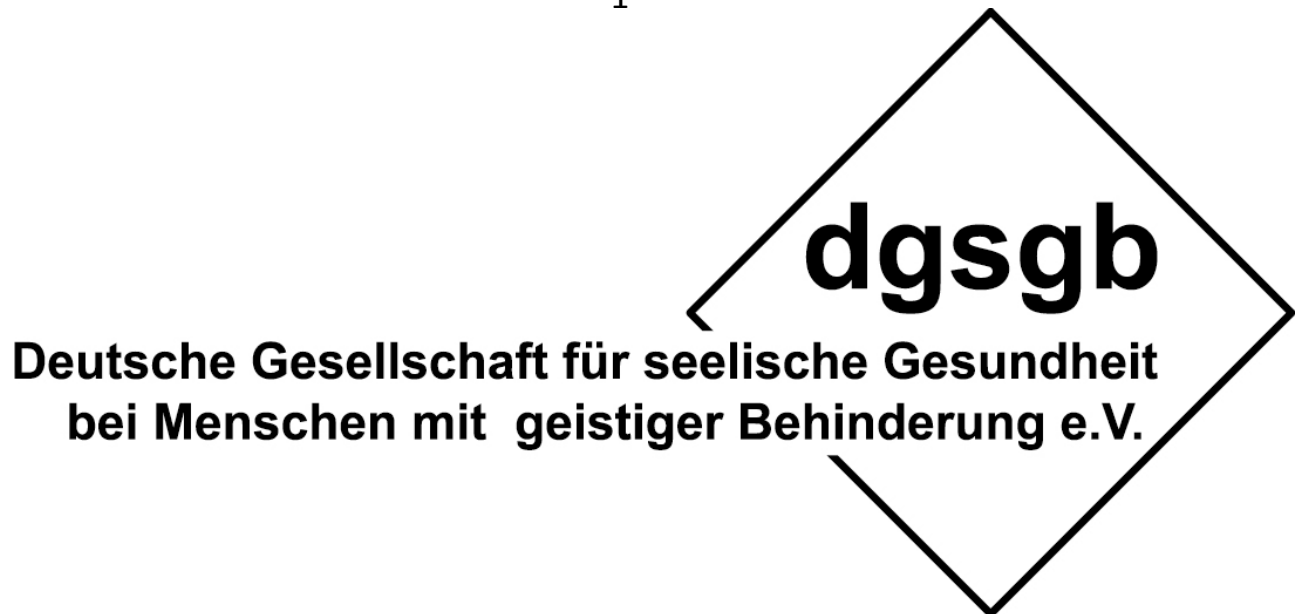




**Pia Bienstein & Theo Klauß
(Hrsg.)**

Herausforderung Schmerzen

Ausgewählte Aspekte

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb
am 7. März 2014 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 32**

Berlin 2015

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-33-2

® 2015 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@posteo.de

1. Aufl. 2015

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Herausforderung Schmerzen - Ausgewählte Aspekte

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 7. März 2014 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Pia Bienstein & Theo Klauß	4
Einleitung	
Theo Klauß	5
Schmerzen und gesundheitliche Kompetenzen von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung	
Peter Martin	17
Schmerzen erkennen und diagnostizieren	
Hans-Jürgen Flender	23
Grundlagen der Schmerzdiagnostik und der medikamentösen Schmerzbehandlung	
Helga Schlichting	38
Pädagogik bei Schmerzen	
Nadia Ralic	50
Schmerzmanagement in der Pflege	
Julia Schellen	68
Schmerzen kommunizieren können	
Autorinnen und Autoren	79

Einleitung

Schmerzen gehören zum Leben; sie sind wichtige Signale für Risiken und Gefahren. Sie können erheblich das Wohlbefinden beeinträchtigen und auch an der Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Schmerzen zu haben, sie wahrzunehmen und darauf reagieren zu können, gehört ebenso zu den wichtigen gesundheitsbezogenen Kompetenzen wie der Umgang damit und ihre Vermeidung durch Vorbeugung oder Behandlung.

