von nun an bilden meist enge Verwandte, Freunde, Nachbarn und Bekannte die Grundlage sozialer Interaktionen. Mit zunehmendem Alter steigt die Bedeutsamkeit der Nachbarn als Gesprächspartner. Hat ein alter Mensch gute Freunde so werden diese auch häufig getroffen. Leider nimmt die Zahl derer, die einen oder mehrere gute Freunde haben, mit zunehmendem Alter erheblich ab. Die sozialen Kontakte fokussieren sich zunehmend auf Mitglieder der Familie oder der Nachbarschaft. Gerade die Beziehungen zu nahen Verwandten vor allem aber zum Partner, zur Partnerin haben für den alten Menschen einen wichtigen Stellenwert. Der Verlust des Partners stellt für die Betroffenen einen überaus schmerzhaften und einschneidenden Verlust dar. Die Wahrscheinlichkeit den Partner zu verlieren steigt mit dem Alter wobei eher Frauen verwitwet sind als Männer. Dies ist wiederum auf die höhere Lebenserwartung von Frauen im Vergleich zu Männern erklärbar. Sind die Betroffenen mit dem plötzlichen Tod ihres langjährigen Partners konfrontiert so reagieren diese mit starker Trauer. Daneben zeigen sich oftmals psychische und physische Beeinträchtigungen, Schlaflosigkeit und Erschöpfung (vgl. Künzel-Schön, 2000, S. 83 ff).

Nimmt die Anzahl der Kontakte von älteren Menschen ab, so steht dieser Umstand meist in engem Zusammenhang mit dem Gefühl der Einsamkeit. Es sei jedoch angemerkt, dass auch ältere Personen, mit objektiv gesehen vielen sozialen Kontakten, einsam sein können. Dennoch lässt sich ein Zusammenhang zwischen einer geringen Anzahl von sozialen Interaktionen und dem Gefühl der Einsamkeit nicht von der Hand weisen. Diesse Gefühl ist vermehrt bei alleine lebenden oder verwitweten

Menschen wahrzunehmen. Den Betroffenen fehlt der Partner oder die Partnerin wodurch diese einem wichtigen Faktor für emotionale Isolation ausgesetzt sind. Das Fehlen eines Partners bzw. einer Vertrauensperson hat Einfluss auf die Lebenseinstellung und Gesundheit der Betroffenen, weshalb diese zunehmend als eher negativ bewertet werden (vgl. Künzel-Schön, 2000, S. 93ff).

2.4 Schmerzen im Alter

Studien zum Thema Schmerz und Alter brachten folgende alarmierende Ergebnisse zu Tage: 45 bis 80% der Bewohner und Bewohnerinnen von Altersheimen leiden an starken Schmerzen (vgl. Bernatzky/Likar, 2005, S. 167).

Schmerzen sind im Alter also ein wichtiges Thema und eine Auseinandersetzung mit dieser Problematik ist äußerst wichtig. In den folgenden Ausführungen soll gezeigt werden, welche Probleme Schmerzen im Alter darstellen und welche tradierten und falschen Ansichten oftmals zu einer unzureichenden Schmerztherapie beim alten Menschen führen.

2.4.1 Problematik von Schmerzen im Alter

Schmerz im Alter war lange Zeit ein vernachlässigtes Gebiet und spielt auch heute noch im Klinikalltag oftmals von untergeordnete Rolle.

Alte Menschen erleben Schmerzen anders als junge Menschen. Dieser Umstand resultiert aus den gemachten Schmerzerfahrungen im Laufe des Lebens. Ältere Menschen haben aus diesen Erfahrungen bestimmte Strategien für den Umgang mit Schmerzen entwickelt. Schmerzen hatten im historischen Wandel sehr viele verschiedene Funktionen und Bedeutungen. Sie galten als gottgewollt und als Ausdruck des unabänderlichen Schicksals. So gehen sehr alte Leute auch heute noch

von diesen Ansichten aus und nehmen „ihre“ Schmerzen an, ertragen diese still.

Schmerzen werden oftmals auch als „normale“ und unausweichliche Folge des Alters gesehen und werden deshalb zu wenig beachtet. In Kapitel 2.3.3 wurde unter anderem bereits auf mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen eingegangen. Diese resultieren oftmals aus der Einnahme von mehreren Medikamenten gleichzeitig. Daraus entsteht bei einigen alten Menschen eine Abneigung gegenüber einer Schmerztherapie aus Angst vor möglichen Nebenwirkungen. Schmerz beeinträchtigt den Alltag und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. So stehen Schmerzen in direktem Zusammenhang mit der Aktivität eines alten Menschen, seiner Lebensfreude und auch seiner sozialen Kompetenz (vgl. Bernatzky/Likar, 2005, S. 167).

Ein Mensch ist im Laufe des Alterungsprozesses ohnedies mit etlichen Einschränkungen und Funktionseinbusen konfrontiert. (Siehe Kapitel 2.3) Diese dürfen durch eine unadäquate Schmerztherapie nicht noch zusätzlich verstärkt werden. Die Unterbehandlung von akuten Schmerzen führt binnen kürzester Zeit zu dauerhaften Veränderungen der Nervenzellen und ist einer der wesentlichsten Faktoren für die Chronifizierung von Schmerzen. Ergebnisse aus den USA zeigen, dass der Anteil von alten Patienten/Patientinnen mit unbehandelten Schmerzen bei bis zu 27% liegt. Bei alten Menschen, welche zusätzlich an Demenz leiden, wird der Anteil der Patienten/Patientinnen mit unbehandelten Schmerzen mit 84% angegeben (vgl. Rust, 2007, S. 72). Angesichts solcher Zahlen liegt ein dringender Handlungsbedarf klar auf der Hand.

Für die Nicht- bzw. Unterbehandlung von Schmerzen bei alten Menschen lassen sich mehrere Gründe finden:

- Schmerzen werden bei geriatrischen Patienten/Patientinnen oftmals falsch aufgefasst.

- Schmerzen werden (nicht nur bei älteren Patienten und Patientinnen) fehlerhaft gemessen und dokumentiert.
- Mangelhafte und fehlerhafte Bereitschaft zur Mitarbeit des Patienten, der Patientin (Compliance) (vgl. Rust, 2007, S. 72).
- Underreporting of Pain: Schmerzen werden als zum Alter gehörend betrachtet und deshalb von den Patienten und Patientinnen nicht an den Arzt oder die Pflegeperson weitergegeben.
- Störungen der Schmerzkommunikation durch kognitive Beeinträchtigungen (Demenz) (vgl. Siegel, 2001, o.S.).
- Schmerzäußerung älterer Personen führen in einigen Fällen nicht zu Behandlung der Schmerzen durch Angehörige des Gesundheitswesens.
- Schmerzen zu melden ist für einige ältere Menschen ein Zeichen von Schwäche oder auch ein Beweis für das Fortschreiten einer Erkrankung.
- Aus Angst vor Nebenwirkungen nehmen viele ältere Menschen ihre Medikamente nicht ein wodurch die Schmerzen weiterhin bestehen.
- Gerade ältere Menschen haben Angst nicht mehr als „gute“ Patienten und Patientinnen zu gelten und die Pflegepersonen mit ihren Schmerzäußerungen zu belästigen.
- Inadäquate Schulung Angehöriger des Gesundheitswesens im Schmerzmanagement ist eines der Hauptprobleme welches zu mangelnder Schmerztherapie der Patienten/Patientinnen führt.
- Unzureichende Information über Schmerzerfassung sowie mangelnde Kenntnisse über Schmerzen im Alter führen zu falschen Annahmen über höhere Schmerztoleranz und -schwellen bei älterern Personen.
- Untersuchungen zufolge verfügen sowohl Ärzte als auch Pflegepersonen oftmals über unzureichende Fähigkeiten Schmerzen bei nonverbalen und kognitiv beeinträchtigten Menschen zu erkennen.

- Interessanterweise dürfte sowohl das Alter der Patienten/Patientinnen als auch die Jahre an Berufserfahrung die Gabe von Schmerzmitteln beeinflussen. Diese sinkt mit zunehmendem Alter des Patienten, der Patientin und steigender Anzahl an Berufsjahren (vgl. Gaston-Johansson et al., 1999, S. 190f).

2.4.2 Schmerzempfinden im Alter

Der Umstand, dass Schmerzen im Alter oftmals zu wenig wahrgenommen werden, beruht zum Teil auf physiologischen Erkenntnissen zum Älterwerden und dem Ziehen falscher Rückschlüsse aus diesen. Im klinischen Alltag sind gerade im Alter schmerzlose Herzinfarkte oder auch das Fehlen von Schmerzen bei Magenulzera zu beobachten (vgl. Kränzle et. al., 2006, S. 247; vgl. Bernatzky/Likar, 2005, S. 168). Zusätzlich ließen frühere Laborstudien vermuten, dass alte Menschen eine höhere **Schmerzschwelle** haben. Durch diese Gegebenheiten entstanden Vorurteile und falsche Kenntnisse über Schmerzen bei alten Menschen.

Aktuellen Forschungsergebnissen zufolge lässt sich festhalten, dass die Schmerzempfindung im Alter nicht sinkt! Zudem scheint die Diskriminationsfähigkeit ebenso wie die Schmerztoleranz im Alter sogar geringer zu werden. Unter Diskriminationsfähigkeit wird die Fähigkeit die Änderung eines Reizes wahrzunehmen verstanden. Schmerztoleranz definiert den stärksten Schmerz, den ein Mensch ertragen kann (vgl. Gallachi/Pilger, 2005, S. 7). Aber auch die Zeitdauer, die ein Mensch bereit ist Schmerzen zu ertragen (vgl. Förster/Stöcker, o.J., S. 20).

Die Schmerzschwelle ändert sich, entgegen früherer Annahmen, mit zunehmendem Alter nicht (vgl. Bernatzky/Likar, 2005, S. 168). Der Begriff Schmerzschwelle bezeichnet jene Schwelle bei deren Überschreitung Schmerz wahrgenommen wird. Sie ist somit die erforderliche

Mindeststärke für die Erregung der Schmerzrezeptoren. Die Schmerzschwelle unterliegt starken interindividuellen Schwankungen (vgl. Gallachi/Pilger, 2005, S. 7).

Im Alter wird die Reaktionszeit für den Erstschmerz deutlich verlängert. Die Gründe hierfür sind in den Veränderungen der Hautelastizität und -dicke ebenso wie im Verlust von schnellleitenden Aδ-Fasern zu sehen. Ab dem 65. Lebensjahr kommt es zu einer Abnahme von myelenisierten und nichtmyelenisierten Fasern was wiederum eine reduzierte Funktion des nozizeptiven Systems bedeutet. Gleichzeitig geht dieser Prozess mit einer reduzierten Wundheilung einher.

Schmerz ist eine sehr subjektive Wahrnehmung und ist neben anderen Faktoren vom Ausmaß der zentralen Schmerzhemmung abhängig. Das seelische Leid eines alten Menschen, welches durch Angst, Depression, Verzweiflung und Einsamkeit entsteht, beeinflusst die Schmerzwahrnehmung und dessen Verarbeitung erheblich. Schmerz ist bei alten Menschen oftmals eines Somatisierung von (seelischem) Leid (vgl. Bernatzky/Likar, 2005, S. 168). Negative Gefühle wie Verlust oder Zurückweisung werden ähnlich verarbeitet wie akute, durch Noxen ausgelöste Schmerzen (vgl. Baron/Stumpf, 2007, S. 103).

2.5 Chronifizierung der Schmerzen im Alter

Während im vorangegangenen Kapitel ein Fokus auf die biologischen Grundlagen von Schmerz, Chronifizierung und Alter gelegt wurde, sollen nun die psychosozialen Aspekte von chronischen Schmerzen im Alter dargestellt und erläutert werden.

Unzureichend behandelter Schmerz führt zu Chronifizierung von Schmerzen (Siehe Kapitel 1.5.4). Dadurch wird klar, dass gerade ältere

Personen, die an Schmerzen leiden, einem großen Risiko ausgesetzt sind: der Chronifizierung ihrer Schmerzen.

2.6 Prävalenz chronischer Schmerzen im Alter

Die Prävalenz von Schmerzen beträgt in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen besorgniserregende 78%. Diese sinkt in der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen auf 64% (vgl. Rust, 2007, S. 70). Studienergebnisse aus Schweden zeigen, dass 75% der Menschen über 74 Jahre an Schmerzen leiden. Davon gab ein Drittel an, unter schweren und schwersten Dauerschmerzen zu leiden. Schätzungen zufolge dürfte die Zahl bei Bewohnern von Pflegeheimen zwischen 45 und 80% liegen. Von jenen Bewohnern, die an chronischen Schmerzen leiden, ist anzunehmen, dass zwei Drittel an intermittierenden und ein Drittel an Dauerschmerzen leidet. Bestimmte Schmerzzustände scheinen ihren Häufigkeitsgipfel im mittleren Alter zu haben. Mit zunehmendem Alter ist ein Rückgang von Kopfschmerzen, Migräne und unspezifischen Rückenschmerzen zu verzeichnen. Dem gegenüber steht die Zunahme von Gelenkschmerzen, Fibromyalgie und schweren Dauerschmerzen, die mit dem steigenden Alter korrelieren. Fibromyalgie bezeichnet ein Syndrom aus chronischer Schmerzen im Bereich der Muskulatur, des Bindegewebes und der Knochen (vgl. Basler, 2004, S. 192). Im Zeitraum von November 2002 bis Juli 2003 wurde in Kärnten eine Studie mit dem Ziel, den aktuellen Gesundheitszustand, die Prävalenz von Schmerzen sowie die Lebensqualität von Menschen über 65 Jahren zu erheben (vgl. Likar, 2004, S. 7ff). Insgesamt konnten 500 Personen befragt werden. Über 53% der Männer und knappe 64% der Frauen gaben an zum Befragungszeitpunkt an Schmerzen zu leiden. Die Schmerzintensität lag bei über 45% der Betroffenen in den Bereichen „starker“ bis „unerträglich starker“ Schmerzen. Besonders alarmierend sind die Ergebnisse auf die Frage nach der Dauer der Schmerzen. Knapp 85% der Frauen und

Männer gaben an, bereits seit Jahren an Schmerzen zu leiden. Interessanterweise hatten die Schmerzen aber nur wenig Einfluss auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. So war ein Großteil der Betroffenen in der Lage, sich selbst anzuziehen, einkaufen zu gehen und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

2.7 Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung

Neben den bereits dargestellten biologischen und psychologischen Mechanismen der Chronifizierung von Schmerzen soll anhand des Mainzer Stadienmodells der prozesshafte Charakter dieses Vorganges aufgezeigt werden. Dieses Modell wurde 1986 von Gerbershagen entwickelt, stellt ein multidimensionales Schmerzkonzept dar und besteht aus vier Achsen. Es ermöglicht nach Summierung der einzelnen Achsenstadien die Einordnung der Patienten/Patientinnen zu Chronifizierungsstadien von I-III (vgl. Johann to Settel, 2003, S. 10f; Pioch, 2005, S.38).

- Achse 1: Zeitliche Aspekte

Hierbei wird das Augenmerk auf drei Komponenten gelegt. Zunächst wird die Auftretenswahrscheinlichkeit (einmal täglich oder seltener; mehrmals täglich; dauernd) der Schmerzen erfasst. Die Dauer der Schmerzen (bis zu mehreren Stunden; mehrere Tage; länger als eine Woche) stellt die zweite Komponente dar. Als dritter und letzter Punkt der Achse 1 wird nach dem Intensitätswechsel (häufig; gelegentlich; nie) der Schmerzen gefragt.

- Achse 2: Räumliche Aspekte

Die Erfassung des Schmerzbildes ist die Aufgabe bei der Erhebung der Achse 2. Hierbei ist der Patient, die Patientin aufgefordert anzugeben an welchen Körperregionen er/sie Schmerzen empfindet.

Zudem muss geklärt werden, ob die Schmerzen monolokulär, bilokulär oder multilokulär sind. Das bedeutet, ob Schmerzen an einer, zwei oder mehreren Körperstellen gleichzeitig lokalisiert sind.

- Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten

Bei dieser Achse werden die Patienten/Patientinnen zunächst nach der Einnahme (unregelmäßig; regelmäßig) von peripheren und zentralen Analgetika befragt. Zudem wird die Anzahl von eventuellen Entzugsbehandlungen erhoben (keine; eine; mehr als eine).

Die Befragung der Achsen 1-3 bezieht sich auf den Zeitraum der letzten vier Wochen.

- Achse 4: Patientenkarriere

Die vierte und letzte Achse auf dem Weg zur Erfassung des Chronifizierungsstadiums beschäftigt sich mit der Patientenkarriere. So wird nach der Anzahl der Arztwechsel (kein; max. 3; mehr als 3 Wechsel) und den schmerzbedingten Krankenhausaufenthalten (0-3) gefragt. Außerdem wird die Anzahl der schmerzassoziierten Operationen (0-3) und der Rehabilitationsmaßnahmen (0-2), welche auf Schmerzen zurückzuführen sind, erfragt.

2.8 Folgen der Chronifizierung von Schmerzen

Die Konsequenzen von chronischen Schmerzen im Alter sind aber oftmals weit reichender als in jüngeren Jahren.

Chronische Schmerzen bergen das Risiko psychischer und sozialer Beeinträchtigungen. Für ältere Menschen bedeutet an Schmerzen zu leiden nicht selten den Verlust ihrer Unabhängigkeit. Gerade degenerative Erkrankungen führen zu Einschränkungen der individuellen Mobilität und belasten die Betroffenen schwer (vgl. Basler, 2004, S.192). Im Folgenden soll versucht werden darzustellen, was es für die Betroffenen heißt, an chronischen Schmerzen zu leiden/chronisch krank zu sein. Ergänzend soll daran erinnert werden, dass chronische Schmerzen ein eigenes Krankheitsbild darstellen und die Betroffenen somit an einer chronischen Krankheit leiden. Im weiteren Verlauf werden Ausführungen dargestellt, welche sowohl auf chronische Krankheiten als auch chronische Schmerzen zutreffend sind.

2.8.1 Körperliche Folgeerscheinungen chronischer Erkrankungen

Mit zunehmendem Alter wird in vielen Fällen auch die Mobilität beeinträchtigt. Durch reduziertes Sehvermögen, dem Abbau von körperlichen Kräften oder auch durch Schmerzen fällt es älteren Menschen öfters schwer aktiv und mobil zu sein. Gerade bei Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden wird oftmals eine Schonhaltung eingenommen und die körperliche Aktivität reduziert. Wird der Alltag hauptsächlich im Sitzen oder gar im Bett verbracht, so hat dies zahlreiche Konsequenzen für die Betroffenen (vgl. Kohler et al., 2002, S. 202ff):

Bereits nach dreitägiger Bettruhe stellen sich Veränderungen innerhalb des kardiovaskulären Systems ein. Durch eine Verlangsamung des venösen Blutflusses erhöht sich das Risiko der Bildung einer Thrombose. Weiters treten verstärkt Schwindel oder gar Ohnmacht auf, wenn eine aufrechte Körperhaltung eingenommen wird. Schwäche und Müdigkeit sind weitere Folgen von mangelnder körperlicher Aktivität.

Werden einige Tage im Bett verbraucht so kommt es sehr schnell zu einer Abnahme der Sauerstofftransportfähigkeit**.** Die damit verbundene niedrige Sauerstoffsättigung sowie verminderte Fähigkeit zum Abhusten führen zu einer zunehmenden Hypostase. Das Blut setzt sich bei bettlägerigen Patienten, Patientinnen auf Grund der Schwerkraft an der tiefstgelegenen Körperstelle, in diesem Fall der Lunge, ab. Dies führt wiederum zu einem erhöhten Risiko für Atelektasen, einem kollabierten Lungenabschnitt.

Verminderte Belastung der Beine kann zu einer Demineralisierung der Knochen führen. Zudem nehmen Muskelmasse und Muskelkraft mit zunehmender körperlicher Inaktivität ab. Liegt zudem nach eine verringerte Knochendichte bzw. Osteoporose vor, so steigt bei älteren Menschen das Risiko einer Fraktur. Beweglichkeitseinschränkungen von Gelenken können zu reduzierter Gelenkstabilität und in weiterer Folge zu Kontrakturen führen.

Eine besonders tragische Konsequenz von lang anhaltender Immobilität sind Decubitalulcera. Diese entstehen aufgrund andauernder Druckbelastung während des Liegens. Die reduzierte Widerstandskraft und Elastizität der Haut mit zunehmendem Alter begünstigt deren Entstehung noch zusätzlich. Diese Wunden heilen in der Regel nur sehr langsam und machen den Körper für Infektionen anfällig (vgl. Kohler et al., 2002, S. 204):

Ist aufgrund der Krankheit bzw. anhaltender Schmerzen selbst der Gang zur Toilette nicht möglich, ergeben sich weitere gesundheitliche Konsequenzen der reduzierten Mobilität. Die Miktion in Rückenlage ermöglicht keine vollständige Entleerung der Blase. Wird ein Dauerkatheter als Unterstützung eingesetzt, so erhöht sich das Risiko für Infektionen und möglicherweise Blasenfunktionsstörungen wie Inkontinenz. Verbringt ein älterer Mensch mehrere Tage in Rückenlage so kann dies zu einem Harnstau im Nierenbecken führen. Dieser begünstigt Infektionen und die Bildung von Nierensteinen.

Eingeschränkte Mobilität beeinflusst sowohl die Nahrungsaufnahme als auch deren Ausscheidung. Leiden Patienten/Patientinnen an schmerz- oder auch stressinduziertem Appetitverlust so kann dies, über einen längeren Zeitraum hinweg, zu Anorexien führen. Zudem treten oftmals Verdauungsstörungen und Obstipation auf.

Reduzierte Mobilität bzw. Immobilität reduzieren den Energiebedarf der Körperzellen sowie die Geschwindigkeit deren Stoffwechselprozesse. Bettruhe bewirkt funktionelle Veränderungen wie beispielsweise Störungen der Knochendemineralisierung, Veränderungen des Nährstoffaustausches ebenso wie Störungen des Elektrolyts- und Flüssigkeitshaushaltes (vgl. Kohler et al., 2002, S. 205).

2.8.2 Psychosoziale Folgeerscheinungen chronischer Erkrankungen

Neben den zahlreichen körperlichen Einschränkungen, welche eine chronische Erkrankung mit sich bringt, stellen sich leider auch eine Reihe psychosozialer Beeinträchtigungen ein.

Muss ein alter Mensch erkennen, dass seine Mobilität durch den physiologischen Alterungsprozess und oder durch das Vorhandensein einer chronischen Krankheit/chronischer Schmerzen reduziert ist, löst die veränderte Situation Trauer aus. In einem sehr individuellen Prozess muss diese Trauer verarbeitet werden. Während dieser Zeit sind sowohl somatische Beschwerden, wie Appetitverlust oder Schlafstörungen als auch Schuldgefühle oder das Gefühl bestraft zu werden, bei den Betroffenen wahrzunehmen. Sich nicht mehr wie gewohnt bewegen zu können, bedeutet einen enormen Verlust für diese Person. Sie verlieren ihre physische Funktionsfähigkeit, ihr positives Körperbild ebenso wie ihrer vertraute Lebensweise und emotionale Stabilität (vgl. Kohler et al., 2002, S. 211f).

Verringerte Mobilität beeinflusst das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Gerade bei chronischen Krankheiten, die in Schüben verlaufen (zum

Beispiel rheumatoide Arthritis), lässt sich in einem akuten Stadium der Krankheit eine Reduktion des Selbstwertgefühls nachweisen. Zusätzlich zeigen die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt eine verstärkte Sinnentleerung. Diese negativen Gefühle können die Bewältigung der Krankheit erschweren und zu einer Depression führen. Die Studie des Arbeitskreises der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes konnte zeigen, dass ca. 37% der Männer und ca. 52% der Frauen, die an Schmerzen litten, oft traurig und niedergeschlagen waren (vgl. Likar, 2005, S. 12).

Verändert sich der Funktionsstatus des Körpers eines Menschen so reagiert dieser meist mit Furcht. Unabhängig davon, ob die körperlichen Veränderungen allmählich oder plötzlich eintreten. Dieser Mensch muss sich nun mit der Tatsache der veränderten körperlichen Funktion auseinander setzen. Dieser Prozess geht oftmals mit Gefühlen wie Furcht, Wut und Frustration einher. Menschen, die an einer chronischen Erkrankung und dadurch bedingte reduzierte Mobilität leiden, sind zunehmend von anderen abhängig und benötigen deren Hilfe zur Erfüllung der eigenen Bedürfnisse. Andere um Hilfe bitten zu müssen, kostet vielmals große Überwindung und ist von Gefühlen der Furcht begleitet.

Die bereits beschriebenen körperlichen und psychosozialen Konsequenzen einer chronischen Krankheit bzw. chronischer Schmerzen führen meist zu einem Phänomen, welches den Krankheitsverlauf zusätzlich negativ beeinflusst: Stress. Leiden die Betroffenen unter Stress, so werden die Symptome der Krankheit ebenso wie Schmerzen verstärkt, was wiederum zu weiteren Mobilitätseinschränkungen führt. Hierbei wird der Teufelskreis, in dem sich die Erkrankten befinden, deutlich: Auf der einen Seite soll Stress reduziert bzw. vermieden werden, da er den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst, auf der anderen Seite ist es gerade die Krankheit und die damit verbundenen Symptome, welche Stress erzeugen. Dieser Umstand wird als Kontrollverlust wahrgenommen, was in

weiterer Folge zu Hilflosigkeit und Depressionen führt und letztlich erneut das psychische und physische Wohlbefinden erheblich beeinträchtigt (vgl. Kohler et al., 2002, S. 213).

Die Korrelation von chronischen Schmerzen und Depressionen wurde in zahlreichen Untersuchungen belegt (vgl. Bergh et al., 2003; Flöter/Zimmermann, 2003; Casten et al., 1996; Smalbrugge et al., 2007; Black et al., 2006).