Menschen mit geistiger und vor allem auch mit mehrfacher Behinderung haben ein erhöhtes Risiko, im Zusammenhang mit Erkrankungen, aber auch wegen motorischer und anderer Beeinträchtigungen von Schmerzen betroffen zu sein. Es ist aber fraglich, inwiefern sie diese tatsächlich adäquat wahrnehmen und verstehen können. Wie gut gelingt es ihnen, diese mitzuteilen, damit umzugehen? Wie äußern sich Schmerzen bei ihnen, wenn sie nicht selbst darüber berichten können?

Diese Broschüre, basierend auf der Veranstaltung der DGSGb am 07. März 2014 in Kassel, beschäftigt sich damit, welche Kompetenzen Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung in Bezug auf den Umgang mit Schmerzen haben, wie sie – ggf. auch in "auffälliger" Form – damit umgehen und wie sie (über) ihre Schmerzen sich mitteilen und äußern können. Außerdem soll geklärt werden, wie Schmerzen bei Menschen mit sehr eingeschränkten Kompetenzen diagnostiziert und welche Möglichkeiten des Schmerzmanagements gefunden und vermittelt werden können. Mit diesen Themen beschäftigen sich die Beiträge dieses Bandes, also mit Schmerzen im Zusammenhang gesundheitlicher Kompetenzen (Theo Klauß – Heidelberg), mit der Schmerzdiagnostik (Peter Martin - Kehl-Kork), mit der medikamentösen Schmerzbehandlung (Hans- Jürgen Flender - Bielefeld), mit den pädagogischen Möglichkeiten bei Schmerzen (Helga Schlichting - Leipzig), mit dem Schmerzmanagement in der Pflege (Nada Ralic - Düsseldorf) und mit den Möglichkeiten, (über) Schmerzen kommunizieren zu können (Julia Schellen - Köln).

Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein

Prof. Dr. Theo Klauß

Schmerzen und gesundheitliche Kompetenzen von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung

Theo Klauß

„Als Eva aus der Schule kommt, ist sie ganz unleidlich. Im Mitteilungsheft schrieben die Lehrerinnen, dass es schon den ganzen Tag so war und sie es sich nicht erklären können. Eigentlich wollten wir jetzt einkaufen, aber dieser Plan fällt flach. Eva geht es dafür nicht gut genug. Beim Spielen, bei dem sie auch wieder lachen kann, fällt mir auf, dass sie einen Arm nicht so richtig benutzt. Wir machen einen Abstecher ins Krankenhaus. Das Ergebnis: Der Arm ist gebrochen“ (NICKLAS-FAUST 2008).

Welche Rolle spielen Schmerzen im Leben von Menschen mit (erheblicher) Intelligenzminderung? Was Evas Mutter berichtet könnte bedeuten:

- Eva spürt keine Schmerzen, deshalb konnte ihr gebrochener Arm erst spät und durch Zufall entdeckt und behandelt werden. Oder:
- Sie hatte Schmerzen, die sie an der Teilhabe hinderten an der Schule, in der Freizeit, am Vergnügen – aber sie kann sie nicht einordnen und verstehen. Oder:
- Sie kann sie (nur) nicht kommunizieren und mit ihrer Art der Mitteilung verstanden werden.

Klar scheint mir zu sein, dass es eine wichtige gesundheitsbezogene Kompetenz darstellt, Schmerzen zu haben, sie zu identifizieren, wahrzunehmen und zu äußern, zu kommunizieren und damit umzugehen. Und zwar wegen der Hinweis- und Schutzfunktion von Schmerzen. Und offenbar gibt es Menschen, bei denen diese wichtige gesundheitliche Kompetenz fehlt oder eingeschränkt ist – was u.a. die (pädagogische) Frage aufwirft, wie diese Kompetenz entwickelt, gefördert und unterstützt werden kann.