Depressive Syndrome zählen, neben Demenzen, zu den psychischen Störungen des Alters mit der größten Prävalenz (vgl. Häuser, 2003, S. 6). Ergebnisse einer Untersuchung aus Schweden zeigen einen starken Zusammenhang von Schmerzen und depressiven Symptomen, welcher besonders bei älteren Männern gehäuft auftritt. Dies ist laut Angaben der Autoren möglicherweise auf die höhere Bereitschaft von Frauen, Antidepressiva zur Symptomreduktion einzunehmen, zurückzuführen (vgl. Bergh et al., 2003, S. 909f). Ältere Menschen, die an Depressionen leiden, äußern mehr lokalisierte Schmerzen und eine stärkere Schmerzintensität als ihre Vergleichspersonen ohne Depressionen (vgl. Casten, 1996; 274).

Patienten und Patientinnen, die Aufgrund ihrer Erkrankung mit chronischen Schmerzen und reduzierter Mobilität konfrontiert sind, zeigen ein breites Spektrum an Reaktionen. Diese reichen, wie bereits erwähnt, von Depressionen, Ablehnung, Aggression, Streitsüchtigkeit, Rückzug, Verwirrung und Angst bis hin zu Apathie und Regression. Zudem leiden viele Betroffene an Konzentrations- und Problemlösungsschwierigkeiten, veränderter Zeitwahrnehmung und verstärkter Abhängigkeit. Es liegt auf der Hand, dass einige dieser Reaktionsweisen der Betroffenen die Interaktion mit anderen Menschen erschweren können. Manche der genannten Reaktionen verstören die Menschen im Umfeld der Betroffenen, was zur Folge hat, dass diese von ohnehin bereits reduzierten (Siehe Kapitel 2.3.5), sozialen Interaktionen ausgeschlossen

werden. Oftmals gibt es negative Einstellungen des Umfelds gegenüber der Krankheit, was wiederum eine enorme emotionale und psychische Belastung für die Betroffenen darstellt. Eine mögliche Konsequenz der Betroffenen mit dieser Situation umzugehen ist, sich ihr zu entziehen. Aus diesem Grund werden das eigene Heim und die gewohnte Umgebung vorgezogen. Dies führt jedoch in einigen Fällen zu zunehmender Passivität und in letzter Instanz zum Verlust der Fähigkeit, auf andere zugehen zu können. Dieser Umstand führt einige chronisch kranke Menschen direkt in die Isolation (vgl. Kohler et al., 2002, S. 212).

Leidet ein alter Mensch an chronischen Schmerzen, Isolation und Depressionen können diese Faktoren in einer negativen Wechselwirkung miteinander stehen (vgl. Häuser, 2003, S. 7).

2.9 Die Lebensqualität chronisch Erkrankter

An chronischen Schmerzen zu leiden beeinträchtigt die Lebensqualität dieser Menschen in erheblichem Ausmaß. So gibt es keinen Aspekt des Lebens, welcher nicht dadurch beeinflusst wäre. Chronische Schmerzen stellen ein multidimensionales und äußert komplexes Phänomen dar und sind somit viel mehr als das bloße Erleben von Schmerzen. So müssen chronische Schmerzen als Syndrom verstanden werden welches, neben dem Schmerzerleben, noch biologische Prozesse, kognitive, emotionale und behavioralen Komponente enthält. So sind Kontrollverlust, Depression, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung als Verstärker der Schmerzen zu sehen (vgl. Kröner-Herwig, 2004, S. 8). Neben den genannten Beschwerden leidet ein Großteil der älteren Menschen mit Schmerzen an Ermüdung und Erschöpfung (vgl. Jakobsson, 2006, S. 11). Die Fokussierung auf den Schmerz und seine Behandlung führen zu einer Einengung der Lebensperspektive der Betroffenen, was wiederum eine Veränderung des gesamten Lebens bedeutet (vgl. Kröner-Herwig et al., 2004, S. 8). Gerade wenn ältere Menschen Hilfe bei der Verrichtung der

Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen und unter Schmerzen leiden, so ist ihre Lebensqualität geringer als gegenüber älteren Menschen ohne Schmerzen. Zudem weisen diese Menschen eine höhere Anzahl an Beschwerden auf (vgl. Jakobsson, 2007, S. 103). Die Kombination von chronischen Schmerzen, Multimorbidität und Depressionen hat großen Einfluss auf das Selbstmanagement der Betroffenen. So erschwert diese Kombination, dass die Patienten/Patientinnen selbstständig ihre Medikamente einnehmen und andere schmerztherapeutische Empfehlungen einhalten, was die Lebensqualität zusätzlich beeinflusst (vgl. Krein et al., 2007, S. 65).

Leidet ein Mensch an chronischen Schmerzen, so ist natürlich in erster Linie dessen eigene Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. Dennoch darf eines nicht vergessen werden: Auch die Lebensqualität der beteiligten Familienmitglieder wird durch die Krankheit eines Angehörigen beeinträchtigt. Die Familienangehörigen übernehmen Aufgaben der Erkrankten und nehmen Rücksicht auf diese, um die Erkrankten zu schonen. Der Alltag der betroffenen Familien ist stark von der Krankheit und den Schmerzen beeinflusst. Gemeinsame Aktivitäten nehmen ab, stattdessen rücken Arztbesuche, Therapien und ärztliche Anordnungen in den Vordergrund (vgl. Kröner-Herwig, 2004, S. 9). Die betroffenen Familienmitglieder leiden oftmals an Depressionen, Gereiztheit und Unzufriedenheit und weisen eine überdurchschnittlich hohe Anzahl von Stresssymptomen auf (vgl. Fydrich et al., 2004, S.222).

Im bisherigen Verlauf dieses Kapitels wurde gezeigt wie viele Dimensionen des Wohlbefindens durch chronische Schmerzen beeinflusst und beeinträchtigt werden. Aus diesem Grund ist es nachvollziehbar, wie schwer es für die Betroffenen ist, ihre Lebensqualität zu erhalten.

2.10 Umgang mit chronischen Schmerzen

In den nun folgenden Ausführungen soll dargestellt werden, auf welche Art und Weise Betroffene mit der Diagnose „chronischer Schmerz“ umgehen. Schwerpunkt soll hierbei vor allem auf die Darstellung der Bewältigungsmechanismen der älteren Menschen gelegt werden.

2.10.1 Sichtweisen und Bewältigungsformen nach Blomqvist und Edberg

Während einer im Jahre2000 durchgeführten schwedischen Studie von Blomqvist und Edberg wurden insgesamt 90 ältere Menschen mit Schmerzen befragt. Den Forscherinnen ist es gelungen verschiedene Typologien von Menschen mit Schmerzen und deren Sichtweisen von sich selbst aufzuzeigen. Zusätzlich wurden Aktivitäten der älteren Menschen, um mit Schmerzen umzugehen, identifiziert. Menschen, die unter anhaltenden Schmerzen leiden, haben folgende Sichtweisen von sich selbst:

- kompetent und stolz
- selbstsicher und gelassen
- missverstanden und enttäuscht
- resigniert und traurig

Jene Personen der ersten Kategorie sehen sich selbst als kompetent und sind stolz darauf, wie sie ihr tägliches Leben trotz ihrer Schmerzen meistern. Diese Menschen haben ein heiteres Temperament und beschweren sich nicht unnötigerweise. In den Interviews berichteten diese Personen über ihre Möglichkeiten und Erfolge und weniger über ihren Schmerz und ihre Beschwerden. Die Schmerzen werden als Konsequenz harter Arbeit oder eines Unfalls gesehen und stellen eine Bedrohung der eigenen Unabhängigkeit dar. Aus diesem Grund wird versucht die Schmerzen im Sinne der Selbsterhaltung zu verstecken. In dieser

Kategorie brauchen die älteren Menschen am wenigsten Hilfe. Sie nehmen sich jene Zeit die sie brauchen, um bestimmte Aufgaben zu bewältigen und passen diese an ihre aktuellen Fähigkeiten an. Dadurch sind sie in der Lage einen Großteil der Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig zu bewältigen. Der Verlust an Freiheit durch zunehmende Schmerzen ist ein großes Problem. Gegenüber anderen Menschen werden die Schmerzen oft nicht angegeben, wodurch die Möglichkeit zusätzlicher Unterstützung ausgeschlagen wird.

Menschen der Kategorie „selbstsicher und gelassen“ erscheinen trotz ihrer Schmerzen zufrieden. Sie benötigen vermehrt Hilfe in ihrem Alltag, zögern aber nicht, andere Personen danach zu fragen. Diese Menschen fühlen sich wertgeschätzt und bringen den Helfern ebenfalls Wertschätzung entgegen. Die Schmerzen werden als nur kurzzeitig oder nicht besonders schlimm beschrieben und werden Erkrankungen, harter Arbeit oder Unfällen zugeschrieben. Die Befragten haben trotz allem die Einstellung, dass es auch noch schlimmer hätte kommen können. Sie vergleichen die eigene Lebenssituation mit jener von Personen, denen es schlechter geht. Der Alltag wird durch die Schmerzen, im Sinne von abnehmenden Fähigkeiten diesen selbstständig zu bewältigen, beeinflusst. Meist ist auch der Schlaf von den Schmerzen beeinträchtigt. Andere Menschen werden als positiv wahrgenommen und diese Menschen verfügen über Vertrauen in ihre Familien und deren Betreuungspersonen. Das Wissen darüber, jederzeit Hilfe zu erhalten, macht diese Personen zuversichtlich und es besteht eine enge Beziehung zu deren Bezugspersonen.

Fühlte sich ein alter Mensch hinsichtlich seiner Schmerzen unverstanden, enttäuscht und unfair behandelt, so wurden diese Situationen in den Interviews angesprochen. Es entsteht die Überzeugung, dass alte Menschen mit Schmerzen innerhalb des Gesundheitswesens diskriminiert werden. Diese bewirkt wiederum eine ängstliche Sicht auf die eigene Zukunft. Der eigene Schmerz wird als schrecklich und unvorstellbar beschrieben und die Ursachen werden wiederum auf Krankheiten und

Unfälle zurückgeführt. Die chronischen Leiden lassen die Betroffenen schnell ermüden und hindern diese daran, Freunde zu besuchen und an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Diese Menschen haben das Gefühl in ihren Beschwerden von anderen nicht ernst genommen zu werden und zu wenig Aufmerksamkeit zu bekommen.

Resigniert ein alter Mensch auf Grund seiner Schmerzen, so sind Gefühle der Einsamkeit, Traurigkeit, Sorge und Müdigkeit an der Tagesordnung. Der Schmerzen werden als unheilbar gesehen und die Situation als ausweglos beschrieben. Diese Menschen fühlen sich durch ihre Schmerzen stark eingeschränkt und sie sehen sich selbst als Belastung für andere. Die Gründe für die Schmerzen werden in neurologischen Erkrankungen und Unfällen sowie harter Arbeit gesehen. Schmerzen verhindern, dass die Betroffenen das Leben nach ihren Vorstellungen gestalten können. So sind sie nicht in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen und brauchen kontinuierliche Hilfe. Die Abhängigkeit von anderen reduziert die Lebenszufriedenheit erheblich und führt zu Resignation. Gestörter Schlaf durch die vorhandenen Schmerzen erschwert die Situation für die Betroffenen noch zusätzlich. Diese Personen haben das Gefühl, dass andere die Intensität ihrer Schmerzen nicht nachvollziehen können. Obwohl sie stets bemüht sind andere nicht zu belästigen, glauben sie von ihrer Umwelt als Behinderung gesehen zu werden (vgl. Blomqvist/Edberg, 2002, S. 300ff).

Im Laufe der Studie konnten neben den vier Sichtweisen von Menschen mit chronischen Schmerzen auch Strategien für den Umgang mit Schmerzen entdeckt werden.

Bewegung ist eine Möglichkeit der Betroffenen mit Schmerzen umzugehen und Steifheit zu verhindern. 86% der Befragten nahmen Medikamente ein, wobei nicht nur Schmerzmittel sondern unter anderem auch Antidepressiva und Schlafmittel angeführt wurden. Bei vielen Befragten war die Bewältigung des Alltages nur mit entsprechenden

Pausen möglich. Mehr als die Hälfte führte Gespräche über den Schmerz, was für einige Erleichterung bedeutete. Ein Großteil der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen hielt Gespräche aber als ineffektiv. Zudem hatten sie Angst missverstanden oder als Quengler angesehen zu werden. Etwa ein Drittel der Befragten griff auf Hilfsmittel zurück um ihre Situation zu erleichtern. Jedoch hatten diese auch negativen Effekte wie Unbequemlichkeit oder Abhängigkeit von anderen bei der Anwendung. Mobilitätshilfen wie Stöcke oder Rollstühle wurden ebenfalls von ca. einem Drittel der alten Menschen verwendet, um Schmerzen zu erleichtern bzw. zu verhindern. Etwa 20% der Befragten vermieden schmerzvolle Aktivitäten wie die Erledigung des Haushaltes. Knappe 70% versuchten sich durch Aktivitäten wie lesen, fernsehen, stricken, kochen, meditieren, beten und pflegen von sozialen Kontakten abzulenken. Eine weitere Möglichkeit den Schmerzen entgegenzuwirken war Wärme, beispielsweise durch ein warmes Bad oder eine Dusche. Das Reiben der schmerzenden Stelle (Massagen) wurde von fast 30% der älteren Personen zur Schmerzlinderung gewählt (vgl. Blomqvist/ Edberg, 2002, S. 303)

Ältere Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden haben verschiedenste Sichtweisen von sich und ihrer Situation. Dies beeinflusst ganz wesentlich, wie die Betroffenen mit ihrem Alltag und den Schmerzen zurechtkommen. Zudem verfügen diese Menschen über ein breites Spektrum an Möglichkeiten ihre Schmerzen zu lindern und dadurch ihr Leben besser meistern zu können.

2.10.2 Bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle

Im Laufe dieser Arbeit wurde bereits gezeigt, dass Menschen auf ganz unterschiedliche Weise mit Schmerzen umgehen und diese bewältigen. Die Frage ist nun, wie gelingt es einem alten Menschen, der an chronischen Schmerzen leidet, dennoch zufrieden zu sein und sein Leben

bestmöglich zu meistern? Und warum bewirken bei anderen Menschen Schmerzen Resignation und Verzweiflung? Die folgenden Ausführungen sollen einige multidimensionale Erklärungsmodelle für die unterschiedliche Schmerzbewältigung erläutern. Es ist anzumerken, dass diese Modelle in der Literatur hauptsächlich für die Erklärung der Entstehung von Gesundheit und Krankheit herangezogen werden. Da chronische Schmerzen, wie bereits erwähnt, ein eigenes Krankheitsbild darstellen, ist es sinnvoll, diese Modelle miteinzubeziehen.

Schmerzen stellen für die Betroffenen zuerst einen Stressor dar. Analog zum transaktionellen Stressmodel nach Lazerus erfolgt nun eine erste Bewertung (primary appraisal) dieses Stressors. In weiterer Folge werden die vorhandenen Ressourcen des Individuums auf ihre Fähigkeit mit dieser Anforderung (Schmerz) fertig zu werden, geprüft (secondary appraisal) (vgl. Hurrelmann, 2006, S .110).

Moderne Stresstheorien führen dieses Modell noch weiter und unterscheiden zwischen inneren und äußeren Ressourcen eines Menschen zur Bewältigung eines Stressors. Ressourcen sind Hilfsmittel, die einer Person zur Verfügung stehen um Anforderungen zu bewältigen. Verfügt eine Person über keine/wenige Ressourcen so wird sie verletzlich, sobald Belastungen auftreten und sie kann diese letztlich nicht bewältigen.

Zu den äußeren Ressourcen eines Menschen zählen (vgl. Künzel-Schön, 2000, S. 116 ff):

- physikalische Ressourcen (Wasser, Zeit, Wohnungssituation)
- biologische Ressourcen (Nahrung)
- technische Ressourcen (Werkzeug, Technologien)
- ökonomische Ressourcen (Besitz, Geld)
- gesellschaftliche Ressourcen (Friede, Gerechtigkeit)
- psychosoziale Ressourcen (Liebe, Vertrauen, Anerkennung)

Dem gegenüber stehen die personalen Ressourcen einer Person:

- physische Ressourcen (Vitalfunktionen, Konstitution und körperliche Gesundheit)
- psychische Ressourcen (Intelligenz, Denken, Wissen, Bildung, Erfahrungen, soziale Kompetenzen, Stabilität und Optimismus)

Um Ressourcen auch einsetzen zu können, müssen diese von den betroffenen Personen erst als inhärentes Hilfsmittel wahrgenommen und erkannt werden. Das Vorhandensein sowie der Einsatz von Ressourcen stellt also eine mögliche Erklärungsform für die unterschiedliche Bewältigung chronischer Schmerzen dar. Diese Theorie lässt sich durch die Miteinbeziehung des bio-psychosozialen Modells noch ausbauen. Dieses Modell verdeutlicht noch einmal einige wichtige Aspekte. Jene Personen, die trotz ihrer Schmerzen ein bestimmtes Ausmaß an Lebensqualität und Zufriedenheit angeben, verfügen über Selbstvertrauen, Anerkennung und Unabhängigkeit (Handlungsspielraum), während Menschen, die sich nicht wertgeschätzt und abhängig fühlen eine viel stärkere Beeinflussung ihres Wohlbefindens wahrnehmen. (Siehe Kapitel 2.10.1) Das eigene Leben gestalten und beeinflussen zu können ist demnach ein ganz wesentlicher Faktor für die Bewältigung von Schmerzen. Die Bewältigbarkeit ist eine von drei Säulen der Salutogenese, einer Theorie über die Entstehung von Gesundheit und Krankheit, die auf den Mediziner Aaron Antonovsky zurückgeht. Das Konzept der Salutogenese besagt, dass sich der Mensch stets innerhalb eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit bewegt. Dieser Zustand ist aber sehr instabil und ändert sich häufig. Ob ein Individuum gesund oder krank ist hängt von seinem so genannten Kohärenzgefühl ab. Das Kohärenzgefühl kann allgemein als ein konsistentes Gefühl der Zuversicht und des Optimismus eines Menschen definiert werden, das Leben bewältigen und meistern zu können. Auch wenn das Leben manchmal anstrengend ist und viele Risiken/Belastungen bereithält, ist es letztlich sinnvoll und die Anforderungen sind bewältigbar.
Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 123ff):

- sense of meaningfulness (Sinnhaftigkeit)
- sense of manageability (Bewältigbarkeit)
- sense of comprehensibility (Verstehbarkeit)

Im eigenen Leben Sinn zu sehen ist einer der wichtigsten Faktoren. Nur wenn ein alter Mensch sein Leben als wertvoll und sinnvoll definiert, wird er die Kraft haben morgens aufzustehen und sich seinem Alltag zu stellen. Er/Sie wird die verordneten Medikamente einnehmen und die empfohlenen Übungen machen. Sieht ein alter Mensch, der an Schmerzen leidet, keinen Sinn mehr in seinem Leben, so wird er sich den Anforderungen nicht mehr stellen und auch keine Compliance bei seiner Schmerztherapie zeigen.

Ist ein älterer Mensch in der Lage seinen Alltag mit den entsprechenden Ressourcen, Hilfestellungen zu meistern, so ist dies, wie bereits erwähnt, ein wichtiger Faktor für das individuelle Wohlbefinden und letztlich für die Gesundheit.

Das Gefühl der Verstehbarkeit entsteht, wenn ein Individuum die gestellten Anforderungen des Lebens als nachvollziehbar und erklärlich definiert. Gerade im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen mag dies oftmals eine unglaubliche Herausforderung darstellen. Im Laufe dieser Arbeit wurde bereits erläutert, dass unzureichende Aufklärung und Unsicherheit einen Risikofaktor für die Chronifizierung von Schmerzen darstellt. In diesen Fällen ist die Verstehbarkeit für die Betroffenen nicht mehr gegeben.

Die Theorie der Salutogenese erscheint demnach dafür geeignet, zu erklären, wie es Menschen mit chronischen Schmerzen gelingt mit ihrem Leben zufrieden zu sein.

3 SCHMERZERFASSUNG IN DER GERIATRIE

In diesem Kapitel geht es um das zentrale Thema im Umgang mit Schmerzen: die Schmerzerfassung.

Es soll gezeigt werden, was Schmerzerfassung ist, warum sie so wichtig ist und welche Möglichkeiten der Schmerzerfassung es gibt.

3.1 Notwendigkeit und Bedeutung der Schmerzerfassung

Werden Schmerzen nicht erkannt oder in ihrer Stärke falsch eingeschätzt so hat dieser Umstand schwerwiegende Folgen für den Patienten bzw. Patientin: Ihre Schmerzen bleiben unbemerkt und werden unterschätzt, was in weiterer Folge zu einer inadäquaten Schmerztherapie und -medikation führt. Wie wichtig die rechtzeitige und dem Ausmaß der Schmerzen entsprechende Schmerztherapie ist, wurde in den vorangegangenen Kapiteln bereits ausführlich dargestellt. Dennoch soll der Leser, die Leserin, an dieser Stelle noch einmal daran erinnert werden, dass die Unterbehandlung von Schmerzen die Prognosen für die körperliche Gesundheit und die Lebensqualität enorm verschlechtert. Zahlreiche Studien belegen jedoch, dass Schmerzen der Patienten/Patientinnen von Angehörigen der verschiedensten Gesundheitsberufe oftmals nicht erkannt bzw. unterschätzt werden (vgl. Carr/Mann, 2002; Sloman et al., 2005; Brown, 2004; Badura, 2002).

3.2 Rolle der Pflegenden für die Schmerzerfassung

Die Ergebnisse der Expertinnenbefragung aus Kapitel 4 werden eines ganz deutlich zeigen: Die Wichtigkeit der Pflegepersonen im Umgang mit Schmerzen. Die Rolle der Ärzte und Ärztinnen im Schmerzmanagement bleibt meist auf die Verschreibung der Schmerzmedikation beschränkt, während die Pflegenden in alle Aspekte des Schmerzmanagements

involviert sind. Es sind die Pflegepersonen, die Schmerzen der Patienten und Patientinnen erkennen und erfassen. Sie verabreichen die verordnete Schmerzmedikation, dokumentieren den Schmerzverlauf und wenden alternative Formen der Schmerztherapie an. Ihre Bedeutung im gesamten Umgang mit Schmerzen und vor allem deren Erfassung kann im Grunde nicht genug betont werden. Durch den engen Kontakt zum Patienten, zur Patientin bemerken sie Veränderungen im Verhalten und in der Stimmung. Sie sind stets die erste Anlaufstelle wenn Patienten/Patientinnen Schmerzen haben. In der Literatur lassen sich jedoch immer wieder Belege dafür finden, dass Pflegepersonen zuwenige Schulungen für die Erfassung von Schmerzen erhalten und oftmals zu wenig adäquate Instrumente eingesetzt werden. So sprechen die Autorinnen Carr und Mann von eingeschränktem und ungenauem Wissen der Pflegenden über die Schmerzerfassung. Zudem würden Pflegende dazu neigen, sich auf das eigene Urteil zu verlassen und ihre Einschätzung von Schmerzen auf ungenaue und irreführende Beobachtungen zurückführen (vgl. Carr/Mann, 2002, S. 52).

Eine Studie von Sloman et al. durchgeführt, zeigte, dass Pflegende die Dimensionen von Schmerzen der Patienten und Patientinnen nach einem operativen Eingriff unterschätzen würden (vgl. Sloman et al., 2005, S. 125). Eine vergleichende Studie, welche die Schmerzeinschätzung von Patienten und Patientinnen jenen von Pflegepersonen gegenüberstellte zeigte, dass die Einschätzung der Schmerzstärke bei den Pflegepersonen geringer ausfiel als bei den Patienten und Patientinnen (Rundshagen et al., 1999, S. 377). Ähnliche Ergebnisse brachte auch die Studie von Idvall et al. wobei hier festzustellen war, dass Pflegepersonen eher dazu tendierten starke als schwache Schmerzen zu unterschätzen. Die Autoren und Autorinnen der Studie wiesen darauf hin, dass diese geringere Einschätzung der Schmerzen die Schmerzbehandlung der Patienten und Patientinnen nicht gefährden würde. Dennoch müssten sich die Pflegenden diesen Umstand bewusst machen (vgl. Idvall et al., 2004, S. 450). Ein Grund, warum die Schmerzerfassung in manchen

Krankenhäusern nicht optimal durchgeführt wird, könnten mangelnde Awarness und Schulungen des Personals sein. So zeigt die Studie von Ger et al., dass entsprechende Schulungen der Mitarbeiterinnen den Einsatz an adäquaten Schmerzerfassungsinstrumenten erhöhen (vgl. Ger et al., 2004, S. 67). Durch den Einsatz von sehr einfachen Schmerzerfassungsinstrumenten kann die Frequenz der Schmerzerhebung erhöht werden (vgl. Kamel et al., 2001, S. 453). McDonald et al. kamen zu dem Ergebnis, dass Pflegende zusätzliche Schulungen benötigen, um die für den Patienten, die Patientin, entsprechende Schmerzmanagementstrategien auszuwählen (vgl. McDonald et al., 2005, S. 34).

Befragungen von älteren Patienten und Patientinnen haben ergeben, dass die Personalität der Pflegeperson diese davon abhalten kann ihre Schmerzen zu äußern. Haben sie die Erfahrung gemacht, dass ihre Schmerzäußerungen die sozialen Interaktionen zu den Pflegepersonen stören, so vermeiden sie es, ihre Schmerzen zu äußern. Haben Patienten/Patientinnen das Gefühl, dass Schmerzen nach einer bestimmten Operation von den Pflegenden als normal angesehen werden, so möchten diese ihre Schmerzen nicht äußern. Ebenso verhält es sich, wenn Patienten/Patientinnen merken, dass die Pflegenden Stress haben. Die Persönlichkeit und das Verhalten einer Pflegeperson haben demnach direkten Einfluss auf die Schmerzäußerungen der Patienten und Patientinnen (vgl. Blomqvist et al., 2001, S. 317). Dies gilt auch im positiven Sinn. So gibt es Erkenntnisse darüber, dass erfolgreiche Schmerzerfassung und adäquates Schmerzmanagement sehr stark von einer positiven und vertrauensvollen Beziehung zwischen einer Pflegeperson und einem Patienten, einer Patientin, abhängt. Dies setzt eine personenzentrierte Pflege ebenso wie die Fähigkeit mit älteren Menschen zu kommunizieren voraus (vgl. Brown, 2004, S. 84). Widar et al. befragten insgesamt 43 Personen, die nach einem Schlaganfall an dauerhaften Schmerzen litten, nach ihren Bedürfnissen in Hinblick auf die Langzeitpflege. So konnte gezeigt

werden, dass diese Menschen respektiert, verstanden und unterstützt werden möchten. Zudem ist es wichtig ausreichend Zeit und Informationen von Seiten der Pflegenden zu erhalten. Weiters betonten die Befragten wie wichtig es sei, dass die Pflegepersonen über ausreichend Wissen in Hinblick auf Schmerzen und Schmerzmanagement verfügen (vgl. Widar et al., 2007, S. 45).