Gleichzeitig stellen Schmerzen ein Problem dar, mit dem man umgehen muss. Wie gelingt das Menschen mit Intelligenzminderung? Welche Möglichkeiten haben sie? Welche problematischen Formen des Schmerzmanagements finden sie möglicherweise? Und welcher Unterstützungs- und Begleitungs-/Behandlungs- und Bildungsbedarf ergibt sich daraus?

Gesundheitsbezogenes Empowerment von Menschen mit geistiger Behinderung

Es geht also um einen Teilbereich gesundheitlicher Kompetenz von Menschen mit geistiger und vor allem auch schwerer Behinderung. Was wissen wir überhaupt über gesundheitliche Kompetenzen dieser Menschen? Nach einer

Erhebung von HOFMANN u.a. (1996) existieren bei den dort befragten Menschen mit geistiger Behinderung zum eigenen Körper eher angstbesetzte Vorstellungen, und sie verstehen unter einer Behinderung v.a. Mängel am Körper, die eine medizinische Versorgung notwendig machen (37).

Die Ergebnisse einer kleinen explorativen Befragung von 15 Werkstatt-Beschäftigten im Alter zwischen 26 und 45 Jahren (KLAUSS 2003a) zeigte demgegenüber, dass die an dieser Erhebung Beteiligten über einige Kompetenzen und Erfahrungen in Bezug auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit verfügen. Viele von ihnen äußern Vorstellungen, was sie tun können, um gesund zu bleiben und nicht krank zu werden, z.B.

- Aktivitäten im Bereich der Bewegung (neunmal genannt) wie Treppen steigen, Fahrrad fahren, spazieren gehen, einkaufen gehen, sich viel bewegen.
- Spaß am Leben haben, sich entspannen und es sich gemütlich machen (3)
- Abnehmen (4) und gesundes Essen (2)
- Sich warm anziehen und von Dingen fernhalten, die einem nicht gut tun (2), das Einnehmen von Medikamenten bzw. Vitaminen (2)

Sie können einschätzen, ob sie ‚zurzeit gesund sind‘ (Ja 8, einigermaßen 6, nein 1), ob sie schon einmal krank waren (Ja oft 6, Ja einige Male 4, Nur selten 5). Und auf die Frage, was sie tun, wenn sie sich nicht wohlfühlen, äußern die meisten: zum Arzt/ Therapeut gehen (9), etwas tun, was mir gut tut (8), mit Leuten sprechen (6) Medikamente nehmen (4), oder weiß nicht recht (1).

Eine aktuellere Fragebogenerhebung mit 11 TeilnehmerInnen an einem ‚Wohnheimstammtisch‘ und mit 40 Menschen ohne geistige Behinderung (online) (LENK 2013) ergibt u.a., dass Menschen mit geistiger Behinderung Gesundheitsrisiken ähnlich realistisch einschätzen wie andere, dass sie aber weniger verschiedene Krankheiten benennen können und häufiger angeben, unter aktuellen Schmerzen zu leiden. Den bedeutendsten Unterschied gibt es jedoch bei der Einschätzung, wer die eigene Gesundheit beeinflusst. Die nicht behinderten Menschen sehen hier zur Hälfte sich selbst als wichtigsten Einflussfaktor, die behinderten zu 2/3 das Schicksal (LENK 2013) (Abb.1).

Interviews mit BetreuerInnen in drei Wohnstätten und einer WfbM belegen ebenfalls, dass es nach deren Einschätzung bei den behinderten Menschen einiges Wissen zu Krankheit und Gesundheit gibt, auch Handlungswissen (z.B. zum Arzt gehen, Termine einhalten, Medikamente einnehmen etc.), aber selten Kompetenzen in Bezug auf das, was man selbst tun kann, etwa Halswickel etc. (GERLACH 2013). Interessanterweise trauen sich Ältere in Bezug auf Gesundheit weniger zu als Jüngere, möglicherweise bildet die Schule hier inzwischen besser als früher, und anscheinend haben die Älteren weniger gelernt selbst für sich und manche Dinge ihres Lebens verantwortlich zu sein.

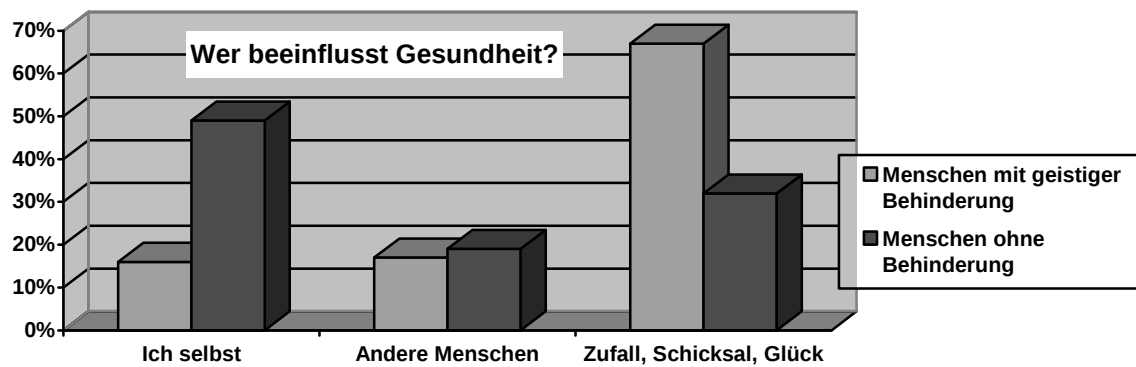


Abb. 1: Wer beeinflusst die Gesundheit? Menschen mit geistiger Behinderung (N=11) und ohne Behinderung (N=40) (LENK 2013, S. 68)

Das spricht dafür, dass Menschen mit Intelligenzminderung über gesundheitsbezogene Kompetenzen verfügen, die sie übrigens eher in der Familie als in der Schule erworben haben (Wo und von wem haben Sie etwas über Gesundheit gelernt? Eltern: 10, Schule: 7, Freunde: 3, Arzt: 3, Bücher: 3, Betreuer: 1, Therapie: 1) – und die sie gerne erweitern würden (Würden Sie gerne etwas über Gesundheit lernen? Ja: 9, Nein: 4, Keine Antwort: 2). Allerdings tendieren sie dazu, Gesundheit und Krankheit eher als schicksalsbedingt und weniger in der eigenen Hand liegend anzusehen. Löhnen müsste es deshalb, ihnen mehr Bildungsangebote zum gesundheitsbezogenen Empowerment zu machen; entsprechende Erwachsenenbildungsangebote sind offenbar eher (zu) gering (KLAUSS 2003a; GERLACH 2013).

Auf Schmerzen bezogenes Empowerment

Schmerzen gehören zum Leben, sie sind wichtige Signale für Risiken und Gefahren. Sie können erheblich das Wohlbefinden beeinträchtigen und auch an der Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Schmerzen zu haben, sie wahrzunehmen und darauf reagieren zu können, gehört ebenso zu den wichtigen gesundheitsbezogenen Kompetenzen wie der Umgang damit und ihre Vermeidung durch Vorbeugung oder Behandlung. Es ist zu fragen, inwiefern Menschen mit geistiger Behinderung diese tatsächlich adäquat wahrnehmen und verstehen können und wie gut es ihnen gelingt, diese mitzuteilen und damit umzugehen.

„Schmerz ist die subjektive Erfahrung einer körperlichen Störung. Gemäß der allgemeinen Schmerzdefinition der IASP ist Schmerz ‚ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (BELOT 2011, 241). Beim Ausdruck des Schmerzes lassen sich vier Komponenten unterscheiden:

Die Sinneskomponente

Die Sensibilität neurophysiologischer Mechanismen ermöglicht eine Dekodierung der Qualität von Schmerzen, ihrer Intensität, ihrer Dauer und der Stelle, an der sie auftreten. Diese Dekodierung erfolgt keinesfalls proportional zur Intensität des Stimulus und variiert sehr zwischen den Individuen. Schmerz ist ein Indikator, eine Warnreaktion und auch ein Alarmsignal wie Hunger oder Durst.