Die Schmerzerfassung bei älteren Patienten und Patientinnen ist ein Kommunikationsprozess, der durch bestimmte Faktoren beeinflusst wird. Dieser unterliegt gewissen Hindernissen aber auch förderlichen Faktoren seitens der Pflegepersonen ebenso wie seitens der Patienten/Patientinnen. Bestimmte Eigenschaften eines Patienten, einer Patientin beispielsweise eine klare Körpersprache und Personalität, fördern den Prozess der Schmerzerfassung durch die Pflegenden. Auf der anderen Seite erhöht das Interesse einer Pflegeperson sowie deren Forscherdrang die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten/Patientinnen ihre Schmerzen melden. Als Hindernisse für die Schmerzerfassung sind von Seiten der Patienten/Patientinnen der Unwille sich zu beschweren, undeutliche Körpersprache und Kommunikation ebenso wie Misstrauen in die Kompetenz der Pflegeperson zu nennen. Desinteresse, Mangel an empathischen Fähigkeiten, knappe Zeitressourcen und Kraftlosigkeit der Pflegenden stellen zusätzliche Barrieren für die Schmerzerfassung dar. So haben Interviews mit Pflegenden gezeigt, dass diese, wenn sie erschöpft und ausgelaugt sind, weniger engagiert nach Schmerzen der Patienten/Patientinnen fragen.

Die eigentliche Schmerzkommunikation wird demnach von den oben genannten Faktoren sowohl positiv als auch negativ beeinflusst. Während des Schmerzkommunikationsprozesses kann ein Patient, eine Patientin Schmerzen auf verschiedenste Art und Weise ausdrücken: durch verbale oder non-verbale Kommunikation, seinen/ihren Gesichtsausdruck, physiologische Reaktionen oder durch eine Veränderung der Körperhaltung, des Ganges, der Stimmung und der Aktivitäten des

täglichen Lebens. Eine Pflegeperson nimmt potentielle Schmerzen durch Beobachtung, Zuhören, dem Erkennen von Schmerzensausdrücken in Mimik und Gestik ebenso wie die Berücksichtigung aktueller Umstände war. Daraufhin werden diese Wahrnehmungen, durch die Reflexion über mögliche Gründe und Intention der Schmerzäußerung, interpretiert. Diese Interpretationen werden durch regelmäßige Schmerzerfassungen validiert. Dabei fragt die Pflegeperson nach Schmerzen der Patienten/Patientinnen, berührt diese an den schmerzenden Stellen und beobachtet deren Reaktionen darauf. Zudem werden die gesetzten Interventionen bei der Durchsicht der pflegerischen und medizinischen Dokumentation evaluiert. Der Patient, die Patientin hingegen beantwortet die Fragen nach Schmerzen, reagiert auf Berührungen der schmerzenden Stelle oder zeigt gesteigertes Wohlbefinden, wenn erfolgreiche Interventionen gesetzt wurden (vgl. Blomqvist, 2001, S. 312).

Pflegende spielen demzufolge eine wichtige Rolle während des Prozesses der Schmerzerfassung und dürfen in ihrer Bedeutung und Wichtigkeit nicht unterschätzt werden.

3.3 Dimensionen der Schmerzerfassung

Wie bereits erwähnt, stellen Schmerzen ein multidimensionales Geschehen dar. Aus diesem Grund inkludiert deren fachgerechte Erfassung mehrere Dimensionen. Alleine nach der Schmerzintensität zu fragen, würde zahlreiche Aspekte des Schmerzerlebens außer Acht lassen. Im Folgenden soll ein Überblick über die erfassenden Schmerzdimensionen geschaffen werden.

3.3.1 Schmerzlokalisation

Die Frage „Wo tut es weh?“ gibt wichtige Aufschlüsse über die Schmerzursache. Ergänzend dazu liefert eine genaue Beschreibung des Vorganges der Schmerzausbreitung Erkenntnisse zur Äthiologie und Pathophysiologie. So weisen exakt lokalisierbare Schmerzen meist auf lokale Ursachen (z.B.: Verbrennung) hin. Schmerzen, welche in eine periphere Körperregion ausstrahlen, können beispielsweise auf Thrombosen oder neuropathische Schmerzen schließen lassen. Die Klärung der Schmerzlokalisation ist demnach bei der Schmerzerfassung unerlässlich (vgl. Huber/Winter, 2006 S.17).

3.3.2 Schmerzintensität

Die Schmerzintensität ist wohl jene Dimension, die am stärksten mit dem Phänomen Schmerz assoziiert wird. Die Messung der Schmerzintensität zählt zu den einfachsten und am häufigsten durchgeführten Erhebungen im Zusammenhang mit dem Schmerzerleben (vgl. Lautenbacher, 2004, S. 278). Durch die Erfassung der Schmerzstärke können Rückschlüsse darüber gezogen werden, wie stark der Patient, die Patientin durch die Schmerzen beeinträchtigt wird. Nur durch die regelmäßige Erhebung der Schmerzintensität ist es möglich, die Wirksamkeit der Schmerztherapie zu evaluieren. Weiters ist es wichtig zu erheben, ob sich die Stärke der Schmerzen beispielsweise bei körperlicher Aktivität oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes verändert (vgl. Huber/Winter, 2006, S. 20f).

3.3.3 Schmerzqualität

Die Qualität der Schmerzen kann wichtige Hinweise auf die Ursache der Schmerzen liefern. Hierbei ist zu beachten, den Patienten, die Patientin den Schmerz in eigenen Worten beschreiben zu lassen und mit vorgegebenen Antwortkategorien zunächst abzuwarten. Sind die

Patienten und Patientinnen dazu nicht in der Lage, so können Alternativen (Schmerzen sind vergleichbar mit einem Ring um den Kopf; Es fühlt sich an, als ob der Kopf platzen würde; usw.) vorgegeben werden. Schmerzen können sich als dumpf, ziehend, stechend, drückend, brennend, kribbelnd, pulsierend, pochend, krampfartig, kolikartig, zermürbend und quälend darstellen. Je nach Erscheinungsform sind damit assoziierte Ursachen verbunden (vgl. Huber/Winter, 2006, Schmerz: 19f).

3.3.4 Zeitliche Dimension der Schmerzen

Hinter dieser Schmerzdimension stehen Fragen nach dem Beginn des Schmerzes, der Schmerzdauer und deren Verlauf. Dabei ist es wichtig zu erfassen, wann, wo und in welcher Situation der Schmerz das erste Mal aufgetreten ist. Ist der Schmerz plötzlich oder allmählich aufgetreten? Wie häufig treten die Schmerzen auf und wie lange halten sie an? Wie haben sich die Schmerzen im Verlauf der letzten Tage/Wochen/Monate verändert? All diese Fragen sind für eine gründliche Schmerzerfassung unerlässlich. Die Erhebung des Schmerzverlaufes ist gerade im Zusammenhang mit der Entwicklung chronischer Schmerzen besonders wichtig. Verändern sich die Schmerzen von gelegentlichen Attacken hin zu länger anhaltenden Schmerzen, so ist das ein alarmierender Hinweis auf die Schmerzentwicklung in Richtung Chronifizierung (vgl. Huber/Winter, 2006, S. 18f). Die Pflegepersonen spielen gerade bei der Wahrnehmung des Schmerzverlaufes eine wesentliche Rolle da keine andere Berufsgruppe so viel Zeit mit den Patienten/Patientinnen verbringt. Dies ermöglicht die intensive Wahrnehmung und Beobachtung der Schmerzen im zeitlichen Kontext (vgl. Kränzle et al., 2006; S. 239).

3.3.5 Beeinflussende Faktoren

Schmerzen sind ein komplexes System und können durch bestimmte Verhaltensweisen der Patienten und Patientinnen beeinflusst werden. Dies ist den Betroffenen meist nicht bewusst weshalb gezieltes Nachfragen nötig ist. So gilt es zu klären, was der unmittelbare Auslöser der Schmerzen ist, welche Bedingungen diese verschlechtern und welchen Einfluss Bewegung und Haltungsänderungen darauf haben. Zudem sollte herausgefunden werden, ob es schmerzlindernde Faktoren gibt und welchen Einfluss beispielsweise Ernährung und Stress haben (vgl. Huber/Winter, 2006, S. 21).

3.3.6 Begleiterscheinungen

Im Laufe dieser Arbeit wurden bereits einige Begleiterscheinungen von Schmerzen erläutert. So muss das Auftreten von Depressionen und Angst, im Hinblick auf ihre Gefahr die Prognose von Schmerzen zu verschlechtern, unbedingt wahrgenommen und erfasst werden. Einige Schmerzerkrankungen bringen eindeutige Begleiterscheinungen mit sich. So geben das Auftreten von Erbrechen, Lähmungen, Appetitlosigkeit, Schwellungen, Rötungen sowie Einschränkungen der Bewegungsfreiheit von Gelenken sehr wichtige Rückschlüsse auf die Erkrankung (vgl. Huber/ Winter, 2006, S. 21f).

3.3.7 Subjektive Bedeutung des Schmerzes

Die Bewertung der eigenen Schmerzen durch den Patienten, die Patientin und deren Umgang damit hat sehr großen Einfluss darauf, wie sehr das Leben der Betroffenen beeinflusst wird und wie handlungsfähig diese bleiben. (Siehe Kapitel 2.10.1) Im Sinne einer vollständigen Schmerzerfassung sollten diese wichtigen Schmerzdimensionen Eingang finden. Zu erheben, wie Patienten/Patientinnen Schmerzen bewerten

bringt wichtige Grundlagen für die Planung, Durchführung und Kontrolle der folgenden Schmerztherapie. Um das subjektive Schmerzempfinden zu erheben, eignet es sich, Patienten/Patientinnen eine Situation, in der sie Schmerzen haben, beschreiben zu lassen. Dadurch kann erhoben werden, was diese in solchen Situationen denken bzw. fühlen und welche Lösungsstrategien sie für sich entwickeln. Weiters ist es wichtig herauszufinden, welche Erklärungsmodelle die Betroffenen für ihre Schmerzen haben. Wie bereits erwähnt, kann die Angst davor, dass eine schwere Krankheit ursächlich für ihre Schmerzen ist, diese enorm verstärken. Zudem lenken diese Ängste die Aufmerksamkeit und das Denken der Betroffenen auf die Schmerzen was wiederum die Gefahr der Schmerzchronifizierung birgt. Die individuellen Bewältigungsstrategien der Patienten/Patientinnen sollten unbedingt erfragt werden. So begünstigt Schonverhalten oder sozialer Rückzug ebenfalls die Entstehung chronischer Schmerzen, weshalb schädliches Schmerzverhalten möglichst rasch identifiziert werden muss. Rückschlüsse darauf können durch Fragen nach den Auswirkungen der Schmerzen auf den Alltag und das soziale Umfeld gezogen werden.
Inwieweit werden Aktivitäten des Alltags beeinflusst? Wie haben sich Freizeitaktivitäten und soziale Beziehungen durch die Schmerzen verändert? Wie reagiert das soziale Umfeld der Betroffenen auf deren Schmerzen? All diese Fragen ermöglichen es, potentielle Risikofaktoren (vgl. Huber/ Winter, 2006, S. 22f).

3.3.8 Bisherige Behandlung

Die Frage nach bisherigen Behandlungen und deren Einschätzung durch die Patienten/Patientinnen liefert Erkenntnisse darüber, welche Therapieformen möglicherweise nicht geeignet sind. Sei es durch schlechte Erfahrungen der Patienten/Patientinnen mit dieser Therapieform oder deren mangelnder Compliance. Wurden bei einem Patienten, einer Patientin bereits zahlreiche Therapieformen durchgeführt, die nach

anfänglichen Erfolgen abgebrochen wurden, so deutet dieser Umstand auf bereits fortgeschrittene Chronifizierung hin. Demnach ist zu erheben, wie lange, durch wen, mit welchem Erfolg, mit welchen Medikamenten die Patienten/Patientinnen bereits behandelt wurden (vgl. Huber/Winter, 2006, S. 22).

3.3.9 Schmerzdokumentation

Schmerzen adäquat zu erfassen, erfordert die Erhebung zahlreicher Informationen. Die gesammelten Angaben müssen unbedingt regelmäßig und vollständig dokumentiert werden. Nur so ist es möglich, die Schmerzsituation darzustellen und auf dieser Basis Entscheidungen über den weiteren Behandlungsverlauf zu treffen (vgl. Kränzle et al., 2006, S. 239). Nur wenn nach der Verabreichung eines Schmerzmedikaments erneut erhoben wird, wie stark die Schmerzen sind, ist es möglich zu sehen, ob das Medikament gewirkt hat oder nicht. Ohne kontinuierliche Schmerzdokumentation können keine Entscheidungen über die Schmerztherapie getroffen werden. Ergebnisse von Müller-Mundt durchgeführten Experteninterviews belegen, dass die kontinuierliche und detaillierte Schmerzdokumentation in der Pflegepraxis häufig unterbleibt (vgl. Müller-Mundt, 2005, S. 189).

3.4 Herausforderungen bei der geriatrischen Schmerzerfassung

Im Regelfall können Schmerzen bei Patienten und Patientinnen ohne körperliche und kognitive Beeinträchtigungen durch geschultes Personal und ein gründliches Assessment gut erhoben werden. Schwieriger stellt sich die Schmerzerfassung bei geriatrischen Patienten/Patientinnen dar. Im Verlaufe dieser Arbeit wurden physiologische und pathologische Alterserscheinungen vorgestellt. (Siehe Kapitel 2.3) Im Laufe des

Alterungsprozesses sind die Patienten/Patientinnen und deren Betreuer mit einer Vielzahl von körperlichen und kognitiven Veränderungen konfrontiert. Diese Tatsache erschwert die Schmerzerfassung oftmals erheblich und macht gut geschultes und erfahrenes Pflegepersonal unerlässlich, um die Schmerzen der Betroffenen in all ihren Dimensionen erfassen zu können. Im Folgenden sollen die Herausforderungen der Schmerzerfassung bei geriatrischen Patienten/Patientinnen genauer betrachtet werden.

3.4.1 Schmerzerfassung bei körperlich beeinträchtigten Menschen

Mit zunehmendem Alter lässt die Leistungsfähigkeit der einzelnen menschlichen Sinne nach. So hören und sehen viele alte Menschen schlechter als in früheren Jahren. Dieser Umstand muss bei der Schmerzenerfassung von den Pflegenden berücksichtigt werden. Das Instrument zur Erhebung der Schmerzen muss demnach der körperlichen Verfassung der zu befragenden Personen angepasst werden. Sieht ein Patient, eine Patientin bereits schlecht, so wird es nicht sinnvoll sein, die Schmerzen mit einer Skala zu erheben, die unterschiedliche Gesichter zeigt, um die Schmerzstärke anzugeben. Weiters zeigen Studienergebnisse, dass ältere Menschen andere Ausdrücke für Schmerzen haben. Die Frage „Haben Sie Schmerzen?“ wird aus diesem Grund von älteren Menschen oftmals verneint. Die Terminologie der älteren Patienten und Patientinnen weicht oftmals von jener der Pflegepersonen ab. Schmerz wird durch die Begriffe wie Unwohlsein, Unbehagen und Leiden beschrieben. Zudem haben ältere Menschen ihre eigene Sichtweise von Schmerzen (Siehe Kapitel 2.4.1) bzw. werden diese als zum Alter dazugehörig verstanden. Laut Kamel et al. befürchten ältere Personen, dass sich Äußerungen der eigenen Schmerzen negativ auf ihre Pflege auswirken. Weiters fürchten die Betroffenen die Bedeutung der Schmerzen und assoziieren diese mit dem Fortschreiten der Erkrankung und letztlich mit dem eigenen Tod (vgl. Kamel et al., 2001, S. 454). Wenn Pflegende bei einem älteren Menschen Schmerzen erfassen

wollen so müssen sie all diese Aspekte bedacht und berücksichtigt werden. Es liegt auf der Hand, dass dies eine große Herausforderung im stressigen Pflegealltag darstellt. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden ausgewählte Schmerzerfassungsinstrumente vorgestellt, welche teilweise sehr einfach angewendet und in den pflegerischen Alltag implementiert werden können.

3.4.2 Schmerzerfassung bei kognitiv beeinträchtigten Menschen

Neben den körperlichen Veränderungen bringt der Alterungsprozess auch kognitive Veränderungen mit sich.

Eine der schwerwiegendsten kognitiven Beeinträchtigungen stellen die Demenzen dar. Diese wurden in Kapitel 2.3.2 bereits überblicksmäßig dargestellt. Nun sollen vor allem die Symptome etwas genauer dargestellt werden. Es ist anzumerken, dass im Folgenden keine vollständige Auseinandersetzung mit der Erkrankung Demenz erfolgen wird. Diese würde den Umfang der vorliegenden Arbeit sprengen. Dennoch ist es wichtig, ausführlicher darzustellen, welche Konsequenzen und Einschnitte diese Krankheit mit sich bringt. Durch diese Vorgehensweise soll illustriert werden mit welchen Umständen Pflegepersonen während der Schmerzerfassung bei Menschen, die unter Demenzen leiden, konfrontiert sind.

Die Prävalenz von Demenzerkrankungen steigt mit zunehmendem Alter stark an und liegt in der Altersgruppe von 95-99-Jährigen bei ca. 44%. Epidemiologische Zahlen aus Österreich belegen, dass es im Jahr 2000 90.500 Demenzpatienten und -patientinnen gab. Prognosen für das Jahr 2050 lassen 233.800 Menschen, die an Demenzen leiden, erwarten. Sollten sich diese Annahmen bewahrheiten kommen sehr große Herausforderungen auf die Pflegenden zu. Die Krankheit Demenz

beeinträchtigt jene Lebensbereiche, die sich der so genannten „ABC-Regel“ zuordnen lassen (Anditsch et al., 2006, S. 6).

- A: Alltagsaktivitäten
- B: Behaviour (Verhalten)
- C: Cognition (Lernen, Gedächtnis)

Die Art der kognitiven Beeinträchtigungen und Fehlleistungen im Alltag sind stark vom Erkrankungsstadium abhängig. Im anfänglichen Stadium der Krankheit (entspricht etwa einem MMSE- Wert von 26 - 20) werden beispielsweise Namen oder Telefonnummern vergessen. Die Abkürzung MMSE steht für Mini Mental State Examination. Dabei handelt es sich um ein Instrument zur Feststellung des Schweregrades der Demenz welches im weiteren Verlauf dieses Kapitels noch näher vorgestellt wird.

Im weiteren Verlauf (mittlere Demenz MMSE 19 – 11) der Erkrankung erkennen die Betroffenen Gesichter nicht und können sich an Ereignisse aus der nahen Vergangenheit nicht mehr erinnern. Im späten Stadium der Demenz (MMSE ≤ 10) leben die Betroffenen vollständig in der Vergangenheit und können teilweise ihre engsten Familienmitglieder nicht mehr erkennen.

Eine weitere Symptomdarstellung ist durch BPSD möglich. Die Bezeichnung Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia beschreibt eine Gruppe von psychischen Reaktionen, Symptomen und Verhaltensstörungen, welche bei Patienten und Patientinnen mit Demenz auftreten. Die Schmerzerfassung ist unabhängig von der zugrunde liegenden Ursache der Demenzerkrankung. Die folgende Tabelle soll verdeutlichen welche Störungen in den Bereichen Kognition, Funktion und Verhalten je nach Schweregrad der Demenz vorzufinden sind Tabelle 2 zeigt die Beeinträchtigung der Kognition, der Funktion und des Verhaltens der Patienten und Patientinnen je nach Schweregrad der vorliegenden Demenz (vgl. Anditsch et al., 2006, S. 7):

Kognition	Funktion	Verhalten
leichte Demenz (MMSE 26 – 20)		
•Lernfähigkeit und Gedächtnis •Wortfindungsstörungen •Problemlösungen •Urteilsvermögen •Rechnen	•Arbeiten •Umgang mit Geld •Einkaufen •Kochen •Führung des Haushaltes •Lesen •Schreiben •Ausübung von Hobbies	•Apathie •Isolierung •Depression •Reizbarkeit
mittelschwere Demenz (MMSE 19 – 11)		
•Kurzzeitgedächtnis •Sprache •Auffassung •Orientierung (zunächst zeitliche Orientierungs-störungen gefolgt von ört lichen Orientierungsstö-rungen) •Räumliches Vorstel lungsvermögen	•Verlust der All-tagskompetenz •Verlegen von Ge genständen •Verirren •Schwierigkeiten beim Anziehen	•Depression •Herumlaufen •Schlaflosigkeit •Agitiertheit (Aufre gung, Erregung) •Wahn •Erhalt interperson neller Fähigkeiten
schwere Demenz (MMSE ≤ 10)		
•Aufmerksamkeit •Apraxie •Sprache	•Alltagsfähigkeiten wie Anziehen, Kör-perpflege, Hygiene, Essen, Laufen •Inkontinenz	•Agitiertheit sowohl verbal als auch kör-perlich •Schlaflosigkeit

Tabelle 2: Beeinträchtigungen in Abhängigkeit des Schweregrades der Demenz

Gerade die Veränderung des Schlafverhaltens ist, neben den zahlreichen Beeinträchtigungen, besonders zu erwähnen. Die Betroffenen weisen eine erhöhte Anzahl an Aufwachepisoden sowie längeres Verweilen in Wachzuständen auf. Zudem sind sowohl die Tiefschlafstadien als auch die REM-Phasen reduziert. Außerdem weisen die Patienten und Patientinnen Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen auf. So stehen diese Personen auf, wenn die Sonne untergeht und wandern herum (vgl. Anditsch et al. 2006, S. 8).

Da die im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung unter anderem die sprachlichen Fähigkeiten nachlassen und die Kommunikation erschweren, müssen sich die Pflegenden zunehmend auf non-verbale Verhaltenssignale von physischen und emotionalen Schmerzen der Patienten/Patientinnen verlassen. Schmerzen nicht äußern zu können stellt für etliche Demenzpatienten und -patientinnen eine Barriere für adäquates Schmerzmanagement dar. Patienten und Patientinnen, die an Demenz leiden, sind dahingehend gefährdet, dass ihre Schmerzen unentdeckt und unterbehandelt sind. Die schwerwiegenden Folgen von unbehandelten Schmerzen wurden im Laufe dieser Arbeit bereits dargestellt. Gerade bei Demenzpatienten und -patientinnen sind die Konsequenzen besonders schlimm. Durch die Unter- bzw. Nichtbehandlung der Schmerzen kommt es in vielen Fällen zu einer Verschlimmerung der kognitiven Dysfunktionen (vgl. Frampton et al., 2003, S.248ff). Studien zeigen, dass kognitiv beeinträchtigte Menschen signifikant weniger Schmerzmittel erhalten als kognitiv nicht beeinträchtigte Kontrollpersonen mit derselben klinischen Diagnose und dem gleichen Alter (vgl. Badura, 2002, S. 31). Schmerzen bei dementen Patienten und Patientinnen zu erkennen stellt somit große Herausforderungen an Pflegepersonen und Ärzte dar. Viele der gängigen Instrumente zur Schmerzerfassung können auf Grund der beeinträchtigten kognitiven Funktionen nur mehr teilweise, meist aber gar nicht mehr

angewendet werden (vgl. Hardt 2006, S. 35). In diesen Fällen sind die Patienten/Patientinnen vollkommen auf die Fremdeinschätzung ihrer Schmerzen angewiesen.

Manfredi et al. führten 2003 eine interessante Studie durch. Hierbei wurden Patienten und Patientinnen mit einem vorliegenden Dekubitus (für dessen Größe und Schweregrad wurden vorweg Kriterien definiert) über einen Zeitraum von neun Monaten während des Verbandswechsels nach ihren Schmerzen befragt. Diese Personen waren verbal nicht beeinträchtigt und konnten die gezielten Fragen nach den verschiedenen Schmerzdimensionen beantworten. Hierbei stellte sich heraus, dass Patienten/Patientinnen mit einem Dekubitus den Verbandswechsel als schmerzhafte Situation erleben. Im weiteren Studienverlauf wurden Patienten und Patientinnen ausgewählt, welche die selben Kriterien des Dekubitus aufwiesen, jedoch an Demenz litten. Diese Personen waren nicht in der Lage, die Fragen nach ihren Schmerzen beim Wechseln des Verbandes zu beantworten. Während des Verbandswechsels wurden die Gesichter der Patienten/Patientinnen mit einer Videokamera aufgenommen. Im weiteren Verlauf der Studie wurden die Videobänder Medizinstudenten und Pflegepersonen gezeigt. Dabei wurden die Beobachter befragt, ob die Personen ihrer Meinung nach an Schmerzen litten und wie stark sie diese einschätzen würden. Die gefilmten Personen wiesen bestimmte Gesichtsausdrücke auf, welche von den Beobachtern als Indikatoren für Schmerzen bewertet wurden. In diesem Fall wurden Rückschlüsse von Patientenangaben ohne kognitive Beeinträchtigungen auf Menschen mit Demenz gezogen. Gemäß den Forschern und Forscherinnen dieser Studie ist diese Vorgehensweise (im Falle eines Verbandswechsels) angemessen. Wird der Gesichtsausdruck der jeweiligen Person im klinischen Kontext gesehen, so sind Pflegepersonen und Ärzte eher in der Lage, Schmerzen zu erkennen (vgl. Manfredi et al., 2003, S. 51f).

3.5 Ausgewählte Instrumente der Schmerzerfassung

In der Literatur lassen sich zahlreiche Skalen, Fragebögen, Beobachtungstools usw. für die Schmerzerfassung finden. Im Folgenden sollen einige dieser Instrumente vorgestellt werden. Diese Darstellung erhebt, ob des großen Umfangs der Möglichkeiten, keinen Anspruch auf Vollständigkeit und soll vielmehr einen Überblick der wichtigsten Tools darstellen.

3.5.1 Selbsteinschätzung

Im Allgemeinen gilt, dass sofern die kognitiven Fähigkeiten eines Menschen es zulassen, dieser die eigenen Schmerzen einschätzen soll. Wie bereits erwähnt ist die Fremdeinschätzung von Schmerzen eine große Herausforderung und birgt die Gefahr der Fehleinschätzung. So belegen verschiedenste Studien, unter anderem Rundshagen et al., 1999, Pautex et al., 2006 oder Scherder et al., 2005, die Unter- bzw. Überschätzung der Schmerzen durch die Pflegepersonen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass auch oder vielmehr gerade Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten zu ihrer eigenen Schmerzeinschätzung befragt werden.

3.5.1.1 Visual Analog Scale

Bei der Visual Analog Scale kurz VAS handelt es sich um eine 10cm lange Skala. Wobei das eine Ende der Skala die Ausprägung „überhaupt keine Schmerzen“ zu haben darstellt und das andere Ende für „stärkste vorstellbare Schmerzen“ steht. Nun wird der Patient, die Patientin aufgefordert, auf dieser Linie jenen Punkt zu zeigen, der seiner aktuellen Schmerzstärke entspricht. Der Abstand (meist in mm) zwischen dem Punkt „überhaupt keine Schmerzen“ und der Markierung durch den Patienten, die Patientin ergibt somit den aktuellen Schmerzscore. Wird dieser in der Akte des Patienten, der Patientin notiert, so kann der

Schmerzverlauf nach erneutem Nachfragen sichtbar gemacht werden. Dieses Instrument setzt voraus, dass der Patient, die Patientin konzentriert ist. Kommt ein Patient, eine Patientin jedoch gerade von einer Operation oder leidet an einer kognitiven Beeinträchtigung, so ist diese Skala eher nicht geeignet (vgl. Carr/Mann, 2002, S. 60f). Wird die Visual Analog Scale mittels eines Kopierers reproduziert, muss unbedingt darauf geachtet werden, dass es zu keinen Verzerrungen der Skala kommt. Dies würde die Verlängerung der Skala auf über 10 cm und somit eine mögliche Fehlerquelle bedeuten (vgl. Briggs, 1999, S. 440).

3.5.1.2 Numeric Rating Scale

Hierbei handelt es sich um eine modifizierte Visual Analog Scale. Dieser werden Zahlenwerte zwischen 0 (kein Schmerz) und 10 (schlimmster möglicher Schmerz) zugeordnet. Der Patient, die Patientin wird nun aufgefordert seine aktuelle Schmerzstärke einem Wert von 0 bis 10 zuzuordnen. Auch die Verwendung dieser Skala erfordert die Konzentrationsfähigkeit des Patienten, der Patientin (vgl. Erdek/Pronovost 2004, S. 60).

3.5.1.3 Verbal Rating Scale

Bei diesem Instrument werden der befragten Person die Antwortmöglichkeiten „keine Schmerzen“ – „ leichte Schmerzen“ – „mäßige Schmerzen“ – und „starke Schmerzen“ vorgegeben um die momentanen Schmerzen einzuschätzen. Diese Skala kann den Patienten/Patientinnen leicht erklärt werden und kann bei Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz angewendet werden (vgl. Carr/Mann, 2002, S. 61).

3.5.1.4 Faces Pain Scale

Hierbei handelt es sich um insgesamt sieben gezeichnete Gesichter innerhalb einer Linie. Diese Gesichter drücken mimisch zunehmenden Schmerz aus (vgl. Pautex et al. 2006, S.1041), In der Literatur lassen sich Skalen mit verschiedenen Gesichtern finden (gezeichnet oder fotografiert) (vgl. Schwermann 2008, S. 27). Je nach Stärke der eigenen Schmerzen soll die befragte Person das Gesicht auswählen, welches ihre Schmerzen zum Ausdruck bringt. Eine Studie von 2006 beschäftigte sich mit der Anwendbarkeit der Visual Analog Scale, der Verbal Rating Scale sowie der Faces Pain Scale bei Personen mit schwerer Demenz. (MMSE ≤ 6). Erstaunlicherweise konnte bei 50% der Patienten/Patientinnen zumindest eine dieser Skalen zur Selbsteinschätzung der Schmerzen verwendet werden. Im Vergleich zu angewandten Fremdeinschätzungen durch Beobachtungen der Pflegepersonen konnte gezeigt werden, dass diese geringere Einschätzungen der Schmerzen und Schmerzstärke ergaben als durch die Selbsteinschätzung. Aus diesem Grund empfehlen die Autoren und Autorinnen der Studie auch für Menschen mit fortgeschrittener Demenz die Schmerzeinschätzung durch Selbsteinschätzung (vgl. Pautex et al., 2006, S. 1044).

3.5.1.5 Fragebögen zur Schmerzeinschätzung

Im Folgenden sollen exemplarisch einige der zahlreichen Fragebögen zur Schmerzerfassung durch den Patienten, die Patientin vorgestellt werden. Bereits 1971 entwickelten Melzack und Torgerson den **McGill-Pain-Questionnaire** (MPQ). Die Grundlage dieses Fragebogens bildeten die Ausdrücke, welche Patienten und Patientinnen verwendeten um ihre Schmerzen zum Ausdruck zu bringen. Dieses Instrument wird häufig angewendet und ist gerade bei chronischen Schmerzen sehr hilfreich. Meist wird eine Kurzform des MPQs angewendet. Das Original beinhaltet eine Liste von 78 Worten. Diese sind in 20 Gruppen untergliedert und

geben wiederum die vier Hauptdimensionen der Schmerzqualität wieder. Diese Dimensionen sind sensorisch, affektiv, evaluativ und verschiedenes. Jedes Wort erhält nun einen Punktwert und der Patient, die Patientin wird aufgefordert, jene Worte auszuwählen, die seinen/ihren Schmerz beschreiben. Mit der Kurzform des MPQ lässt sich der Schmerzstatus eines Menschens innerhalb von fünf Minuten erheben. Zusätzlich beinhaltet diese Form des Fragebogens eine Visual Analog Scale und eine Skala zur Gesamtbeurteilung der Schmerzen (Present Pain Intensity) (vgl. Carr/Mann 2002, S. 62f).

1991 wurde der **Brief Pain Inventory** (BPI) von Charles Cleeland im Rahmen der Pain Research Group entwickelt. Diesen Fragebogen gibt es sowohl in langer als auch in kurzer Form. Das Design des Erhebungsinstruments verfolgt einerseits die Erfassung des subjektiven Schmerzes sowie andererseits die Beeinträchtigungen durch die Schmerzen im Alltag. Der BPI hat sich über die verschiedenen Kulturen und Sprachen hinweg als valide erwiesen. Zudem ist dieser Fragebogen sensibel in Hinblick auf den Schmerzverlauf. Die Erfassung der Schmerzenstärke erfolgt an Hand von Numeric Rating Scales. Die Lokalisierung der Schmerzen erfolgt durch die Markierung auf einer schematischen Darstellung eines Körpers (vgl. Klepstad et al. 2002, S. 518). Die Beantwortung des Fragebogens erfordert auf jeden Fall Konzentration und Orientiertheit.

Der **Geriatric Pain Measure** (GPM) stellt einen weiteren Fragebogen zur Schmerzerfassung durch den Patienten, die Patientin dar. Die Fragen fokussieren sich hierbei stark auf die Beeinflussung verschiedener Alltagsaktivitäten durch die Schmerzen. So wird erhoben, ob die Schmerzen beim Gehen, beim Laufen oder Anziehen störend sind. Weiters werden soziale Einschränkungen durch die Schmerzen erhoben, beispielsweise die Vernachlässigung von sozialen Kontakten durch die Schmerzen. Dieser Fragebogen verfügt weiters über zwei Numeric Rating Scales. Einerseits um die aktuellen Schmerzen (von 0 bis 10)

einzuschätzen ebenso wie den durchschnittlichen Schmerzwert der vergangenen Woche. Der summierte Wert gibt abschließend den Schmerzscore an. Wobei ein Wert von kleiner 30 für milde Schmerzen und ein Wert über 70 für sehr starke Schmerzen steht. 2006 wurde der GPM von einem Forscherteam, mit dem Ziel mehr Daten zu ihren Schmerzen von den Patienten/Patientinnen selbst zu erhalten, modifiziert. Im Laufe dieser Ausführungen wurde bereits darauf hingewiesen, dass Numeric Rating Scales oftmals zu abstrakt für die älteren Menschen sind. Aus diesem Beweggrund heraus wurden bei dem modifizierten GPM deskriptive Skalen bei den Fragen nach Schmerzfrequenz und -intensität verwendet. Dadurch wurde gerade kognitiv beeinträchtigten Personen die Chance gegeben ihre Schmerzen selbst einzuschätzen. Zusätzlich haben die Forscher und Forscherinnen festgehalten, wie viele Aufforderungen die befragte Person benötigte, um eine Frage zu beantworten. Weiters wurde erfasst, wie oft keine bzw. keine sinnvolle Antwort vom Patienten, von der Patientin kam und welche Arten von Nonresponses (z.B. Antwort wurde durch Aufregung, nervöses Herumgehen, usw. verhindert) gegeben wurden. Insgesamt wurden die Patienten/Patientinnen vier Mal mit dem modifizierten GPM interviewt und 89% konnten alle vier Interviews abschließen. Durchschnittlich benötigten die Patienten/Patientinnen 2,4 Aufforderungen, bis diese die Fragen beantworten konnten. Die durchschnittliche Befragungsdauer betrug 13 Minuten. Somit war es möglich, durch den Einsatz von kleinen zeitlichen Ressourcen die Einschätzung von kognitiv beeinträchtigten Personen zu erhalten (vgl. Fisher et al., 2006, S. 82ff).

3.5.2 Fremdeinschätzung

Wie bereits erwähnt, ist die Einschätzung der Schmerzen durch den Patienten, die Patientin selbst, Mittel der Wahl. Die Patienten und Patientinnen sind die „Experten“ in Bezug auf ihre Schmerzen und können diese am besten erfassen. Zudem belegen zahlreiche Studien, dass die

Einschätzung der Schmerzen durch die Patienten/Patientinnen oftmals abweicht von jener durch die Pflegepersonen. (Siehe Kapitel 3.5.1) Weiters stellt die Nicht-Überprüfbarkeit des Schmerzempfindens der Patienten und Patientinnen durch objektive Parameter eine große Herausforderung an die Pflegenden dar. So erfordert die Einschätzung der Authentizität der Schmerzangaben eines Patienten, einer Patientin große Fachkompetenz der Pflegepersonen (vgl. Müller-Mundt, 2005, S. 187). Auf Grund der Gegebenheiten im Alter und vor allem bei Vorliegen einer starken Demenz ist die Verwendung von Instrumenten zur Selbsteinschätzung nicht mehr möglich. Die Pflegenden sind nun vor die große Herausforderung gestellt, die Schmerzen ihrer Patienten und Patientinnen auf non-verbalem Wege zu erfassen. In der Literatur lassen sich bereits zahlreiche Beobachtungsinstrumente finden. Eine Studie von Herr et al. konnte 2006 insgesamt zehn Instrumente zur Schmerzerfassung durch die Beobachtung von Verhaltensindikatoren identifizieren. Zu diesem Zeitpunkt gab es jedoch noch kein standardisiertes Instrument, welches auf der Beobachtung von non-verbalen Schmerzindikatoren basierte. Die American Geriatric Society hat insgesamt sechs Dimensionen von Schmerzindikatoren festgelegt. Dazu zählen: der Gesichtsausdruck, die Kommunikation von Schmerzen verbal und non-verbal, Körperbewegungen, Veränderungen der interpersonellen Interaktionen, Veränderungen der Aktivität und Gewohnheiten sowie eine Veränderung des mentalen Status (vgl. Herr et al., 2006). Diese finden sich großteils in den gängigen Beobachtungsinstrumenten wieder.

Im Folgenden soll wiederum nur eine Auswahl von möglichen Instrumenten zur Fremdeinschätzung von Schmerzen vorgestellt werden. Dieses Kapitel erhebt dadurch auch nicht den Anspruch einer vollständigen Darstellung aller Instrumente sondern soll vielmehr eine Auseinandersetzung mit ausgewählten Methoden darstellen. Die Instrumente sind zur Ansicht im Anhang zu finden.

3.5.2.1 Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

Bei der Skala zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz handelt es sich um eine deutsche Übersetzung des Instruments **„Pain Assessment in Advanced Dementia“** (PAINAD) von Warden et al. aus dem Jahr 2003. Die Autoren entwickelten nach ausführlicher Literaturrecherche ein Instrument, welches die Erfassung von insgesamt fünf Verhaltensweisen ermöglicht. Laut Aussagen der Forscher und Forscherinnen müssten folgende Dimensionen für eine adäquate Beobachtung herangezogen werden: die Atmung, negative Lautäußerungen, der Gesichtsausdruck, die Körpersprache sowie die Reaktion der Personen auf Tröstung. Dieses Instrument bezieht seine Erkenntnisse ausschließlich über beobachtbares Verhalten. Urteile über Änderungen von Verhaltensweisen, der Kognitionen oder sozialen Interaktionen werden hierbei nicht zur Beobachtung herangezogen. Analog zur Numeric Rating Scale wird eine Wertspanne von 0-10 festgelegt um das Schmerzverhalten der Patienten/Patientinnen zu quantifizieren. Diese Skala wurde von den Autoren Basler et al. ins Deutsche übersetzt. Jeder der oben genannten Kategorie wurde ein Wert von 0-2 zugeordnet. In Summe ergibt sich demnach ein Schmerzscore zwischen 0 und 10 wobei der Wert „0“ für keinen Schmerz und „10“ für stärkste vorstellbare Schmerzen angenommen wird. Basler et al. kommen nach einer ausführlichen Untersuchung der Skala zu dem Ergebnis, dass diese valide ist und tatsächlich Schmerz misst. Die Skala wird von den Anwendern gut aufgenommen weshalb sie von den Autoren für die Verwendung bei Personen, welche verbal nicht kommunikationsfähig sind, empfohlen wird (vgl. Basler et al., 2006, 519ff). Diese Einschätzung lässt sich auch bei der Bewertung des Instruments durch Smith finden (vgl. Smith, 2005, S. 109).

3.5.2.2 L`échelle Comportementale pour Personnes Agés

Diese Skala (ECPA) wurde von Alix et al. entwickelt und ist sowohl in Französisch als auch in Deutsch verfügbar. Sie enthält 3 Dimensionen und insgesamt 11 Items. Als Schmerzscore ergibt sich ein Wert zwischen 0 (kein Schmerz) und 44 (maximaler Schmerz).

Die Dimensionen umfassen:

Dimension 1: Beobachtungen außerhalb der Pflege. Zu den Items der Dimension 1 zählen: verbale Äußerungen, der Gesichtsausdruck sowie spontane Ruhehaltung.

Dimension 2: Beobachtungen während der Pflege. Diese beinhaltet Items zu ängstlicher Abwehr während der Pflege, Reaktion bei der Mobilisation sowie während der Berührung von schmerzhaften Zonen und verbale Äußerungen während der Pflege.

Dimension 3: Auswirkungen auf die Aktivität. Zu den Items dieser Dimension zählen Auswirkungen der Schmerzen auf Appetit, Schlaf, Bewegung sowie die Kommunikation.

Diese Skala hat sich aus einer Schmerzbeobachtungsskala für Kinder entwickelt, welche für den Gebrauch bei älteren Menschen adaptiert wurde (vgl. Zwakhalen et al., 2006, S. 8). Aufgrund der guten Erfahrungen aus der Praxis mit diesem Instrument wird die Verwendung des ECPA-Bogens bei älteren Patienten und Patientinnen von Kunz, Schwermann und Münch empfohlen (vgl. Schwermann, 2008, S. 34). Eine deutsche Version des Beobachtungsinstruments wurde von Kunz 2000 erarbeitet. (vgl. Kunz, 2002) Der Gesamtschmerzscore reicht von 0 = kein Schmerz bis 44 = maximaler Schmerz (vgl. Pipam, 2005, S. 173).

3.5.2.3 Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

Dieses Instrument wurde von kanadischen Forschern und Forscherinnen entwickelt und beinhaltet die Erfassung von allgemeinem und subtilerem Schmerzverhalten. Es beinhaltet eine Checkliste mit vier Unterskalen:

- Gesichtsausdruck
- Aktivität und körperliche Bewegungen
- Soziales/Charakter/Stimmung
- physiologische Merkmale/Veränderungen des Essens- und Schlafverhaltens sowie verbales Verhalten)

und insgesamt 60 Items.

Insgesamt ergibt sich ein Schmerzscore zwischen 0 und 60. Laut Herr et al. benötigt die Erhebung mit diesem Instrument nur wenig Zeit und erscheint in der Handhabung sehr einfach. (vgl. Herr et al., 2006, S. 184f) Ergebnisse von Zwakhalen et al. belegen andere Erfahrungen aus der Praxis. So würden die Pflegepersonen die Erhebung der Schmerzen an Hand einer 60-Item-Skala zu aufwendig empfinden. Aus diesem Grund wurde in Holland eine verkürzte Checkliste mit 24 Items entwickelt (vgl. Zwakhalen et al., 2007, S. 493).

3.5.2.4 DOLOPLUS 2

DOLOPLUS 2 wurde 1992 von Wary et al. entwickelt und ist ebenfalls ein multidimensionales Schmerzerfassungsinstrument, welches speziell für die Beobachtung non-verbaler älterer Menschen geeignet ist. Diese Skala besteht aus 3 Dimensionen (somatische Schmerzreaktionen/ psychomotorische Reaktionen und psychosoziale Reaktionen) zu insgesamt 10 Items. Hierbei wird das Verhalten der Patienten/Patientinnen in 10 verschiedenen Situationen, welche Schmerzen verursachen können, erhoben. Jedes Item hat eine Schmerzausprägung von 0 bis 3, wodurch sich ein Schmerzscore zwischen 0 und 30 ergibt. Ab einem Score von 5

ist anzunehmen, dass der Patient, die Patientin Schmerzen hat. Zusätzlich zum Fragebogen gibt es noch ein Lexikon sowie Instruktionen für die Benutzung des Instruments. (Siehe Anhang) (vgl. Van Herk et al., 2007, S. 40). Die Handhabbarkeit wird von den Entwicklern der Skala als einfach angesehen, was wiederum von verschiedenen Forschern und Forscherinnen hinterfragt und bezweifelt wird. So sind laut Zwakhalen et al. Schwierigkeiten bei der Interpretation einzelner Items sehr wahrscheinlich (vgl. Zwakhalen et al., 2006, S. 15). Im Vergleich der Schmerzeinschätzung mit DOLOPLUS 2 gegenüber anderen Selbsterfassungsinstrumenten ergaben sich laut Pautex nur moderate Korrelationen (vgl. Pautex et al. 2006, S. 1042).

3.5.3 Ergänzende Erhebungsinstrumente in der Geriatrie

Neben den Instrumenten zur Erfassung von Schmerzen ist es gerade in der Geriatrie hilfreich sich noch weiterer Erhebungstools zu bedienen. Da ältere Menschen mit Schmerzen auch zunehmend an Depressionen und Demenz leiden, sollte gerade auf diese Aspekte großes Augenmerk gelegt werden. Im Folgenden sollen ein paar dieser ergänzenden Erhebungsmöglichkeiten dargestellt werden.

3.5.3.1 Geriatric Depression Scale

Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, erkranken oftmals auch an einer Depression. Dieser Umstand wirkt sich sehr ungünstig auf die Prognose des weiteren Schmerzverlaufes und der Lebensqualität der Patienten/Patientinnen aus. Eine unerkannte und unbehandelte Depression kann zu mentalen, physischen und sozialen Einschränkungen und Beeinträchtigungen führen und in einigen Fällen letztlich in Suizid enden. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, eine vorliegende Depression ehest bald zu erkennen und zu behandeln, um eine Verschlechterung des Zustandes zu verhindern. Eine Möglichkeit, Depressionen bei älteren Menschen zu identifizieren, bildet die Geriatric Depression Scale von

Yesavage et al. Ursprünglich handelte es sich um einen Fragebogen mit 30 Items welche mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten waren. 1986 wurde eine Kurzform der Geriatric Depression Scale mit 15 Items aus jenen Fragen, welche höchste Korrelation mit Depressionssymptomen aufwiesen, entwickelt. Ein Ergebniswert von 0 bis 4 wird als unauffällig angesehen. Zwischen den Werten 5 und 8 liegt eine „milde“, zwischen 9 und 11 eine „moderate“ und zwischen 12 und 15 eine „schwere“ Depression vor. Der Fragebogen kann bei Personen bis zu einem moderaten Schweregrad der Demenz angewendet werden. Ab einem Wert von 5 wird zu detaillierten und weiteren psychologischen Assessments geraten (vgl. Kurlowicz/Greenberg, 2007, o.S.).

3.5.3.2 Discomfort Scale for Patients with Dementia of the Alzheimer Type

1992 wurde dieses Beobachtungsinstrument von Hurley et al. entwickelt und basiert auf einer 5-minütigen Beobachtung eines Menschen mit Demenz des Alzheimer Typs. Insgesamt werden neun Indikatoren des Verhaltens zur Identifizierung von Unbehagen des Patienten, der Patientin herangezogen. Hierzu zählen: lautes Atmen, negative Vokalisierungen, angespannte oder entspannte Körperhaltung, zufriedener oder trauriger/ängstlicher Gesichtsausdruck, Stirnrunzeln sowie unruhiges Zappeln (vgl. Brown, 2004, S. 83). Jedem Item wird ein Score von 0 bis 3 zugeordnet wodurch ein Gesamtscore zwischen 0 und 27 entsteht.

3.5.3.3 Mini Mental State Examination

Im Laufe dieses Kapitels wurde dieses Erhebungsinstrument bereits im Zusammenhang mit der Feststellung des Schweregrades einer Demenz genannt. Nun sollen noch einige Details zu diesem Instrument dargestellt werden. Mit diesem Instrument kann der mentale Status einer Person

systematisch und gründlich erfasst werden. Es umfasst elf Fragen durch deren Beantwortung insgesamt 5 Bereiche von kognitiven Funktionen bewertet werden können. Dies sind: Orientierung, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Rechnen, Wiedergabe und Sprache. Der maximale Score beträgt 30 wobei ab einem Wert von 23 oder darunter von einer kognitiven Beeinträchtigung ausgegangen werden muss. Die Durchführung des Tests dauert ca. zehn Minuten und eignet sich für die routinemäßige Anwendung. Dennoch ist zu bedenken, dass dieses Instrument nicht dafür geeignet ist die Gründe für die veränderte kognitive Funktion zu identifizieren. Demnach würden auch schlechte Sprachkenntnisse oder Einschränkungen des Sehens und des Hörens zu niedrigen MMSE-Werten führen
(vgl. Kurlowicz/Wallace, 1999, o.S.). Das ursprünglich von Folstein et al. 1975 entwickelte Instrument wurde 1987 von Teng und Chui modifiziert um eine größere Bandbereite von kognitiven Funktionen zu erhalten. Diese Version ist in der Literatur unter dem Begriff 3Ms zu finden. Bei diesem Test wird auch berücksichtigt, ob Fragen teilweise oder fast richtig beantwortet wurden. Dadurch entsteht ein Gesamtscore zwischen 0 und 100 wobei ab einem Wert von 77 bzw. darunter von einer kognitiven Beeinträchtigung ausgegangen werden muss (vgl. Fisher et al., 2006, S. 84).

3.6 Implikationen

Die Unterbehandlung von Schmerzen bei geriatrischen Patienten/Patientinnen und insbesondere bei Personen mit fortgeschrittener Demenz stellt ein großes Problem dar. An Hand verschiedenster wissenschaftlicher Quellen konnte gezeigt werden, dass die Pflegepersonen eine besonders wichtige Rolle im Umgang mit Schmerzen haben. Diese sind vor große Herausforderungen bei der Erfassung und Quantifizierung von Schmerzen ihrer

Patienten/Patientinnen gestellt. Verschiedenste Hemmnisse von Seiten der Patienten/Patientinnen und auch seitens der Pflegenden verhindern die adäquate Schmerzerfassung und letztlich ausreichendes Schmerzmanagement. Während die erschwerenden Aspekte, welche von den Patienten/Patientinnen ausgehen, den Pflegenden bekannt sind, zeigt die Literatur, dass die Hemmnisse von Seiten der Pflegepersonen diesen meist nicht bewusst sind. Es konnte jedoch dargestellt werden, welche positiven Effekte entsprechende Schulungen auf die Schmerzerfassung in der Geriatrie haben. Daraus lässt sich schließen, dass unzureichende Schmerzerfassung eher durch organisatorische und führungstechnische Aspekte in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen entstehen. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, in den entsprechenden Einrichtungen Bewusstsein für diese Problematik zu schaffen und dieser mit entsprechenden Schulungsmaßnahmen entgegenzuwirken. Pflegepersonen müssen entsprechende zeitliche und strukturelle Ressourcen erhalten, um die große Herausforderung der Schmerzerfassung bei älteren Menschen meistern zu können. Gerade die Beobachtung von dementen Menschen benötigt Zeit und Ruhe und dies sind Aspekte, die im pflegerischen Alltag meist nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.

2005 entwickelte das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege einen Expertenstandard zum Thema „Schmerzmanagement“. Dieser enthält sowohl Implikationen für die Pflegepersonen als auch für die Organisation. So muss beispielsweise von der jeweiligen Einrichtung sichergestellt werden, dass entsprechende Schmerzeinschätzungs- und Dokumentationsinstrumente für die Pflegepersonen zur Verfügung gestellt werden. Diese müssen wiederum in regelmäßigen Abständen den aktuellen Schmerzstatus der Patienten/Patientinnen erheben und ab einem Schmerzwert von ≥ 3 entsprechende Maßnahmen setzen. Laut diesem Expertenstandard haben die Pflegenden zudem großen Anteil an der Umsetzung und Überprüfung der vorgeschriebenen Schmerztherapie (Details hierzu siehe Anhang).

Den ersten und wichtigsten Prozessschritt im Umgang mit Schmerzen stellt die Schmerzerfassung dar, welche wiederum über das Gelingen des Schmerzmanagements entscheidet und in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden kann.

4 EXPERTINNENINTERVIEWS

Bei den durchgeführten Interviews handelt es sich um leitfadengestützte Experteninterviews. Die Durchführung dieser Art von Interviews ist dann empfehlenswert, wenn konkrete Aussagen zu einem Gegenstand das Ziel der Erhebung sind. Leitfadeninterviews sind durch die Verwendung eines Leitfadens mit offenen Fragestellungen gekennzeichnet. Der Einsatz des Leitfadens erhöht einerseits die Vergleichbarkeit der Daten und andererseits gewinnen diese an Struktur. Der Leitfaden kann als Orientierungshilfe gesehen werden welcher verhindert, dass wichtige Aspekte der Forschungsfrage während des Interviews verloren gehen (vgl. Flick, 1999, S. 112 ff zit. nach Mayer, 2008, S. 36).

Experteninterviews beziehen sich auf einen klar definierten Ausschnitt der Wirklichkeit wobei der Leitfaden das Thema festlegt und Abweichungen von diesem im Gesprächsverlauf verhindert (vgl. Mayer, 2008, S. 37). Der Leitfaden eines Experteninterviews besteht in der Regel aus Sachfragen, welche sich aus dem Forschungsinteresse ableiten (vgl Przyborski/ Wohlrab-Sahr, 2008, S. 131).

4.1 Vorgehensweise

Im Vorfeld der Interviews wurde Literaturrecherche zu den Themen Schmerz, Schmerzerfassung und Schmerzmanagement betrieben. Im weiteren Verlauf wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt um die wichtigsten Aspekte zum Umgang mit Schmerzen erheben zu können. Dabei entwickelten sich folgende Schwerpunkte:

- Allgemeines zur Station

  Als Einstieg in das Gespräch wurden zunächst allgemeine Informationen über die Station erfragt. Hierbei war es das Ziel zu erheben, welches Patientengut sich auf der Station befindet. Sind eher junge oder ältere Patienten und Patientinnen anzutreffen? Handelt es

sich um Patienten und Patientinnen nach einer Operation? Zudem wurde weiters erfasst, welche Wichtigkeit das Thema „Schmerz“ auf der Station hat. Handelt es sich um eine Station, auf der Schmerzen ein großes Thema sind oder sind Personen mit Schmerzen eher die Ausnahme?

- Zuständigkeiten und Aufgabenteilung im Umgang mit Schmerz

Die Intention dieses Fragekomplexes war es zu erfassen, welche Berufsgruppen mit dem Thema „Schmerz“ konfrontiert sind. Welche Berufsgruppen sind in welchem Ausmaß für bestimmte Schritte im Prozess „Umgang mit Schmerz“ zuständig? Ziel war es vor allem aber aufzuzeigen, welche Rolle den Pflegenden im Umgang mit Schmerz zukommt und in welchem Ausmaß sie mit dem Thema konfrontiert sind.

- Umgang mit Schmerz

Die Frage nach dem Umgang mit Schmerzen hatte zum Ziel mehr über den eigentlichen Prozess des Schmerzmanagements herauszufinden. Dadurch sollten vor allem Abläufe, Standards und Prozesse dargestellt werden.

- Schmerzerfassung

Schwerpunkt dieses Komplexes war es herauszufinden, ob Instrumente zur Schmerzerfassung auf der Station verwendet wurden. Weiters sollten die Erfahrungen mit den jeweiligen Schmerzerfassungsinstrumenten erfasst werden.

- Schmerzdokumentation

Die Fragestellung nach der aktuellen Vorgehensweise bei der Schmerzdokumentation war ebenso Ziel dieser Fragestellung wie die Erfassung der jeweiligen Erfahrungen damit.

Zu jedem der genannten thematischen Schwerpunkte wurden Unterfragen entwickelt. Letztlich bestand der Interviewleitfaden aus 18 Fragen. (Der gesamte Leitfaden der Expertenbefragung kann dem Anhang entnommen werden.)

Im Zeitraum von April bis Juni 2007 wurden 17 Interviews mit 19 Interviewpartnerinnen geführt. Die Stationsleitungen mehrerer interner Stationen wollten das Interview gemeinsam (zu dritt) durchführen. Ziel der Experteninterviews war es zu erfassen, wie in diesem Krankenhaus mit Schmerzen von Seiten der Pflegenden umgegangen wird. Um ein umfassendes Bild zu erhalten wurden die Stationsleitungen aller Stationen des Krankenhauses interviewt. Diese wurden über die zuständige Pflegedirektion informiert und auf diese Art und Weise wurden Termine für die Interviews vereinbart.

Nach der Terminvereinbarung mit den jeweiligen Stationsleitungen wurden die Interviews auf den jeweiligen Stationen geführt. Jede Interviewpartnerin wurde vor Beginn des Gespräches gefragt, ob sie einer Tonbandaufzeichnung zustimmen würde. Es wurde den Gesprächspartnerinnen Anonymität zugesichert und sie wurden darüber informiert, dass die Tonbandaufnahmen nur dazu verwendet werden, das Gespräch genau wiedergeben zu können. Alle Gesprächspartnerinnen stimmten daraufhin einer Aufzeichnung zu. Die Interviews fanden meist in Besprechungszimmern der jeweiligen Station statt. Dabei gab es immer wieder Störungen auf Grund des allgemeinen Betriebes und durch Kollegen und Kolleginnen. Aus diesem Grund mussten die Interviews teilweise unterbrochen werden. Obwohl alle Gesprächspartnerinnen mit demselben Interviewleitfaden befragt wurden, gab es starke Variationen der Gesprächsdauer. So gab es ein Interview mit einer Dauer von zehn Minuten während ein anderes Gespräch über 90 Minuten geführt wurde. Im Anschluss an jedes Interview wurde ein leeres Formular für die Schmerzdokumentation auf der jeweiligen Station mitgenommen. Dies

ermöglichte später einen Überblick über die verschiedenen Dokumentationsformulare des Krankenhauses zu bekommen.

Im Anschluss an das Gespräch wurde mit den Stationsleitungen folgende Vorgehensweise ausgemacht: Die Transkripte der Interviews wurden nach Fertigstellung wieder an die jeweilige Stationsleitung zurückgehen. Somit hatte diese die Möglichkeit zu sehen, ob die Niederschrift dem während des Interviews Gesagtem entsprach. Dadurch ergab sich eine zweifache Absicherung: Einerseits konnte die Interviewpartnerin überprüfen, ob ihre Angaben richtig verstanden und dargestellt wurden, andererseits diente diese Überprüfung als Absicherung der Ergebnisse für die Interviewerin. Nachdem die Interviewpartnerinnen die Niederschrift des Gesprächs erhalten hatten wurde ein Zeitraum von zwei Wochen vereinbart. Innerhalb dieser Zeit konnten die Transkripte gelesen und der Wunsch nach Änderungen oder Klarstellungen geäußert werden. Gab es innerhalb der zwei Wochen keine Änderungswünsche bzw. keine weitere Rückmeldung der Stationsleitungen so wurden die Niederschriften als gültig angenommen und wurden weiter bearbeitet.

4.2 Auswertung der Interviews

Im Folgenden soll eine kurze Beschreibung der Vorgehensweise bei der Bearbeitung der Interviews gegeben werden.

Zunächst wurden die Interviews an Hand der Tonbandaufzeichnungen niedergeschrieben. Da in Hinblick auf die Auswertung eine reine Inhaltsanalyse angestrebt wurde, fand keine wörtliche Transkription statt. Weiters wurde auf die Anmerkung von Unterbrechungen, Pausen, Lachen usw. von Seiten der Interviewpartnerin verzichtet, da diese für die Auswertung als nicht relevant erachtet wurden. Falls Aussagen besonders betont oder sehr leise gesprochen wurden, erfolgte ein Vermerk innerhalb des Transkriptes.

Für die Auswertung der Interviews wurde ein interpretativ-reduktives Verfahren verwendet. Bei dieser Art der Auswertung erfolgt eine Beschränkung auf die Ebene des Textes (darauf, was während des Interviews gesagt wurde) und es wird von einem deskriptiven Verfahren gesprochen. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer Reduktion und Paraphrasierung des Textes. Anschließend erfolgt die Bildung von Kategorien welche letztlich miteinander verknüpft werden (vgl. Mayer, 2002, S.38).

Im konkreten Fall erfolgte die Bildung der Kategorien analog zu den Fragen des Interviewleitfadens. Die Inhalte wurden nach der Transkription den jeweiligen Fragen zugeordnet. Somit handelte es sich um eine Analyse nach Fragen. Diese Vorgehensweise eignet sich gerade bei halbstrukturierten Leitfadeninterviews, da sich der verwendete Leitfaden aus konkreten Themen zusammensetzt, welche sich in den Interviewfragen widerspiegeln. Die Antworten und Inhalte der Interviews beziehen sich auch auf die vorher definierten Schwerpunkte, wodurch diese die Hauptkategorien für die Auswertung bilden. Nach dem Vertrautmachen mit dem Text werden einzelne Textaussagen den Hauptkategorien zugeordnet. Daraufhin werden diese Stellen stichwortartig in ein Raster eingetragen. Anschließend kann die Bildung von Unterkategorien erfolgen Diese Vorgehensweise erfolgt bei jedem Interview (vgl. Morse, 1998 zit. nach Mayer, 2002, S. 39f). Analog zur beschriebenen Methode wurden die Interviews zunächst hinsichtlich der Hauptthemen des Leitfadens ausgewertet. Danach wurden Unterkategorien gebildet und ein Raster erstellt. Insgesamt ergaben sich 13 Themen, welche sich allesamt aus dem Interviewleitfaden entnehmen ließen: Patienten und Patientinnen auf der Station/Bedeutung des Themas Schmerz auf der Station/Zuständigkeit im Umgang mit Schmerzen/Wissen, dass für den Umgang mit Schmerzen nötig ist/Bedarf an Schulungen/Umgang mit Schmerzen/Schmerzerhebung/Verwendung von Instrumenten/Erfahrungen mit der Vorgehensweise/ Schmerzdokumentation /Erfahrungen mit der Schmerzdokumentation/

Herausforderungen und Schwierigkeiten im Umgang mit Schmerzen/Wünsche und Anregungen von Seiten der Pflegenden im Umgang mit Schmerzen.

Mit Hilfe des Rasters konnten Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen Stationen entnommen und die Ergebnisse anschaulich dargestellt werden.

4.3 Darstellung der Ergebnisse

Einleitend ist zu erwähnen, dass zum Zeitpunkt der Interviews bereits einige Änderungen im Bereich Schmerzerfassung und Schmerzdokumentation geplant waren. Die vorliegenden Ergebnisse repräsentieren den Stand vom April 2007 und werden in manchen Aspekten von der aktuellen Vorgehensweise mancher Stationen abweichen.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse der Befragung wiedergegeben werden.

4.3.1 Relevanz des Themas Schmerz auf der Station

Insgesamt gaben 16 der 19 befragten Stationsleitungen an, dass Schmerz auf ihrer Station ein sehr wichtiges bis wichtiges Thema sei. Auf einer Station, auf welcher sich hauptsächlich Patienten und Patientinnen mit Lungenerkrankungen befanden, spielte Schmerz eher eine untergeordnete Rolle. Schmerzen der Patienten und Patientinnen standen hier meist nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Aufnahmediagnose. Eine Stationsleitung gab an, dass sich viele ihrer Patienten/Patientinnen im Tiefschlaf befinden würden wodurch Schmerz nur bei wachen Patienten und Patientinnen ein Thema war.

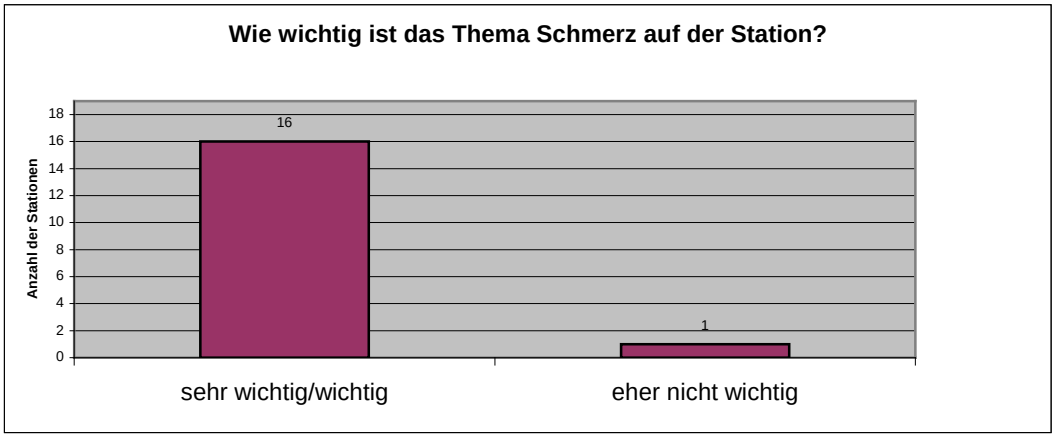


Abbildung 1: Relevanz des Themas Schmerz auf der Station

4.3.2 Zuständigkeiten im Umgang mit Schmerzen

Die Aufgabenbereiche im Zusammenhang mit dem Thema Schmerz waren auf den einzelnen Stationen sehr klar zwischen Ärzten und Pflegepersonen aufgeteilt. Pflegepersonen nehmen im Schmerzmanagement eine sehr wichtige Rolle ein. So sind sie meist die ersten Ansprechpartner bei Schmerzen der Patienten/Patientinnen. Pflegende erkennen durch den engen Patientenkontakt und Beobachtung, ob ein Patient, eine Patientin Schmerzen hat, auch wenn dieser/diese sie nicht selbstständig äußert. Diese Informationen werden an den zuständigen Arzt weitergegeben und eine entsprechende Schmerztherapie eingeleitet. Nachdem die Ärzte eine Schmerzmedikation verordnet haben, wird diese von den Pflegepersonen verabreicht und dokumentiert. Je nach Station wird in bestimmten Abständen (nach der Schmerzmittelgabe) erneut nach den Schmerzen des Patienten, der Patientin gefragt.

Zusammenfassend konnten an Hand der verschiedenen Interviews folgende Aufgaben der Pflegepersonen im Umgang mit Schmerzen identifiziert werden: Pflegende spielen vor allem bei der Schmerzerfassung und Wahrnehmung der Schmerzen eine große Rolle.

Gerade bei älteren, verwirrten, nicht ansprechbaren Patienten/Patientinnen aber auch Kindern sind es die Pflegenden, welche die Schmerzen der Patienten/Patientinnen wahrnehmen. Pflegende sind meist die ersten Ansprechpartner für Patienten/Patientinnen wenn diese Schmerzen haben. Pflegepersonen beobachten die Schmerzen der Patienten/Patientinnen und schätzen deren Schmerzstärke ein. Sie sind weiters eine wichtige Verbindungsstelle zwischen Patient/Patientin und Arzt bzw. Ärztin und informieren diese über die Schmerzen der Patienten/Patientinnen. Weiters sind sie für die Verabreichung der Schmerzmedikation verantwortlich. Zusätzlich übernehmen sie eine wichtige Rolle bei der Weitergabe von Informationen über Schmerzen und die Schmerzmedikation an die Patienten/Patientinnen. Pflegende dokumentieren Schmerzen, die Verabreichung von Schmerzmitteln, die Wirksamkeit der Schmerzmittel sowie den Schmerzverlauf. Auch die Evaluation der Wirksamkeit von Schmerzen fällt in den Aufgabenbereich von Pflegepersonen. Aus diesem Grund sind es auch die Pflegenden, die Ärzte auf mangelnde bzw. unzureichende Schmerzmedikation aufmerksam machen.

4.3.3 Standards im Umgang mit Schmerzen

Die Frage nach bestimmten Abläufen für den Umgang mit Schmerzen brachte folgende Ergebnisse: Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Aufgabengebiet der Station und der Verwendung von Leitlinien/Standards in der Schmerztherapie. So hat sich gezeigt, dass alle Stationen mit chirurgischen Patienten/Patientinnen bestimmte Leitlinien (abhängig von der Operation) für die postoperative Schmerzmedikation verwenden. Auf Stationen mit anderen Patienten/Patientinnen (keine chirurgischen Patienten/Patientinnen) wird die Schmerztherapie individuell und im Bedarfsfall vom Arzt verordnet.

Insgesamt werden auf 10 der befragten Stationen Standards/Leitlinien für die Schmerztherapie verwendet. Diese werden meist von einem Ärzteteam festgelegt und gelten für bestimmte Operationen. Auf 15 Stationen wird die Schmerztherapie individuell von den Ärzten verordnet. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Das bedeutet in diesem Fall, es gibt Stationen wo gleichzeitig Schmerzstandards verwendet werden, die Schmerztherapie aber auch individuell vorgeschrieben werden kann.

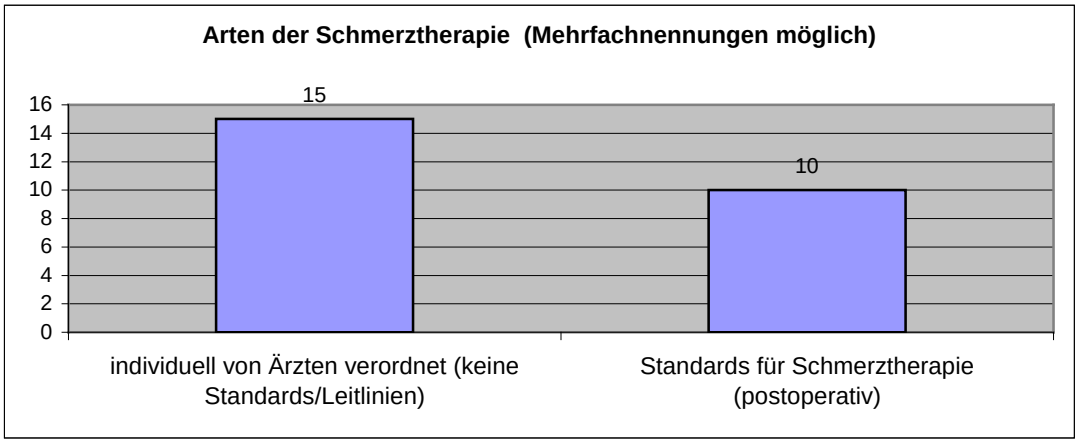


Abbildung 2: Arten der Schmerztherapie auf der Station

4.3.4 Zeitpunkt der Schmerzerfassung

Die Schmerzerfassung auf den einzelnen Stationen stellte einen Schwerpunkt der Befragung dar. Zunächst soll gezeigt werden, wann Schmerzen der Patienten/Patientinnen auf den verschiedenen Stationen erhoben werden.

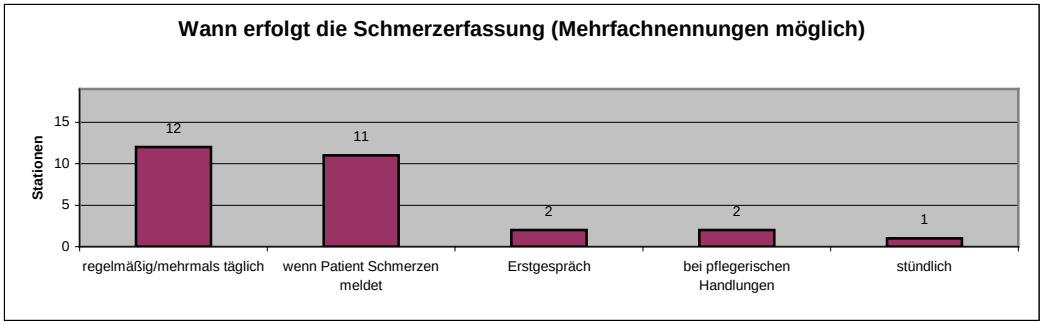


Abbildung 3: Zeitpunkt der Schmerzerfassung

Auch bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Auf zwölf der insgesamt 19 Stationen wird mehrmals täglich und in regelmäßigen Abständen nach Schmerzen der Patienten/Patientinnen gefragt. Meist von den Pflegepersonen, in einigen Fällen auch von den Ärzten während der Visite. Gleichzeitig zu einer regelmäßigen Schmerzerfassung werden Patienten/Patientinnen auch im Rahmen von pflegerischen Handlungen nach Schmerzen befragt. Auf elf Stationen werden Schmerzen zusätzlich von den Patienten/Patientinnen selbst gemeldet. Hierbei ist hinzuzufügen, dass die Pflegenden diese immer wieder dazu auffordern ihre Schmerzen selbstständig und rechtzeitig zu melden. Zwei der befragten Stationen erfassen den Schmerzstand eines neuen Patienten, einer neuen Patientin gleich beim pflegerischen Erstgespräch. Die stündliche Erfassung von Schmerzen erfolgt auf einer Intensivstation, im Rahmen der Prüfung der wichtigsten Parameter.

4.3.5 Verwendung von Instrumenten für die Schmerzerfassung

Im Zusammenhang mit der Schmerzerfassung stellte sich auch die Frage, ob die verschiedenen Stationen dabei Instrumente verwenden.

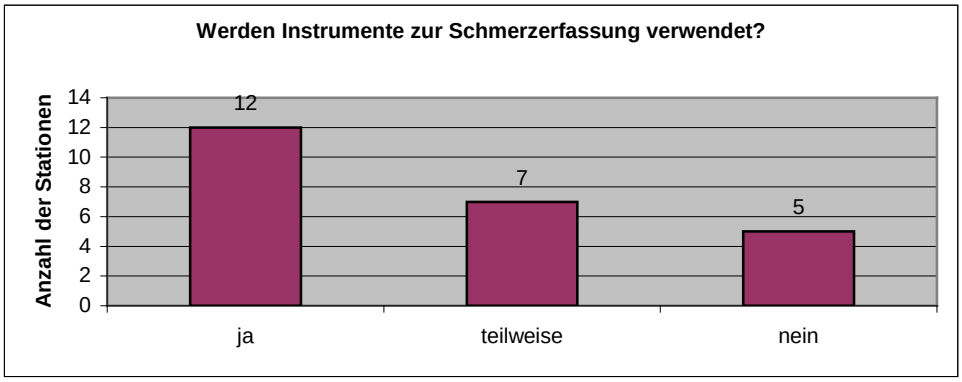


Abbildung 4: Verwendung von Instrumenten zur Schmerzerfassung

Zwölf der befragten Stationsleitungen gaben an, verschiedene Instrumente zur Schmerzerfassung zu verwenden. Auf sieben Stationen werden teilweise Skalen zur Schmerzerfassung verwendet. (Diese Stationen sind auch unter der Säule „ja“ erfasst.) Teilweise bedeutet, dies dass nur bestimmten Patienten/Patientinnen (Schmerzpatienten/-patientinnen, Patienten/Patientinnen mit Elastomerpumpe) mit Schmerzskalen nach Schmerzen gefragt werden und andere nicht. Eine Station plante zum Zeitpunkt des Interviews die Einführung einer Schmerzskala (VAS) zur Schmerzerfassung. Im gesamten Krankenhaus wurden folgende Instrumente für die Schmerzerfassung verwendet:

Die NRS (Numeric Rating Scale), ein Instrument zur wertmäßigen Schmerzerfassung (Schmerzwert von 0-10 oder 1-10) sowie die VAS (Visual Analog Scale) machen den Großteil der verwendeten Instrumente

aus. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich. So werden auf machen Stationen auch Skalen zur verbalen Einschätzung von Schmerzen (Verbal Rating Scale = z.B.: leichte-mittlere-schwere Schmerzen) und Skalen mit Gesichtern (Faces Pain Scale) verwendet. Wie Schmerzen erhoben werden hängt von den Gegebenheiten der Station und den Fähigkeiten der einzelnen Patienten/Patientinnen ab. Das bedeutet, ob die Stationen überhaupt eine Schmerzskala zur Verfügung haben beziehungsweise die Patienten/Patientinnen mit dieser umgehen können.

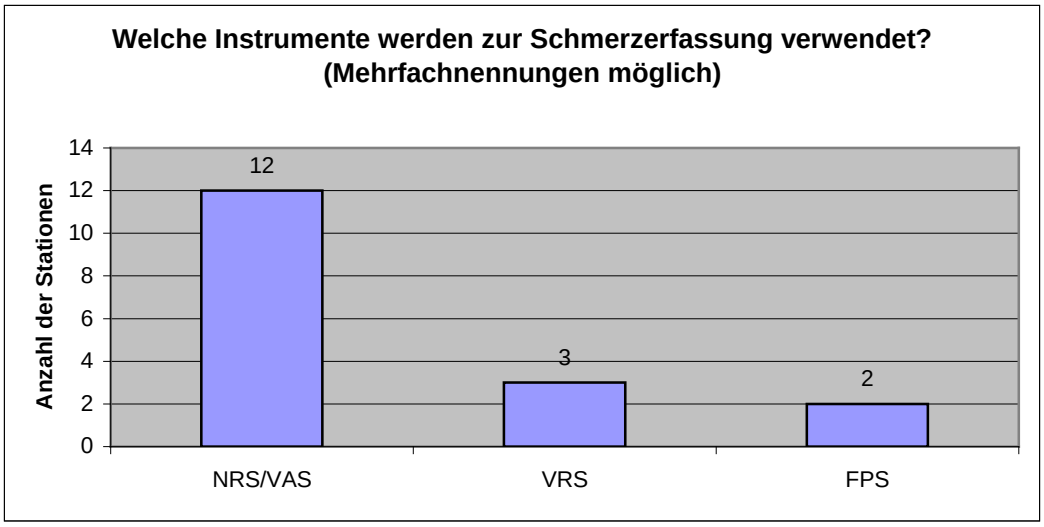


Abbildung 5: Art der Instrumente zur Schmerzerfassung

4.3.6 Erfahrungen mit der Schmerzerfassung

Die Erfahrungen der einzelnen Stationsleitungen mit der Vorgehensweise bei der Schmerzerfassung sind sehr unterschiedlich. Acht der zwölf Stationsleitungen, welche Instrumente zur Schmerzerfassung verwenden, gaben an, mit der Vorgehensweise gute Erfahrungen gemacht zu haben. Auf drei der fünf Stationen ohne Schmerzerfassungsinstrumente wurden die Erfahrungen ebenfalls als gut und praxistauglich beschrieben. Fünf

Stationsleitungen gaben an, dass Schmerzskalen von den Patienten/Patientinnen schlecht aufgenommen werden würden. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Manchen Patienten/Patientinnen fällt es schwer ihren Schmerz einem Wert zuzuordnen. Andere Patienten/Patientinnen sehen keinen Sinn darin, Schmerzen an Werten festzumachen. Gerade bei älteren, verwirrten oder auch nicht ansprechbaren Personen stellen sich Schmerzskalen oftmals als unbrauchbar dar. Kinder haben ebenfalls häufig Probleme Schmerzen einzuschätzen und tendieren dazu, diese mit dem Wert „3“ anzugeben.

4.3.7 Schmerzdokumentation

Die Dokumentation von Schmerzen durch die Pflegepersonen erfolgte hauptsächlich im Pflegebericht.

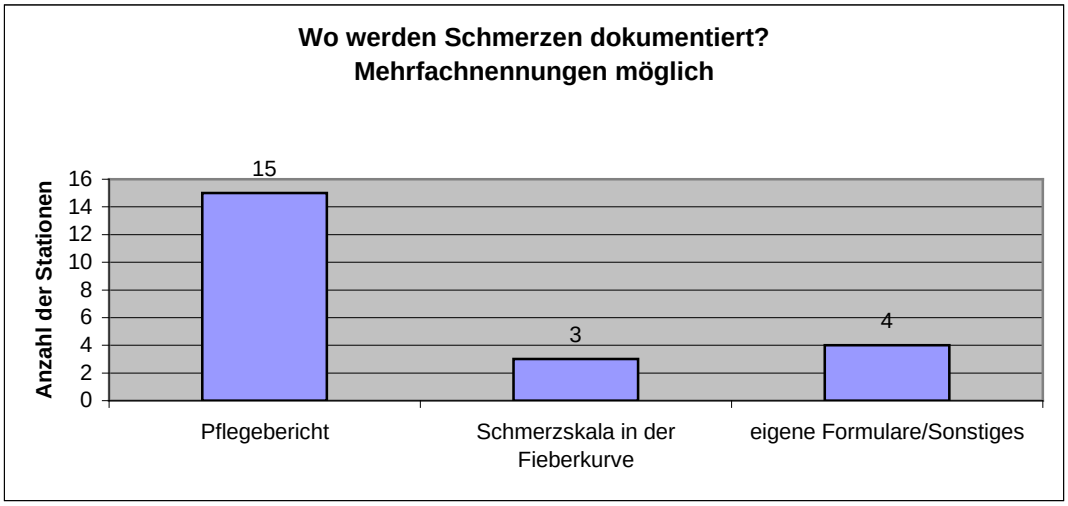


Abbildung 6: Ort der Schmerzdokumentation

Auf 15 der 19 befragten Stationen werden Schmerzen im Pflegebericht dokumentiert. Drei Stationen dokumentieren den Schmerzwert in einer eigenen Skala, die in der Fieberkurve integriert ist. Vier der Stationsleitungen gaben an, Schmerzen in eigenen

Formularen/Beiblättern zu dokumentieren. Wo bei entweder ausschließlich auf eigenen Blättern oder zusätzlich zum Pflegebericht auf eigenen Formularen dokumentiert werden konnte.

4.3.8 Erfahrungen mit der Schmerzdokumentation

Die Erfahrungen mit den unterschiedlichen Dokumentationsweisen sind sehr individuell und unterschiedlich. Elf der 15 Stationsleitungen, die Schmerzen im Pflegebericht dokumentieren, gaben an, den Schmerzverlauf und die Schmerzmittelwirksamkeit auf diese Weise gut darstellen zu können. Auf vier Stationen wird die Dokumentation der Schmerzen im Pflegebericht als unübersichtlich und keine geeignete Möglichkeit der Verlaufskontrolle gesehen. Auf einer Station werden gerade zusätzliche Formulare für die Schmerzdokumentation als „eher lästig“ empfunden. Insgesamt gab es 31 Nennungen zu dieser Frage von denen 25 als positiv zu sehen sind. Das heißt, zu einem großen Teil sind die Befragten mit der jeweiligen Vorgehensweise der Schmerzdokumentation zufrieden. Dieser Umstand ist gerade in Hinblick auf nachfolgende Änderungswünsche im Umgang mit Schmerzen interessant. Es wird sich zeigen, dass die Schmerzdokumentation den Großteil der genannten Wünsche/Anregungen für Änderungen ausmacht.

4.3.9 Herausforderungen im Umgang mit Schmerzen

Im Rahmen der Interviewauswertung wurde versucht, die größten Herausforderungen und Schwierigkeiten im Umgang mit Schmerz aufzuzeigen. Folgende Aspekte wurden von den befragten Stationsleitungen genannt:

- Schmerzdokumentation
- Schmerzerfassung
- Kommunikation mit den Ärzten
- Erreichbarkeit der Ärzte

- Verlaufskontrolle der Schmerzen
- Sensibilisierung der Pflegenden
- Objektivität bei der Schmerzerfassung
- fehlende Schmerztherapie

Die Schmerzdokumentation stellt viele Pflegende vor eine Herausforderung. So wird der Pflegebericht manchmal als ungeeignet beschrieben um den Schmerzverlauf übersichtlich darzustellen. Dies liegt auf manchen Stationen aber auch daran, dass nach der Schmerzmittelgabe nicht erneut nach Schmerzen gefragt wird. Dadurch wird der aktuelle Schmerzwert nicht dokumentiert und es ist nicht möglich den Schmerzverlauf und/oder die Wirksamkeit von Schmerzmitteln aufzuzeigen. Die Schmerzerfassung im Allgemeinen und vor allem bei speziellen Patientengruppen stellt eine weitere pflegerische Herausforderung dar. Die gängigen Instrumente zur Schmerzerfassung (VAS, NRS) sind bei manchen Personen nicht anwendbar. Gerade auf Stationen mit älteren, verwirrten und nicht ansprechbaren Patienten/Patientinnen, müssen die Pflegenden andere Kriterien zur Schmerzerfassung heranziehen. So müssen Pflegepersonen den/die Patienten/Patientin sehr genau beobachten und Änderungen in seiner/deren Mimik, Gestik und seinem Verhalten erkennen zu können und evt. Rückschlüsse auf Schmerzen zu ziehen. Hierbei ist sehr viel „Gespür“ für den Patienten, die Patientin und sehr viel Erfahrung nötig, sind sich die Befragten einig. Gerade die Objektivität bei der Schmerzerfassung/-einschätzung zu behalten, stellt Pflegende oft vor eine große Herausforderung. So geben manche Patienten/Patientinnen morgens an, während der Nacht Schmerzen zu verspüren, obwohl sie geschlafen haben. Hier ist die Dokumentation eine wichtige Absicherung für die Pflegenden, nach Schmerzen gefragt zu haben. In Extremfällen kommt es auch vor, dass erst die Gabe von Placebos zeigt, dass die angegebenen Schmerzen des Patienten, der Patientin nicht der Wahrheit entsprechen. Ebenso kommt es vor, dass Patienten/Patientinnen angeben

keine Schmerzen zu haben, obwohl diese für die Pflegenden ersichtlich sind. Patienten/Patientinnen müssten immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, wie wichtig es ist ihre Schmerzen rechtzeitig zu melden. Schmerzspitzen zu vermeiden und die Aufforderung zur selbstständigen Meldung der Schmerzen, zählt zu weiteren pflegerischen Aufgaben. Nicht nur die Kommunikation mit dem Patienten, der Patientin, auch jene mit den Ärzten und Ärztinnen, ist eine Herausforderung an die Pflege und nicht immer unproblematisch. So kommt es vor, dass Pflegende die Ärzte regelrecht um eine geeignete Schmerzmedikation für die Patienten/Patientinnen bitten müssen. Gerade wenn Personen ihre Schmerzen nicht äußern, müssen die Pflegenden die Ärzte von der Notwendigkeit einer Schmerztherapie überzeugen. Diese Schwierigkeit wurde vor allem auf internen Stationen und im Zusammenhang mit älteren Menschen genannt. Hinzu kommt, dass gerade auf chirurgischen Stationen Ärzte aber auch der Schmerzspezialist des Landesklinikums oft schwer zu erreichen sind. Laut Aussagen der Interviewpartnerinnen würde hier dann sehr viel Verantwortung bei den Pflegenden liegen. Gerade dann, wenn ein Patient, eine Patientin aus dem OP zurückkommt und noch keine Schmerzmedikation verordnet wurde. Pflegende und Ärzte für die Thematik Schmerz zu sensibilisieren sehen manche Befragte als zusätzliches Problem im Umgang mit Schmerz.

4.3.10 Wünsche und Anregungen der Pflegenden

Die Auswertung der einzelnen Interviews ermöglichte auch, einige Wünsche und Anregungen der Stationsleitungen aufzuzeigen. Tabelle 3 zeigt welche Wünsche und Anregungen von den befragten Stationsleitungen genannt wurden:

Wünsche/Anregungen	
Verbesserung der Schmerzdokumentation/Integration der Schmerzskala in die Fieberkurve	12
Änderungen in der Vorgehensweise der Schmerzerfassung (regelmäßige Schmerzerfassung/Einsatz von VAS/NRS)	11
Schaffung des Bewusstseins und Sensibilisierung für Schmerzmanagement	4

Jederzeit einen Ansprechpartner/Schmerzspezialisten zur Verfügung zu haben	3
gute Schmerztherapie/ ganzheitliches Schmerzmanagement	2
Schulungen im Bereich der Schmerztherapie	2

Tabelle 3: Wünsche und Anregungen der Stationsleitungen

Insgesamt wünschen sich zwölf der befragten Stationsleitungen eine Verbesserung der Schmerzdokumentation. Wobei elf Mal der Wunsch nach einer Integration einer Schmerzskala in die Fieberkurve kam bzw. diese Möglichkeit in Betracht gezogen wurde. Fünf Stationen arbeiten bereits mit dieser Vorgehensweise. Somit wäre für 16 von 19 Stationsleitungen die Integration einer Schmerzskala in die Fieberkurve denkbar. Auf zehn Station wurden Wünsche für Änderungen bei der Schmerzerfassung genannt. Zum einen sollten Ärzte und Pflegende mehr mit den Instrumenten zur Schmerzerfassung vertraut gemacht werden, zum anderen sollen Schmerzskalen überhaupt bzw. verstärkt eingesetzt werden. (Neueinführung und oder Anwendung auf mehrere Patienten/Patientinnen ausweiten.) Die Schaffung eines besseren Bewusstseins für Schmerzmanagement ist für insgesamt vier der Befragten ein wichtiges Anliegen. Die Pflegenden würden sich weiters wünschen, jederzeit einen Ansprechpartner für das Thema Schmerz auf der Station zu haben. Gerade auf chirurgischen Stationen ist es vormittags schwierig einen Arzt zu bekommen, so einige der Befragten. Zudem sei der Schmerzspezialist des Hauses nur ein Mal die Woche anwesend. Der Wunsch nach einer guten Schmerztherapie sowie ganzheitlichem Schmerzmanagement wurde insgesamt zwei Mal geäußert. Zusätzliche Schulung im Bereich der Schmerztherapie ist zwei der Befragten ein wichtiges Anliegen. Interessanterweise antworteten bei der Frage, ob zusätzliche Schulungen nötig wären, die Hälfte der Befragten Stationsleitungen mit „ja“. Neun Stationsleitungen meinen, dass die

Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen für den Umgang mit Schmerzen ausreichend ist.

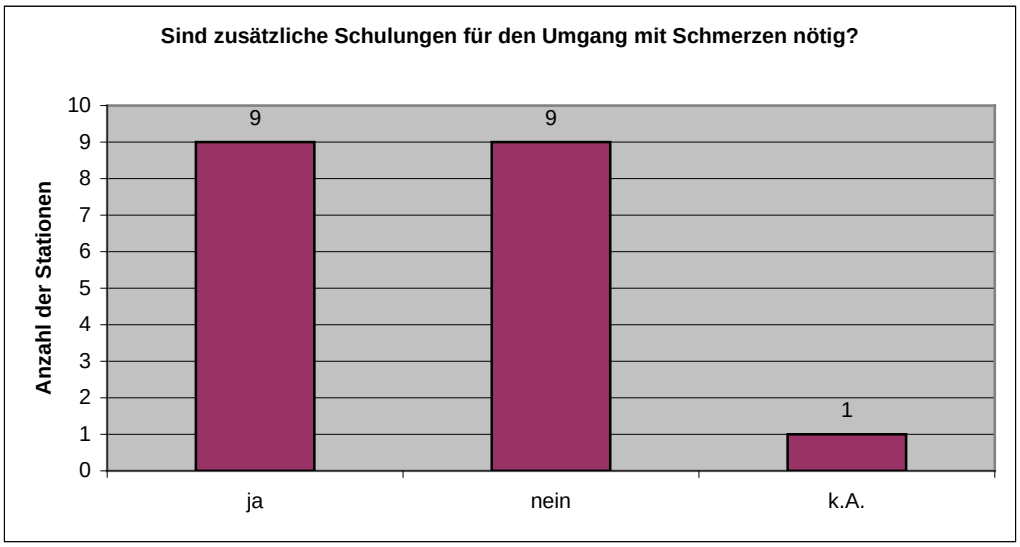


Abbildung 7: Angaben zur Notwendigkeit von Schulungen

4.4 Conclusio

Im Bereich der Schmerzerfassung und Schmerzdokumentation wurden von den Befragten sehr viele Schwierigkeiten aber auch Änderungsvorschläge/Wünsche genannt. Sehr klar ersichtlich ist der Wunsch nach einer Verbesserung der Schmerzdokumentation. Hierbei wäre vor allem die Integration einer Schmerzskala in die Fieberkurve eine denkbare Lösung. Diese würde die Vorgehensweise der Dokumentation vereinfachen und beschleunigen und zudem einen klaren Schmerzverlauf sichtbar machen. Mit einem Blick wäre für Ärzte und Pflegende sichtbar, wie sich die Schmerzen eines Patienten, einer Patientin verändert haben.

Für diese Vorgehensweise ist aber die Verwendung einer Schmerzskala zur Schmerzerfassung nötig. Nur durch die Zuordnung eines Wertes kann der Schmerz schnell dokumentiert und eine Entwicklung dargestellt werden.

Weiters würde diese geänderte Dokumentationsform bedeuten, dass nach der Schmerzmittelgabe der aktuelle Schmerzwert des Patienten, der Patientin erfragt wird. Zum Zeitpunkt der Interviews wurden auf 13 Stationen der aktuelle Schmerz nach einer Schmerzmittelgabe erneut erhoben. Von einigen Stationsleitungen wurde diese Vorgehensweise als wünschenswert bezeichnet, jedoch äußerten sie auch Bedenken bei der Umsetzbarkeit. So bleibt beispielsweise die Frage offen, wie die zusätzlichen Nachfragen (zusätzliche Arbeit) im Stationsalltag koordiniert werden können. Wie kann beispielsweise sichergestellt werden, dass ein Patient, eine Patientin nach einer gewissen Zeit erneut befragt wird und das bei mehreren Patienten, die zu unterschiedlichen Zeiten ihre Schmerzmedikation erhalten haben. Hierbei wäre ein Austausch mit jenen Stationen, die diese Vorgehensweise bereits praktizieren, sicherlich empfehlenswert. Die Verwendung von Skalen zur Schmerzerfassung stieß bei fast allen Stationsleitungen auf prinzipielle Zustimmung bzw. wurde bereits im Stationsalltag durchgeführt. Gerade im Hinblick auf den Gedanken von Evidence Based Nursing wären Skalen ein guter Ansatz für wissenschaftliche Arbeitsweise in der Pflege. Dieser Aspekt wurde von einer der befragten Stationsleitungen genannt. Trotz aller Vorteile, die Schmerzskalen mit sich bringen, wurden aber auch einige Schwierigkeiten genannt. So können Skalen bei älteren, verwirrten, dementen und nicht ansprechbaren Patienten und Patientinnen ebenso wie bei Kindern nicht verwendet werden. In diesen Fällen muss noch nach alternativen Schmerzerfassungsinstrumenten gesucht werden. In der Literatur sind hierbei Instrumente wie das ECPA-Schmerzschema zur Erfassung von Schmerzen bei alten Menschen mit stark eingeschränkter Kommunikation zu finden. Die deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. stellt einen Fragebogen zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) zur Verfügung.[7] (Details zu Schmerzerfassungsinstrumenten, welche in der Geriatrie angewendet werden können, sind Kapitel 3 zu

[7] Zu entnehmen unter: http://www.dgss.org/neu/Service.asp

entnehmen) Das Arbeitsspektrum der Pflegenden im Umgang mit Schmerzen ist sehr umfassend und durch diese Erhebung sicherlich noch nicht erschöpfend erfasst.

5 IMPLIKATIONEN

Zum Schluss dieser Arbeit soll die Verbindung zwischen Erkenntnissen aus der Theorie und Praxis (Expertinnenbefragung) dargestellt werden. Sowohl mittels der Interviews als auch an Hand der Literatur konnte belegt werden, dass Pflegende die wichtigsten Personen im Umgang mit Schmerzen sind. Sie sind in sämtliche Phasen des Schmerzmanagementprozesses eingebunden und prägen diesen wesentlich. In der Literatur wurden Hemmnisse in der Schmerzerfassung von Seiten der Patienten und Patientinnen als auch von Seiten der Pflegenden genannt. Während der Interviews wurden jedoch nur Hemmnisse durch die älteren Patienten und Patientinnen sowie durch die Berufsgruppe der Ärzte und Ärztinnen von den Befragen genannt. Auch dieser Aspekt findet sich in etlichen Studien, die davon ausgehen, dass Pflegenden ihre potentielle hemmende Rolle bei der Schmerzerfassung und Schmerzäußerung durch den Patienten, die Patientin nicht bewusst ist. Weiters belegen Studien, dass Schulungen und Weiterbildungen der Pflegepersonen sehr gute Ergebnisse in Hinblick auf die Bewusstseinsschaffung für die Problematik und die Frequenz der Schmerzerfassung bringen. Der Wunsch nach Schulungen wurde aber insgesamt nur von zwei der Befragten als Wunsch für Veränderungen genannt. Bei gezielter Nachfrage, ob Schulungen im Umgang mit Schmerzen nötig sein, antwortete jede zweite der befragten Personen mit „ja“. Dieser Umstand könnte ein Beleg dafür sein, dass Pflegende noch nicht ausreichend für die Problematik der mangelnden Schmerzerfassung und des Schmerzmanagements bei älteren Patienten und Patientinnen sensibilisiert sind. Bei der vorliegenden Diplomarbeit wurde der Fokus auf die Betrachtung der pflegerischen Seite gesetzt. Dennoch konnte an Hand der geführten Experteninterviews gezeigt werden, dass die Aufgabe der Pflegepersonen von manchen Ärzten erschwert wird. Deshalb muss auch bei der Berufsgruppe der Ärzte und Ärztinnen verstärktes Bewusstsein geschaffen werden. Am Prozess des Schmerzmanagements sind sehr viele verschiedene Berufsgruppen (Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonen,

Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, usw.) beteiligt. Aus diesem Grund kann ein patientenorientiertes und erfolgreiches Schmerzmanagement nur interdisziplinär erfolgen. Im Interesse der Patienten und Patientinnen sowie deren Lebensqualität ist es wichtig, ein gemeinsames Ziel zu verfolgen. Dennoch gaben viele der befragten Personen an, sich um Umgang und in der Behandlung von Schmerzen alleine zu fühlen und auf sich gestellt zu sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt, welcher sowohl von den Expertinnen als auch verschiedenen internationalen Forschern und Forscherinnen genannt wurde, ist die mangelhafte Eignung von gängigen Schmerzerfassungsinstrumenten bei älteren Patienten und Patientinnen. Die Pflegenden gaben an, hauptsächlich Visual Analog Scales und Numeric Rating Scales für die Schmerzerfassung zu verwenden. Weiters wurden die Ergebnisse der Anwendung dieser Instrumente bei älteren und verwirrten Menschen als eher schlecht beschrieben. Erkenntnisse aus der Literatur belegen, dass gerade ältere Menschen Probleme haben ihren Schmerz zu quantifizieren und diesen lieber mit ihren Worten beschreiben, weshalb der Einsatz von Verbal Rating Scales in jedem Fall vorzuziehen ist. Die Schmerzerfassung bei älteren und verwirrten Menschen wurde häufig als Problem im Umgang mit Schmerzen genannt und könnte durch entsprechende Kenntnisse anderer Schmerzerfassungsinstrumente in jedem Fall erleichtert werden. Viele der in der Literatur genannten möglichen alternativen Instrumente werden, gemäß der Experteninterviews, im pflegerischen Alltag noch nicht verwendet und sind teilweise auch noch nicht bekannt. Auch dieser Umstand könnte, wie Forschungen belegen, durch entsprechende Schulungen sehr leicht behoben werden. Die Information über für geriatrische Patienten und Patientinnen geeignete Schmerzerfassungsinstrumente muss unbedingt Eingang in die Pflegepraxis finden.

In der Literatur wurde auf die Notwendigkeit einer exakten, kontinuierlichen und übersichtlichen Schmerzdokumentation mehrmals hingewiesen. Ohne sorgfältige Schmerzdokumentation ist die beste Schmerzerfassung hinfällig und sinnlos da diese nicht nachvollziehbar für Kollegen und Kolleginnen wird. Ergebnisse der Interviews belegen aber, dass die Schmerzdokumentation eine große Herausforderung im pflegerischen Alltag darstellt. Manche Stationen verfügen über keine geeigneten Formulare um die Schmerzen und deren Verlauf übersichtlich darzustellen. Zudem konnte gezeigt werden, dass es keine einheitliche Vorgehensweise im Bezug auf die Schmerzerfassung gibt was die Dokumentation erschwert. All diese Probleme könnten beispielsweise durch die Einführung des Expertenstandards zum Schmerzmanagement behoben werden. Zusammenfassend bleibt zu sagen, dass das Problem der Unterbehandlung von Schmerzen bei älteren Patienten/Patientinnen und der damit verbundenen mangelnden Schmerzerfassung von internationalen Experten und Expertinnen bereits erkannt wurde und entsprechende Implikationen formuliert wurden. Dennoch geben sämtliche Autoren und Autorinnen an, dass sich die Forschung gerade erst am Anfang befinde und gerade in Hinblick auf geeignete Instrumente zur Schmerzerfassung in der Geriatrie noch großer Forschungsbedarf bestehe. Auch die Ergebnisse aus der Praxis zeigen den Beginn der Sensibilisierung für die Problematik jedoch ist auch bei den Stationsleitungen von Bewusstseinsschaffung die Rede. Fakt ist, dass die aktuellen internationalen Zahlen zeigen, dass ältere Menschen oftmals an Schmerzen leiden, welche sie mit Hilfe geeigneter Schmerzerfassung und patientenorientiertem Schmerzmanagement nicht ertragen müssten. Es ist zu erwarten, dass es noch einige Zeit dauern wird bis das Bewusstsein sämtlicher Berufsgruppen, die am Schmerzmanagementprozess beteiligt sind, für die Problematik der älteren Schmerzpatienten und -patientinnen geschärft ist. Innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden weltweit sind die ersten Schritte in Richtung Verbesserung der Situation der geriatrischen Patienten und Patientinnen auf jeden Fall gemacht.

LITERATURVERZEICHNIS

Badura, Amy S./ Grohmann, Julie M. (2002) : Psychological Issues in Pain Perception and Treatment in the Elderly, in: Annals of Long-Term Care, Vol. 10, No. 7, Seite 29-34.

Baron, Ralf/ Strumpf, Michael (2007): Praktische Schmerztherapie, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Basler, Heinz-Dieter (2004): Schmerz und Alter, in Basler, Heinz-Dieter/ Franz, Carmen/ Kröner-Herwig, Birgit/ Rehfisch, Hans-Peter (2004): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder. 5. Auflage, Berlin: Springer Verlag. Seite 191-202.

Basler, Heinz-Dieter/ Franz, Carmen/ Kröner-Herwig, Birgit/ Rehfisch, Hans-Peter (2004): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder. 5. Auflage, Berlin: Springer Verlag.

Basler Heinz-Dieter/ Hüger, Daniel/ Kunz, Roland (et al.) (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD) Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens, in: Schmerz, Vol. 20, Nr.6, Seite 519-526.

Bergh, Ingrid/ Steen, Gunilla/ Waern, Margda/ (et al.) (2003): Pain and Its Relation to Cognitive Funktion and Depression Symptoms: A Swedish Population Study of 70-Year-Old Men and Women, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 26, No. 4, Seite 903-912.

Bernatzky, Günter/ Likar, Rudolf (2005): Schmerzphysiologie und Schmerz-Epidemiologie unter besonderer Berücksichtigung des Alters, in: Likar, Rudolf (Hrsg.) (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden, Wien: Springer-Verlag, Seite 167 bis 170.

Black, Betty S./ Finucane, Thomas/ Baker, Alva/ Loreck, David (et al.) (2006): Health Problems and Correlates of Pain in Nursing Home Residents With Advanced Dementia, in: Alzheimer Dis Assoc Disord, Vol. 20, No. 4, Seite 283-290.

Bleeksma, Marjan (2004): Mit geistiger Behinderung alt werden. 2. Auflage, Weinheim: Juventa Verlag.

Blomqvist, Kerstin/ Hallberg Ingaalill R.(2001): Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation. The views of nurses and older adults, in: International Journal of Nursing Studies, No. 38, Seite 305-318.

Blomqvist, Kerstin/ Edberg Anna-Katrin (2002): Living with persistent pain. Experiences of older people receiving home care, in: Journal of Advanced Nursing, No. 40(3), Seite 297-306.

Briggs Michelle/ Closs José S. (1999): A descriptive study of the use of visual analog scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 18, No. 6, Seite 438-446.

Brown, Donna (2004): A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of post-operative pain in older people, in: Journal of Clinical Nursing, No. 13, Seite 74-90.

Carr, Elosie C.J / Mann Eileen M. (2002): Schmerz und Schmerzmanagement-Praxishandbuch für die Pflege. Bern: Verlag Hans Huber

Casten, Robin J./ Parmelee, Partricia A./ Kleban, Morton H. (et al.) (1996): The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample, in: Pain, No. 61, Seite 271-276.

Cohen-Mansfield, Jiska (2002): Relative's Assessment of Pain in cognitively Impaired nursing Home Residents, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 24, No. 6, Seite 562-571.

Derrer-Merk, Elfriede (2007): Prüfungswissen Altenpflege. München: Elsevier GmbH.

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS): Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) (27. August 2007), Online im WWW unter URL: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/ak_alter_2007.doc [1. August 2008]

Egle, Ulrich T./ Hoffmann, Sven O./ Lehmann, Klaus A./ Nix, Wilfried A. (2003): Handbuch chronischer Schmerz. Grundlagen. Pathogenese. Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Erdek, Michael/ Pronovost, Peter (2004): Improving assessment and treatmend of pain in the critically ill, in Journal fur Quality in Health, Vol. 16, No.1, Seite 59-64.

Fisher, Susan E./ Burgio, Louis D./ Thorn, Beverly E./ Hardin, Michael J. (2006): Obtaining Self-Report Data From Cognitively Impaired Elders: Methodological Issues and Clinical Implications for Nursing Home Pain Assessment, in: The Gerontologist, Vol. 46, No. 1, Seite 81-88.

Flick Uwe (1999): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 4. Auflage, Reinbek: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Flöter, Thomas/ Zimmermann, Manfred (Hrsg.) (2003): Der multimorbide Schmerzpatient, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Frampton, Maria (2003): Experience assessment and management of pain in people with dementia, in: Age and Ageing, No. 32, Seite 248-251.

Füsgen, Ingo (Hrsg.) (2006): Zukunftsforum Demenz. Tabuthemen beim dementen Patienten. Inkontinenz-Schmerz-Mangelernährung, Dokumentationsreihe Band 18. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH.

Fydrich, T./ Bastian, H./ Flor, H. (2004): Rolle der Familie und sozialer Unterstützung bei chronischen Schmerzen, in: Basler, Heinz-Dieter/ Franz, Carmen/ Kröner-Herwig, Birgit/ Rehfisch, Hans-Peter (2004): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder. 5. Auflage, Berlin: Springer Verlag.Seite: 217- 225.

Gallacchi, Guido/ Pilger Beatrice (Hrsg.) (2005): Schmerzkompendium – Schmerzen verstehen und behandeln. 2. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Gaston-Johansson (et al.) (1999): Undertreatment of Pain in the Elderly. Causes and Prevention, in: Annals of Long-Term Care, No. 7(5), Seite 190-196.

Ger, Luo-Ping/ Chang, Ching-Ying/ Ho, Shung-Tai/ (et al.) (2004): Effects of a Continuing Education Program on Nurses' Practices of Cancer Pain Assessment and Their Acceptance of Patients' Pain Reports, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 27, No. 1,. Seite 61-71.

Hansen, Werner (Hrsg.) (2007): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Hardt, Roland (2006): Rezidivierende Schmerzen. Demenz ist kein Analgetikum, in: Füsgen, Ingo (Hrsg.) (2006): Zukunfsforum Demenz. Tabuthemen beim dementen Patienten. Inkontinenz-Schmerz-Mangelernährung, Dokumentationsreihe Band 18. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft GmbH. Seite 35- 40.

Häuser, Winifired (2003): Schmerz, Depression und soziale Isolation im Alter- Diagnostik und Therapie, in: Flöter, Thomas/ Zimmermann, Manfred (Hrsg.) (2003): Der multimorbide Schmerzpatient, Stuttgart: Georg Thieme Verlag. Seite 6-15.

Herr, Keela/ Bjora, Karen/ Decker, Sheila (2006): Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review, in Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 31, No. 2, Seite 170-192.

Hoffmann, Sven (2003): Psychodynamisches Verständnis von Schmerz, in: Egle, Ulrich T./ Hoffmann, Sven O./ Lehmann, Klaus A./ Nix, Wilfried A. (2003): Handbuch chronischer Schmerz. Grundlagen. Pathogenese. Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht, Stuttgart: Schattauer GmbH. Seite: 77-88.

Huber, Horst/ Winter, Eva (2006): Checkliste Schmerztherapie, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. Auflage, Weinheim: Juventa Verlag.

Idvall, Ewa (2004): Differences between nurse and patient assessment on postoperative pain management in two hospitals, in: Journal of Evaluation in Clinical Practice, No. 11(5), Seite 444-451.

Interessensgemeinschaft Chronischer Schmerz: Schmerzen? Warten lohnt sich nicht. Fachbroschüre Chronischer Schmerz (02.05.2003), 2003.

Jakobson, Ulf/ Hallberg, Ingalill Rahm/ Westergren, Albert (2007): Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living, in: Journal of Nursing

and Healthcare of Chronic Illness in association with journal of Clinical Nursing, Vol. 16, No. 3a, Seite 95-104.

Jakobsson, Ulf (2006): A literature review on fatigue among older people in pain: prevalence and predictors, in: International Journal of Older People Nursing, No. 1, Seite 11-16.

Johann to Settel, Eva: Befinden bei chronischem Schmerz, Philippsuniversität Marburg, (Marburg), Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin dem Fachbereich Humanmedizin, 2003.

Kamel, Hosam (et al.) (2001): Utilizing Pain assessment Scales Increases the Frequency of Diagnosing Pain Among Elderly Nursing Home Residents, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 21, No. 6, Seite 450-455.

Klepstad, Pål/ Loge, Jon/ Borchgrevink Petter/ (et al.) (2002): The Norwegian Brief Pain Inventory Questionaire: Translation and Validation in Cancer Patients, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 24, No. 5, Seite: 517-525.

Kohler, Katheline/ Schweikert-Stary, Mary Therese/ Lubkin, Ilene (2002): Eingeschränkte Mobilität, in: Lubkin, Ilene Morof (Hrsg.) (2002): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe, Bern: Verlag Hans Huber. Seite: 201-243.

Kränzle, Susanne/ Ulrike, Schmid/ Christa, Seeger (2006): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 2. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Krein, Sarah L./ Heisler, Michele/ Piette, John D./ (et al.) (2007): Overcoming the Influence of Chronic Pain an Older Patient's Difficulty with Recommended Self-Management Activities, in: The Gerontologist, Vol. 47, No. 1, Seite 61-68.

Kröner-Herwig, Birgit (2004): Chronischer Schmerz, eine Gegenstandsbestimmung, in: Basler, Heinz-Dieter/ Franz, Carmen/ Kröner-Herwig, Birgit/ Rehfisch, Hans-Peter (2004): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder. 5. Auflage, Berlin: Springer Verlag. Seite 3 bis 21.

Kunz, Roland (2002): Palliative Medizin für ältere Menschen, in: Schweiz Med Forum, Nr. 5, Seite 100-105.

Kunz, Roland: Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values. Based statt Evidence Based Practice, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 36 (5), Seite 355-359.

Künzel-Schön, Marianne (2000): Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit, Weinheim: Juventa Verlag.

Lautenbacher, Stefan. (2004): Schmerzmessung, in: Basler, Heinz-Dieter/ Franz, Carmen/ Kröner-Herwig, Birgit/ Rehfisch, Hans-Peter (2004): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder. 5. Auflage, Berlin: Springer Verlag. Seite 271-288.

Likar, Rudolf (Hrsg.) (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden, Wien: Springer-Verlag.

Lubkin, Ilene Morof (Hrsg). (2002): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe, Bern: Verlag Hans Huber.

Manfredi, Paolo L. (et. al) (2003): Pain Assessment in Elderly Patients with Severe Dementia, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 25, No. 1, Seite 48-52.

Marx-Stölting, Lilian (2006): Pharmakogenetik und Pharmakogentest. Biologischem wissenschaftstheoretische und ethische Aspekte des Umgangs mit genetischer Variation, Berlin: LIT-Verlag

Mayer, Hanna (2002): Pflegeforschung – Ansätze und Methoden II. Das qualitative Interview, Wien: Facultas Verlag- und Buchhandels AG.

Mayer, Horst Otto (2008): Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 4. Auflage, München: Oldenbourg.

McCaffery, Margo/ Pasero Chris (1999): Pain. Clinical Manual. 2. Auflage, Missouri: Mosby, Inc.

McDonald Deborah, D./ LaPorta, Matthew/ Meadows-Oliver, Mikki (2005): Nurses' response to pain communication from patients: A post-test experimental study, in: International Journal of Nursing Studies, No. 44. Seite 29-35.

Morse, Janice M./ Field Peggy Anne (1998): Qualitative Pflegeforschung – Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege, Berlin: Ullstein Medical.

Müller-Mundt, Gabriele (2005): Chronischer Schmerz. Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation, Bern: Verlag Hans Huber.

Nauck, Friedemann/ Klaschik, Eberhard (2002): Schmerztherapie. Kompendium für Ausbildung und Praxis, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Nilges, P. (2003): Lerntheoretisches Verständnis von Schmerz, in: Egle, Ulrich T./ Hoffmann, Sven O./ Lehmann, Klaus A./ Nix, Wilfried A. (2003): Handbuch chronischer Schmerz. Grundlagen. Pathogenese. Klinik und Therapie aus bis-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart: Schattauer GmbH. Seite 89 bis 95.

Pautex, Sophie/ Michon, Agnes/ Guedira, Monia/ (et al.) (2006): Pain in Servere Dementia : Self-Assessment or Observational Scales?, in: JAGS, No. 54. Seite 1040-1045.

Pioch, Erdmute (2005): Schmerzdokumentation in der Praxis, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Pipam, Wolfgang (2005): Schmerz und Demenz, ein unerforschtes Gebiet? in: Likar, Rudolf (Hrsg.) (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden, Wien: Springer-Verlag. Seite 171- 174.

Przyborski, Aglaja/ Wohlrab-Sahr, Monika (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, München: Oldenbourg.

Rundshagen, I./ Schnabel, K./ Standl, T./ Schulte am Esch, J. (1999): Patients' vs nurses' assessment of postoperative pain and anxiety during patient- or nurse-controlled analgesia, in: British Journal of Anaesthesia, Vol. 82, No. 3. Seite 374-378.

Rust, Meinhard (2007): Chronischer Schmerz, in Hansen, Werner (2007): Medizin des Alterns und des alten Menschen, Stuttgart: Schattauer GmbH. Seite 70 bis 76.

Scherder, Erik/ Van Manen, Femke (2005): Pain in Alzheimer's dis-ease: nursing assistants' and patients' evaluations, in: Journal of Advanced Nursing, No. 52(2), Seite 151-158.

Schiltenwolf, Marcus/ Henningsen, Peter (2006): Muskuloskelettale Schmerzen. Diagnostizieren und Therapieren nach biopsychosozialem Konzept, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag .

Schmidt, Robert/ Lang, Florian/ Thews, Gerhard (2005): Physiologie des Menschen mit Pathophysiologie. 29. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Schwermann, Meike (2008): Umsetzung eines fundierten Schmerzmanagements, in: Steurer, Jochen (Hrsg.) (2008): Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Altenpflegefachkräfte, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG. Seite: 15–43.

Sloman, Rod (et al.) (2005): Nurses' assessment of pain in surgical patients, in: Journal of Advanced Nursing, No. 52(2), Seite 125-132.

Smalbrugge, Martin/ Jongenelis, Lineke K./ Pot, Anne Margriet/ Beekman, Aartjan TF./ Eefsting, Jan A. (2007): Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, regognition and analgesic treatment – an observational cohort study, in BMC Geriatrics, No. 7:3, Seite 1471-2318.

Smith, Marianne (2005): Pain Assessment in Non-Verbal Older Adults with Advanced Dementia, in: Perspectives in Psychiatric Care Vol. 41 No. 3, Seite 99-113.

Speckmann, Erwin-Josef/ Wittkowski, Werner (2004): Bau und Funktion des menschlichen Körpers, München: Elsevier.

Steurer, Jochen (Hrsg.) (2008): Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Altenpflegefachkräfte, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Tragl, Karl Heinz (2002): Handbuch der internistischen Geriatrie, Wien: Springer Verlag.

Van Herk, Rhodee/ Van Dijk, Monique/ Bar, Frans PM/ Tibboel, Dick/ De Wit, Rianne (2007): Observation Scales for Pain Assessment in Older Adults With Cognitive Impairments or Communication Difficulties, in Nursing Research, Vol.56, No 1, Seite 34-43.

Vierling, Wolfgang (2007): Besonderheiten der Arzneimittelanwendung im Alter, in: Hansen, Werner (2007):

Medizin des Alterns und des alten Menschen, Stuttgart: Schattauer GmbH. Seite 94-114.

Von Kopp, Diane (2008): Der Einfluss von Focusing auf das Schmerzerleben von chronischen Schmerzpatienten./Eine Evaluationsstudie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Focusing Gesellschaft und der AOK, Universität Koblenz-Landau,(Heidelberg), 2008, Heidelberg: Grin Verlag für akademische Texte.

Widar, Marita/ Ek, Anna-Christina/ Ahlström, GerdWidar, Marita/ Ek, Anna-Christina/ Ahlström, Gerd (2007): Caring and uncaring experiences as narrated by persons with long-term pain after a stroke, in Scand J Caring Sci, No. 21, Seite 41-47.

Zimmermann, Manfred (2004): Physiologie von Nozizeption und Schmerz, in: Basler, Heinz-Dieter/ Franz, Carmen/ Kröner-Herwig, Birgit/ Rehfisch, Hans-Peter (2004): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder. 5. Auflage, Berlin: Springer Verlag. Seite 17-58.

Zwakhalen, Sandra MG/ Hamers, Jan PH/ Abu Saad Huda Huijer / Berger, Martjin PF (2006): Pain in elderly people with severe dementia. A systematic review of behavioural pain assessment tools, in: BioMed Central Geriatrics, 2006, 6:3, (o.S.) (08. 03. 2006), Online im WWW unter URL: http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3 [09. 2008].

Zwakhalen, Sandra MG/ Hamers, Jan PH./ Berger, Martijin PF. (2007): Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia, in: Journal of Advanced Nursing Research, 2007, No. 58(5), Seite 493-502.

Sonstige Quellen:

Anditsch, Martina/ Bach, Michael/ Baumhackl, Ulf, et al. (2006): Demenzerkrankungen Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement-State of the art 2006, in: Clinicum psy - Das Medium für Psychiatrie und Neurologie. Sonderausgabe November 2006 (09.11. 2006), Online im WWW unter URL: http://www.medizin-medien.info/mm/mm003/Demenz-Konsensus_korr_low.pdf [13. 10. 2008].

Büche, Daniel: Der Schmerz – Pathophysiologie (22.11.2007), Online im WWW unter URL: http://mundi.info/updown/bueche_2007_chron_schmerz..pdf?PHPSESSID=1f7a7f6e5185ed366425c0d6d3ec1f2e [16.09.2008].

Förster, Julia / Stöcker, Stefanie: Schmerz im Alter (23. 12. 2005), Online im WWW unter URL: http://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/ppp_professuren/physiologische_psychologie/Seminare/Schmerz_im_AlterSW.pdf [10.08.2008].

Kurlowicz, Lenore / Greenberg, Sherry (2007): The Geriatric Depression Scale (GDS), in: try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, No. 4, o.S. (07. 09. 2007), Online im WWW unter URL: http://www.consultgerirn.org/uploads/File/trythis/issue04.pdf [27.04. 2008].

Kulowicz Lenore / Wallace Meredith (1999): The Mini Mental State Examination (MMSE), in: try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, No 3, o.S. (08. 01. 2003), Online im WWW unter URL: http://www.chcr.brown.edu/MMSE.PDF [18. 11. 2008].

Lampl, Christian: Pressegespräch im Rahmen der 8. Österreichischen Schmerzwochen der ÖGS 20. Oktober 2008 bis 2. November 2008 (27. 10. 2008), Online im WWW unter URL:. http://www.oesg.at/patienten-und-interessierte/fileadmin/schmerzgesellschaft/pdf/8.OESW_PA_Alter_FREI.doc [17 12. 2008].

Likar, Rudolf: Schmerz im Alter. Chronische Schmerzen beim älteren Patienten, 808.07. 2004), Online im WWW unter URL:

http://www.fortbildungimbezirk.at/handouts/DL_Doz.Likar_4.3.2004.pdf [10.8.2008].

Münz, Rainer: Neue demographische Herausforderungen und Rahmenbedingungen für das Management in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems (22.01. 2004), Online im WWW unter URL: http://217.149.224.128/who/pdf/munz.pdf [20.09.2008].

Pschyrembel (1993): Medizinisches Wörterbuch. 257. Auflage, Hamburg: Nikol Verlagsgesellschaft mbH.

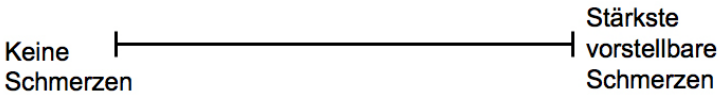
Siegel, N.-R.: Schmerz und Alter – Besonderheiten des Schmerztherapiemanagements beim Älteren (02.09. 2001), Online im WWW unter URL: http://www.geriatriezentrum.de/schmerzundalter.htm [14.06.2008].

Sperber, Sinje / Dunkelberg, Sandra: Chronische Krankheit und Multimorbidität (01. 07. 2004), Online im WWW unter URL: http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/downloads/institut-allgemeinmedizin/VLchronKHkurz.pdf [10.09.2008].

STATISTIK AUSTRIA: Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen (19. 06. 2008), Online im WWW unter URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/031384.html [20.09.2008].

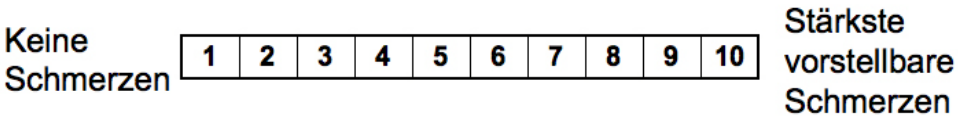
ANHANG

Visual Analog Scale



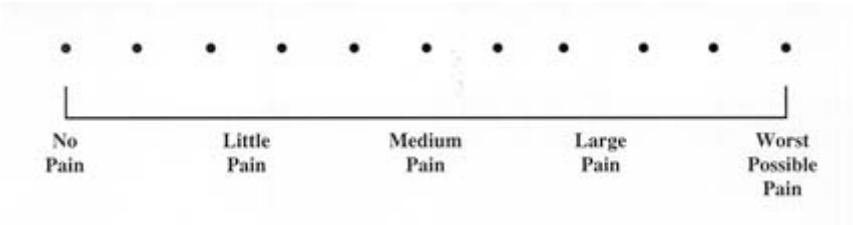
Quelle: http://pool.nursingwiki.org/images//1/11/Vas01.jpg

Numeric Rating Scale



Quelle: http://pool.nursingwiki.org/images//1/18/Nrs01.jpg

Verbal Rating Scale



Quelle: http://www.med.umich.edu/pain/apainmgt.htm

Faces Pain Scales

Faces Pain Scale - Revised. ©2001 IASP. www.painsourcebook.ca
Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough (2001)

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

From Wong D.L., Hockenberry-Eaton M., Wilson D., Winkelstein M.L., Schwartz P.: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 6, St. Louis, 2001, p. 1301. Copyrighted by Mosby, Inc. Reprinted by permission.

McGill Pain Questionniare

Appendix IV (i)

SHORT FORM McGILL PAIN QUESTIONNAIRE and PAIN DIAGRAM

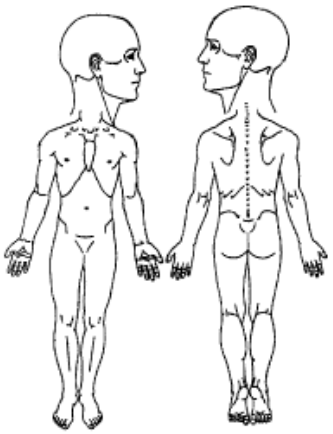
(Reproduced with permission of author © Dr. Ron Melzack, for publication and distribution)

Date: _____

Name: _____

Check the column to indicate the level of your pain for each word, or leave blank if it does not apply to you.__

		Mild	Moderate	Severe
1	Throbbing	_____	_____	_____
2	Shooting	_____	_____	_____
3	Stabbing	_____	_____	_____
4	Sharp	_____	_____	_____
5	Cramping	_____	_____	_____
6	Gnawing	_____	_____	_____
7	Hot-burning	_____	_____	_____
8	Aching	_____	_____	_____
9	Heavy	_____	_____	_____
10	Tender	_____	_____	_____
11	Splitting	_____	_____	_____
12	Tiring-Exhausting	_____	_____	_____
13	Sickening	_____	_____	_____
14	Fearful	_____	_____	_____
15	Cruel-Punishing	_____	_____	



Mark or comment on the above figure where you have your pain or problems.

Indicate on this line how bad your pain is—at the left end of line means no pain at all, at right end means worst pain possible.

No Pain _____ Worst Possible Pain

S /33 A /12 VAS /10

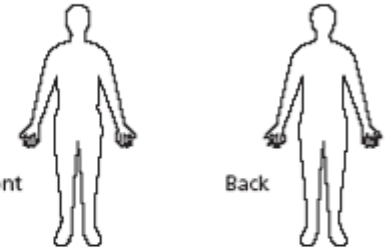
Quelle: http://www.health-disciplines.ubc.ca/whiplash.bc/pdf/mcgill1.pdf

Brief Pain Inventory

Brief Pain Inventory

Name Date Time

1. Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, toothaches). Have you had pain other than these everyday types of pain today?
   1. Yes 2. No
2. On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its worst in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain *Pain as bad as you can imagine*

4. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its least in the last 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain *Pain as bad as you can imagine*

5. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on average.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain *Pain as bad as you can imagine*

6. Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have right now.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain *Pain as bad as you can imagine*

7. What treatment or medication are you receiving for the pain?

_____

_____

_____

_____

_____

8. In the past 24 hours, how much relief have pain treatments or medication provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
No relief *Complete relief*

9. Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General activity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

C. Walking ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

E. Relations with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

F. Sleep

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

G. Enjoyment of life

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

H. Ability to concentrate

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

I. Appetite

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere *Completely interferes*

Quelle: http://www.racgp.org.au/silverbookonline/4-7.asp

Geriatric Pain Measure

Geriatric Pain Measure – GPM

Name _____ **Date**_____

Please answer each question	Answer	Score
1. Do you or would you have pain with vigorous activities such as running, lifting heavy objects or participating in strenuous sports?	No Yes	___
2. Do you or would you have pain with moderate activities such as moving a heavy table, pushing a vacuum cleaner, bowling or playing golf?	No Yes	___
3. Do you or would you have pain with lifting or carrying groceries?	No Yes	___
4. Do you or would you have pain with climbing more than one flight of stairs?	No Yes	___
5. Do you or would you have pain with climbing only a few steps?	No Yes	___
6. Do you or would you have pain walking more than one block?	No Yes	___
7. Do you or would you have pain walking one block or less?	No Yes	___
8. Do you have pain with bathing or dressing?	No Yes	___
9. Have you cut down the amount of time you spend on work or doing activities because of pain?	No Yes	___
10. Have you been accomplishing less than you would like because of pain?	No Yes	___
11. Have you limited the kind of work or other activities you do because of pain?	No Yes	___
12. Does the work or activities you do require extra effort because of pain?	No Yes	___
13. Do you have trouble sleeping because of pain?	No Yes	___
14. Does pain prevent you from attending religious activities?	No Yes	___
15. Does pain prevent you from enjoying any other social or recreational activities (other than religious services)?	No Yes	___
16. Does or would pain prevent you from traveling or using standard transportation?	No Yes	___
17. Does pain make you feel fatigued or tired?	No Yes	___
18. Do you have to rely on family members or friends for help because of pain?	No Yes	___
19. On a scale of zero to ten, with zero meaning no pain, with ten being the worst pain you can imagine, how severe is your pain today? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ____ 10	No Yes	___
20. In the last seven days, on a scale of zero to ten, with zero meaning no pain, with ten being the worst pain you can imagine, how severe has your pain been on average? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ____ 10	No Yes	___
21. Do you have pain that never completely goes away?	No Yes	___
22. Do you have pain every day?	No Yes	___
23. Do you have pain several times a week?	No Yes	___
24. Over the last seven days, has pain caused you to feel sad or depressed?	No Yes	___

SCORING: Give one point for each yes response and add the numerical responses

TOTAL SCORE (0-42) _____ **Adjusted Score (Total Score X 2.38) (0-100)** _____

<30 Mild Pain *30-69 Moderate Pain* *>70 Severe Pain*

Obtain permission to use from authors, correspondence: Bruce A Ferrell UCLA Division of Geriatrics, 10945 Le Conte Ave, Suite 2339, Los Angeles, CA 90095-1687

PAINAD und BESD

Pain Assessment IN Advanced Dementia PAINAD

	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations	
Negative Vocalization	None	Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
Facial expression	Smiling, or inexpressive	Sad. Frightened. Frown	Facial grimacing	
Body Language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting	Rigid. Fists clenched, Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch	Unable to console, distract or reassure	
				TOTAL

This material prepared by the Geriatric Research Education Clinical Center, is provided by the Iowa Foundation for Medical Care, the Medicare Quality Improvement Organization for Iowa, was prepared by MetaStar, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy. 8SoW-IA-NH-4/06-034

Quelle:

http://www.internetifmc.com/provider/documents/pain_iad_scale.pdf

BESD (deutsche Version des PAINAD nach Basler)

BESD

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehen Kästchen. Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich. Addieren Sie nur den jeweils höchsten Punktwert (maximal 2) der fünf Kategorien.

Name des/der Beobachteten: ……...

Ruhe
Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit: ……...……

Beobachter/in: ……..……

1. Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	**nein**	**ja**	**Punkt-wert**
• normal	☐	☐	0
• gelegentlich angestrengt atmen	☐	☐	1
• kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	☐	☐	
• lautstark angestrengt atmen	☐	☐	2
• lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	☐	☐	
• Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	☐	☐	
2. Negative Lautäußerung			
• keine	☐	☐	0
• gelegentlich stöhnen oder ächzen	☐	☐	1
• sich leise negativ oder missbilligend äußern	☐	☐	
• wiederholt beunruhigt rufen	☐	☐	2
• laut stöhnen oder ächzen	☐	☐	
• weinen	☐	☐	
Zwischensumme 1			

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
© 2007der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.
Fassung Dezember 2008

1

Name des/der Beobachteten: ……..

3. Gesichtsausdruck	nein	ja	Punkt-wert
• lächelnd oder nichts sagend	☐	☐	0
• trauriger Gesichtsausdruck	☐	☐	1
• ängstlicher Gesichtsausdruck	☐	☐	
• sorgenvoller Blick	☐	☐	
• grimassieren	☐	☐	2
4. Körpersprache			
• entspannt	☐	☐	0
• angespannte Körperhaltung	☐	☐	1
• nervös hin und her gehen	☐	☐	
• nesteln	☐	☐	
• Körpersprache starr	☐	☐	2
• geballte Fäuste	☐	☐	
• angezogene Knie	☐	☐	
• sich entziehen oder wegstoßen	☐	☐	
• schlagen	☐	☐	
5. Trost			
• trösten nicht notwendig	☐	☐	0
• Ist bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich?	☐	☐	1
• Ist bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich?	☐	☐	2
Zwischensumme 2			
Zwischensumme 1			
Gesamtsumme von maximal 10 möglichen Punkten			**__/10**

Andere Auffälligkeiten:

……
……
……
……

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
© 2007der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.
Fassung Dezember 2008

2

http://www.dgss.org/uploads/media/BESD_Fassung_Dezember_2008.pdf

ECPA

Schmerzskala ECPA

Dimension 1 : Beobachtungen außerhalb der Pflege	
Item 1 - verbale Äußerungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien	
0	Patient macht keine Äußerungen
1	Schmerzäußerungen, wenn Patient angesprochen wird
2	Schmerzäußerungen, sobald jemand beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Item 2 - Gesichtsausdruck: Blick und Mimik	
0	entspannter Gesichtsausdruck
1	besorgter, gespannter Gesichtsausdruck
2	ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen
3	verkrampfter und/oder ängstlicher Blick
4	vollständig starrer Blick/Ausdruck
Item 3 - Spontane Ruhehaltung	
0	keinerlei Schonhaltung
1	Vermeidung bestimmter Position, Haltung
2	Patient wählt eine Schonhaltung, aber kann sich bewegen
3	Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung
4	Patient bleibt vollständig immobil
Dimension 2 : Beobachtungen während der Pflege	
Item 4 - ängstliche Abwehr bei der Pflege	
0	Patient zeigt keine Angst
1	ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck
2	Patient reagiert mit Unruhe
3	Patient reagiert aggressiv
4	Patient schreit, stöhnt, jammert
Item 5 - Reaktionen bei der Mobilisation	
0	Patient steht auf / läßt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung
1	Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten
2	Patient klammert mit den Händen / macht Gebärden bei Mobilisation und Pflege
3	Patient nimmt während Mobilisation und Pflege Schonhaltung ein
4	Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege
Item 6 - Reaktionen während Pflee von schmerzhaften Zonen	
0	keinerlei negative Reaktionen während Pflege
1	Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung
2	Reaktionen beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen
3	Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen
4	Unmöglichkeit, sich schmerzhaften Zonen zu nähern
Item 7 - verbale Äußerungen während der Pflege	
0	keine Äußerungen während der Pflege
1	Schmerzäußerungen, wenn man sich an den Patienten wendet
2	Schmerzäußerungen, sobald Pflegende beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Dimension 3 : Auswirkungen auf Aktivitäten	
Item 8 - Auswirkungen auf Appetit	
0	keine Veränderungen bezüglich Appetit
1	leicht reduzierter Appetit, ißt nur einen Teil der Mahlzeiten
2	muß animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen
3	ißt trotz Aufforderung nur ein paar Bissen
4	verweigert jegliche Nahrung
Item 9 - Auswirkungen auf Schlaf	
0	guter Schlaf, beim Aufwachen ist Patient ausgeruht

Schmerzskala ECPA

1	Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen
2	Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen
3	zusätzliches nächtliches Erwachen
4	seltener oder fehlender Schlaf
Item 10 - Auswirkungen auf Bewegung	
0	Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt
1	Pat. bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen
2	seltenere / verlangsamte Bewegungen
3	Immobilität
4	Apathie oder Unruhe
Item 11 - Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit	
0	üblicher Kontakt
1	Herstellen von Kontakt erschwert
2	Patient vermeidet Kontaktaufnahme
3	Fehlen jeglichen Kontaktes
4	Totale Indifferenz
Total Punkte (0= kein Schmerz, 44= maximaler Schmerz	

Quelle: http://www.gemidas-qm.net/docs/ECPA.pdf

PACSLAC

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

© Shannon Fuchs-Lacelle and Thomas Hadjistavropoulos

Facial Expressions	Present
Grimacing	
Sad Look	
Tighter face	
Dirty look	
Change in eyes (squinting, dull, bright, increased movement)	
Frowning	
Pain expression	
Grim face	
Clenching teeth	
Wincing	
Opening mouth	
Creasing forehead	
Screwing up nose	
Activity/Body Movement	
Fidgeting	
Pulling Away	
Flinching	
Restless	
Pacing	
Wandering	
Trying to leave	
Refusing to move	
Thrashing	
Decreased activity	

Activity/Body Movement	Present
Uncooperative/Resistant to care	
Guarding sore area	
Touching/holding sore area	
Limping	
Clenched fist	
Going into foetal position	
Stiff/Rigid	
Social/Personality/Mood	
Physical aggression (e.g., pushing people and/or objects, scratching others, hitting others, striking, kicking)	
Verbal aggression	
Not wanting to be touched	
Not allowing people near	
Angry/Mad	
Throwing things	
Increased confusion	
Anxious	
Upset	
Agitated	
Cranky/Irritable	
Frustrated	

Refusing medications	
Moving slow	
Impulsive Behaviour (e.g., repetitive movements)	

Other continued	**Present**
Shaking/Trembling	
Cold & clammy	
Changes in sleep (please circle): Decreased sleep or Increased sleep during day	
Changes in Appetite (please circle): Decreased appetite or Increased appetite	
Screaming/Yelling	
Calling out (i.e. for help)	
Crying	
A specific sound or vocalisation For pain 'ow', ouch'	
Moaning and groaning	
Mumbling	
Grunting	

Other	**Present**
Pale Face	
Flushed, red face	
Teary eyed	
Sweating	

Sub-scale Scores:

Facial Expressions _____

Activity/Body Movement _____

Social/Personality Mood _____

Other _____

Total Checklist Score _____

The PACSLAC is protected by copyright and may not be reproduced without permission. For permission to reproduce the PACSLAC, please contact thomas.hadjistavropoulos@uregina.ca

DOLOPLUS2

DOLOPLUS-2 SCALE

BEHAVIOURAL PAIN ASSESSMENT IN THE ELDERLY

NAME : Christian Name : Unit :

Behavioural Records

		DATES			
SOMATIC REACTIONS					
1• Somatic complaints	• no complaints	0	0	0	0
	• complaints expressed upon inquiry only	1	1	1	1
	• occasionnal involuntary complaints	2	2	2	2
	• continuous involontary complaints	3	3	3	3
2• Protective body postures adopted at rest	• no protective body posture	0	0	0	0
	• the patient occasionally avoids certain positions	1	1	1	1
	• protective postures continuously and effectively sought	2	2	2	2
	• protective postures continuously sought, without success	3	3	3	3
3• Protection of sore areas	• no protective action taken	0	0	0	0
	• protective actions attempted without interfering against any investigation or nursing	1	1	1	1
	• protective actions against any investigation or nursing	2	2	2	2
	• protective actions taken at rest, even when not approached	3	3	3	3
4• Expression	• usual expression	0	0	0	0
	• expression showing pain when approached	1	1	1	1
	• expression showing pain even without being approached	2	2	2	2
	• permanent and unusually blank look (voiceless,staring, looking blank)	3	3	3	3
5• Sleep pattern	• normal sleep	0	0	0	0
	• difficult to go to sleep	1	1	1	1
	• frequent waking (restlessness)	2	2	2	2
	• insomnia affecting waking times	3	3	3	3
PSYCHOMOTOR REACTIONS					
6• washing &/or dressing	• usual abilities unaffected	0	0	0	0
	• usual abilities slightly affected (careful but thorough)	1	1	1	1
	• usual abilities highly impaired, washing &/or dressing is laborious and incomplete	2	2	2	2
	• washing &/or dressing rendered impossible as the patient resists any attempt	3	3	3	3
7• Mobility	• usual abilities & activities remain unaffected	0	0	0	0
	• usual activities are reduced (the patient avoids certain movements and reduces his/her walking distance)	1	1	1	1
	• usual activities and abilities reduced (even with help, the patient cuts down on his/her movements)	2	2	2	2
	• any movement is impossible, the patient resists all persuasion	3	3	3	3
PSYCHOSOCIAL REACTIONS					
8• Communication	• unchanged	0	0	0	0
	• heightened (the patient demands attention in an unusual manner)	1	1	1	1
	• lessened (the patient cuts him/herself off)	2	2	2	2
	• absence or refusal of any form of communication	3	3	3	3
9• Social life	• participates normally in every activity (meals, entertainment, therapy workshop)	0	0	0	0
	• participates in activities when asked to do so only	1	1	1	1
	• sometimes refuses to participate in any activity	2	2	2	2
	• refuses to participate in anything	3	3	3	3
10• Problems of behaviour	• normal behaviour	0	0	0	0
	• problems of repetitive reactive behaviour	1	1	1	1
	• problems of permanent reactive behaviour	2	2	2	2
	• permanent behaviour problems (without any external stimulus)	3	3	3	3
	SCORE				

COPYRIGHT

DOLOPLUS-2 SCALE : LEXICON

Somatic complaints
The patients expresses pain by word, gesture, cries, tears or moans.

Protective body postures adopted at rest
Unusual body positions intended to avoid or relieve pain.

Protection of sore areas
The patient protects one or several areas of his/her body by a defensive attitude or gestures.

Expression
The facial expression appears to express pain (grimaces, drawn, atonic) as does the gaze (fixed gaze, empty gaze, absent, tears).

Investigation
Any investigation whatsoever (approach of a caregiver, mobilization, care procedure, etc.).

Washing/dressing
Pain assessment during washing and/or dressing, alone or with assistance.

Mobility
Evaluation of pain in movement: change of position, transfer, walking alone or with assistance.

Communication
Verbal or non-verbal.

Social life
Meals, events, activities, therapeutic workshops, visits, etc.

Problems of behaviour
Aggressiveness, agitation, confusion, indifference, lapsing, regression, asking for euthanasia, etc.

DOLOPLUS-2 SCALE : INSTRUCTIONS FOR USE

1 • Scale use requires learning

As is the case with any new instrument, it is judicious to test it before circulating it. Scale scoring time decreases with experience (at most a few minutes). Where possible, it is of value to appoint a reference person in a given care structure.

2 • Pluridisciplinary team scoring

Irrespective of the health-care, social-care or home structure, scoring by several caregivers is preferable (physician, nurse, nursing assistant, etc.). At home, the family and other persons can contribute using a liaison notebook, telephone or even a bedside meeting. The scale should be included in the 'care' or 'liaison notebook' file.

3 • Do not score if the item is inappropriate

It is not necessary to have a response for all the items on the scale, particularly given an unknown patient on whom one does not yet have all the data, particularly at psychosocial level. Similarly, in the event of coma, scoring will be mainly based on the somatic items.

4 • Compile score kinetics

Re-assessment should be twice daily until the pain is sedated, then at longer intervals, depending on the situation. Compile score kinetics and show the kinetics on the care chart (like temperature or blood pressure). The scale will thus become an essential argument in the management of the symptom and in treatment initiation.

5 • Do not compare scores on different patients

Pain is a subjective and personal sensation and emotion. It is therefore of no value to compare scores between patients. Only the time course of the scores in a given patient is of interest.

6 • If in doubt, do not hesitate to conduct a test treatment with an appropriate analgesic

It is now accepted that a score greater than or equal to 5/30 is a sign of pain. However, for borderline scores, the patient should be given the benefit of the doubt. If the patient's behavior changes following analgesic administration, pain is indeed involved.

7 • The scale scores pain and not depression, dependence or cognitive functions

Numerous instruments are available for each situation. It is of primary importance to understand that the scale is used to detect changes in behavior related to potential pain.
Thus, for items 6 and 7, we are not evaluating dependence or independence but pain.

8 • Do not use the DOLOPLUS 2 scale systematically

When the elderly patient is communicative and cooperative, it is logical to use the self-assessment instruments. When pain is patent, it is more urgent to relieve it than to assess it ... However, if there is the slightest doubt, hetero-assessment will avoid underestimation.

Quelle: http://www.doloplus.com/versiongb/pdf/echelle.pdf

Geriatric Depression Scale

Geriatric Depression Scale: Short Form

Choose the best answer for how you have felt over the past week:

1. Are you basically satisfied with your life? YES / **NO**
2. Have you dropped many of your activities and interests? **YES** / NO
3. Do you feel that your life is empty? **YES** / NO
4. Do you often get bored? **YES** / NO
5. Are you in good spirits most of the time? YES / **NO**
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you? **YES** / NO
7. Do you feel happy most of the time? YES / **NO**
8. Do you often feel helpless? **YES** / NO
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? **YES** / N
10. Do you feel you have more problems with memory than most? **YES** / NO
11. Do you think it is wonderful to be alive now? YES / **NO**
12. Do you feel pretty worthless the way you are now? **YES** / NO
13. Do you feel full of energy? YES / **NO**
14. Do you feel that your situation is hopeless? **YES** / NO
15. Do you think that most people are better off than you are? **YES** / NO

Answers in **bold** indicate depression. Score 1 point for each bolded answer.

A score > 5 points is suggestive of depression.
A score $\geq$ 10 points is almost always indicative of depression.

A score > 5 points should warrant a follow-up comprehensive assessment.

Source: http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html

Discomfort Scale for Patients with Dementia of the Alzheimer Type

Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type

Noisy Breathing

0	1	2	3

Negative sounding noise on inspiration or expiration: breathing looks strenuous, labored, or wearing: respirations sound loud, harsh, or gasping: difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation.

Negative Vocalization

0	1	2	3

Noise or speech with a negative or disapproving quality: hushed low sounds such as constant muttering with a guttural tone: monotone, subdued, or varying pitched noise with a definite unpleasant sound: faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan: repeating the same words with a mournful tone: expressing hurt or pain.

Content Facial Expression

0	1	2	3

Pleasant, calm looking face, tranquil, at ease, or serene: relaxed facial expression with a slack unclenched jaw: overall look is one of peace.

Sad Facial Expression

0	1	2	3

Troubled-looking face, looking hurt, worried, lost, or lonesome: distressed appearance: sunken "hang dog" look with lackluster eyes: tears: crying.

Frightened Facial Expression

0	1	2	3

Scared, concerned-looking face: looking bothered, fearful, or troubled: alarmed appearance with open eyes and pleading face.

Frown

0	1	2	3

Face looks strained: or scowling looks: displeased expression with a wrinkled brow and creases in the forehead: corners of mouth turned down.

Relaxed Body Language

0	1	2	3

Easy openhanded position: look of being in a restful position: may be cuddled up or stretched out: muscles look of normal firmness and joints are without stress: look of being idle/lazy or "laid back": appearance of " just killing the day" casual.

Tense Body Language

0	1	2	3

Extremities show tension: wringing of hands: clenched fists, or knees pulled up tightly: look of being in a strained and inflexible position.

Fidgeting

0	1	2	3

Restless inpatient motion, acting squirmy or jittery appearance of trying to get away from hurt area, forceful touching, tugging or rubbing of body parts.

Adapted from Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA, et al. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. Res Nurs Health 1992; 15:369-377. Reprinted with permission from MultiMedia HealthCare/Freedom. LLC. Annals of Long-Term Care. Vol.9. No.7, July 2001

Quelle:http://www.compassionandsupport.com/pdfs/professionals/pain/pain_alzheimers_guide.pdf

Mini-Mental-State-Examination

MMSE – Mini Mental State Examination

Patient: ..... **geboren am : .....**

untersucht von: ..... **am: .....**

1. ORIENTIERUNG (jeweils 1 Punkt für jede richtige Antwort)

1. Datum _
2. Wochentag _
3. Monat _
4. Jahr _
5. Jahreszeit _
6. Bundesland _
7. Land _
8. Stadt _
9. Ort (Klinik/ Praxis/ Altersheim) _
10. Stockwerk _

PKT ☐

2. MERKFÄHIGKEIT (nennen Sie die nebenstehenden Begriffe und fordern Sie den/die Patient (in) zur Reproduktion auf; es wird 1 Punkt für jede richtige Antwort vergeben. Bitte die Pat. daran erinnern, sich die Worte zu merken)

11. Auto _
12. Blume _
13. Kerze _

PKT ☐

3. AUFMERKSAMKEIT UND RECHENFÄHIGKEIT (in 7er Schritten, beginnend bei 100, rückwärts rechnen; Abbruch bei 5 Antworten; 1Punkt/richtige Antwort. Bei falscher Antwort richtiges Ergebnis nennen. Vom korrekten Ergebnis aus folgt die nächste Subtraktion)

14. „93“ _
15. „86“ _
16. „79“ _
17. „72“ _
18. „65“ _

PKT ☐

Bei Akalkulie alternativ: **RADIO rückwärts buchstabieren** = OIDAR

4. ERINNERUNGSFÄHIGKEIT (den Patienten nach den bei Punkt 2. genannten Wörtern fragen; 1 Pkt. / richtige Nennung)

19. Auto _
20. Blume _
21. Kerze _

PKT ☐

5. SPRACHE (1 Pkt. für jede korrekte Antwort)

22. Armbanduhr benennen
23. Bleistift benennen
24. Nachsprechen des Satzes „ KEINE WENNS, UNDS ODER ABERS“

PKT ☐

6. MOTORIK, BEWEGUNGSABFOLGE (1 Punkt für jede korrekte Handlung)

25. Blatt Papier in die rechte Hand nehmen
26. in der Mitte falten
27. auf den Boden legen
28. Folgende Anweisung vorlesen und ausführen

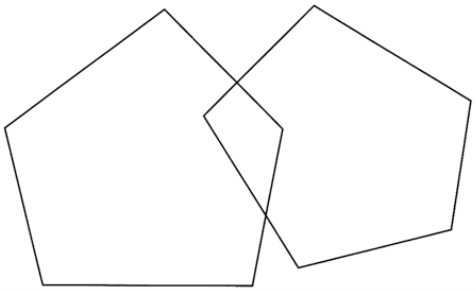
BITTE SCHLIESSEN SIE DIE AUGEN

29. Schreiben eines vollständigen Satzes:

_____

30. Nachzeichnen (1 Pkt.)

PKT ☐



GESAMTPUNKTEANZAHL: ☐

Quelle: http://www.intmedcom.com/22000/20030901/Minimaler_Mentaler_Status.pdf

Expertenstandard Schmerzmanagement

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

2.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege **Abb. 3**

Stand: Januar 2004

Standardaussage: Jeder Patient/Betroffene mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.

Begründung: Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann für Patienten/Betroffene gravierende Folgen haben, z. B. physische und psychische Beeinträchtigungen, Verzögerungen des Genesungsverlaufs oder Chronifizierung der Schmerzen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzeinschätzung, Schmerzbehandlung sowie Schulung und Beratung von Patienten/Betroffenen und ihren Angehörigen tragen Pflegefachkräfte maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren bzw. zu verhindern.

Struktur	Prozess	Ergebnis
Die Pflegefachkraft **S1a** - verfügt über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung. **S1b** Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente zur Verfügung.	**Die Pflegefachkraft** **P1** - erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags, ob der Patient/Betroffene Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. - führt bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durch. - wiederholt die Einschätzung der Schmerzintensität sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung/ Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.	**E1** Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.
S2a - verfügt über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung. **S2b** Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.	**P2** - setzt spätestens bei einer Schmerzintensität von mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die geltende Verfahrensregelung um oder holt eine ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung ein und setzt diese nach Plan um. - überprüft bei Neueinstellung bzw. Anpassung der Medikation den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen. - sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.	**E2** Der Patient/Betroffene ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS).
S3 - kennt schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.	**P3** - führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zur Prophylaxe und Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen durch.	**E3** Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.
S4 - kennt nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung sowie deren mögliche Kontraindikationen.	**P4** - bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.	**E4** Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation und/oder die Eigenaktivität des Patienten/ Betroffenen ausgewirkt.
S5a - verfügt über die notwendigen Beratungs- und Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme. **S5b** Die Einrichtung stellt die erforderlichen Beratungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung.	**P5** - gewährleistet eine gezielte Schulung und Beratung für den Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen.	**E5** Dem Patienten/Betroffenen sind gezielte Schulung und Beratung angeboten worden, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen.

© Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2005

ABSTRACT DEUTSCH

Schmerz ist ein Phänomen mit dem Menschen seit jeher konfrontiert sind. Schmerzen sind in jedem Alter unangenehm und die Betroffenen suchen nach Linderung. In einem Lebensabschnitt birgt Schmerzen zu haben aber eine besondere Gefahr: mit zunehmendem Alter und abnehmenden körperlichen und kognitiven Fähigkeiten steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Schmerzen der Betroffenen übersehen werden und in weiterer Folge unzureichend behandelt werden. Dieser Umstand führt zu schwerwiegenden Konsequenzen für die älteren Menschen wie der Chronifizierung der Schmerzen, welche mit einer reduzierten Lebensqualität einhergeht. Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden weisen oftmals auch Depressionen auf welche den Gesamtzustand der Betroffenen drastisch verschlechtern. Um diese Folgeerscheinungen zu verhindern und adäquates Schmerzmanagement zu garantieren ist eine umfassende Schmerzerfassung unerlässlich. Doch gerade das Thema Schmerz im Alter ist mit Vorurteilen und antiquierten Denkweisen behaftet. Sowohl die Betroffenen selbst als auch Angehörige von Gesundheitsberufen sind immer noch der Meinung, dass Schmerzen zum Alter dazugehören. Weiters stellt die Schmerzerfassung bei älteren Patienten und Patientinnen eine große Herausforderung dar und Schmerzen werden immer wieder falsch eingeschätzt. Die vorliegende Arbeit soll die Situation der älteren Menschen mit Schmerzen aufzeigen, Vorurteile widerlegen und aufzeigen, welche Möglichkeiten vorhanden sind um Schmerzen - selbst bei kognitiv beeinträchtigten Menschen - zu erfassen. Weiters soll dargestellt werden welche Gegebenheiten notwendig sind um sicherzustellen, dass Schmerzen richtig eingeschätzt und letztlich gelindert werden können.

ABSTRACT ENGLISCH

Pain is a phenomenon people all over the world have to deal with no matter how old they are and where they from. But there comes a time when people have an increased risk of undertreatment of their pain: if a person becomes old and looses his or her cognitive function he or she is more likely to suffer from pain without receiving adequate pain medication. According to Professor Lampl from the Austrian Society of Pain every second geriatric person who suffers from dementia and pain does not achieve sufficient management of pain. This fact leads to server consequences for these people and reduces their quality of life drastically. In order to ensure proper management of pain the patients' pain has to be assessed regularly by appropriate measures. As it points out the assessment of pain within old people with limited cognitive abilities seems to be a big challenge for nurses due to several conditions. This thesis aims to describe the problem, its causes and offer several solutions in order to provide adequate treatment of pain. This thesis contains one topic with results from interviews undertaken with charge nurses of a hospital in Lower Austria whereas the rest of this work is a literary study. The main ambition of this study is to create awareness for this problem which occurs all over the world.

LEBENSLAUF

Persönliche Daten

Name	Nadine Höller
Geburtstag	22. 06. 1982
Geburtsort	Graz
Staatsbürgerschaft	Österreich

Berufliche Erfahrung und Projektarbeit

Seit Oktober 2008	Projektleitung „Health goes Europe“
Seit März 2008	Angestellte der Jugend:info NÖ Bereichsleitung „Gesundheit & Soziales“, Informationsmitarbeiterin, Front Office
Februar 2007 - Juli 2007	Praktikum an einem Landesklinikum in NÖ (Pflegedirektion)
Oktober 2006 - Februar 2007	Mitarbeit an der Evaluation des Projektes „Gesund Da-Heim“
2004 - 2005	Mitarbeit an einem Projekt für Suchtprävention bei Jugendlichen an Schulen (Peer-Education)

Ausbildung

September 2005 – Juni 2008	FH Bakkalaureatsstudiengang Gesundheitsmanagement am IMC Krems
Oktober 2001	Studium Individuelles Soziologiestudium (Pflegewissenschaften) an der Universität Wien
2000 – 2001	Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Landesklinikum Krems