Die emotionale und affektive Komponente

Schmerz ist ein unangenehmes bzw. schwer erträgliches Erlebnis. Er greift an, ängstigt, ermüdet, strapaziert und sorgt für Niedergeschlagenheit, verändert die Stimmungslage einer Person (bis hin zu Depression und Apathie) und die Persönlichkeit (Abkapselung, Jähzorn, Intoleranz, ...). Schmerz kann das affektive Gleichgewicht und die Kommunikation der Person mit ihrer Umgebung stören.

Die kognitive Komponente

Hier geht es um die Vorstellung und das Wissen, die eine Person vom Schmerz hat, um ihre Haltung gegenüber dem Schmerz sowie um den Sinn, den sie dem Schmerz gibt. Schmerz kann aber auch kognitive Störungen erzeugen, u. a. veränderte geistige Aufmerksamkeit oder Antizipationsprozesse, welche die Wahrnehmung der Person verändern.

Die Verhaltenskomponente

Schmerz hat Auswirkungen auf die Fähigkeiten der Person, auf ihr Verhalten und auf ihre Aktivität im Alltag. Anzeichen für Schmerz können motorische Äußerungen (u. a. Einschränkung der Bewegungen, Schmerz vermeidende Haltung, Einschränkung der Aktivitäten) und verbale Äußerungen sein (u. a. spontane Äußerungen oder Äußerungen auf Nachfragen, wiederholtes und überhand nehmendes Klagen). Das Klagen über Schmerzen gehört zu der Art und Weise, wie die Person kommuniziert. (BELOT 2011, 241f.)

Schmerzen sind eine Art Kompetenz, wenn man sie z.B. als Indikator für (gesundheitliche) Probleme nutzt. Bei der bereits erwähnten Erhebung in einem Wohnstätten-Stammtisch zeigt sich, dass von den Menschen mit Behinderung 40% angaben, aktuell unter körperlichen Schmerzen zu leiden, während das von den Menschen ohne Behinderung nur 17% sagten (LENK 2013). Allerdings gibt es keinen direkten Zusammenhang zwischen Schmerzen und der Selbsteinschätzung als gesund oder krank. Möglicherweise zeigt sich hier ein Problem, eine Einschränkung der Kompetenz, Schmerzen in ihrer Hinweis- und Schutzfunktion wahrzunehmen und zu identifizieren.

Einschränkungen der Schmerz-bezogenen Komponenten dürften bei Menschen mit geistiger und vor allem auch schwerer Behinderung bei allen angesprochenen Aspekten vorliegen:

- Bei der Sinneskomponente: Es gibt Schwierigkeiten mehrfach behinderter Menschen, ihren Körper wahrzunehmen und eine Vorstellung davon zu entwickeln. Sie können sich selbst nur mit Schwierigkeiten und Irritationen wahrnehmen – und damit auch ihren Schmerz.
- Bei der kognitiven Komponente: Ihr Körper ist funktionell beeinträchtigt, das Erforschen des Körpers und ihre Tätigkeiten werden durch eine verringerte Mobilität erschwert. Zusammenhänge werden möglicherweise nicht verstanden. Kommunikation und Wissen sind beim Fehlen der gesprochenen Sprache stark begrenzt. Das Sammeln von Erfahrungen ist begrenzt, wenn man in vollständiger Abhängigkeit lebt, sich nicht selbst ernähren, waschen, anziehen und berühren kann und wenn man nicht über sich selbst sprechen kann.
- Bei der emotionalen und affektiven Komponente: Wenn Schmerzen nicht verstanden und eingeordnet werden können, bleibt häufig nur die spontane emotionale Reaktion in Form von Aggression – oder auch von depressivem Rückzug.
- Bei der Verhaltenskomponente: Mehrfach behinderte Menschen tun sich schwer, anderen ihre Schmerzen verständlich zu machen. Die Sprache stellt bei der Analyse des Schmerzphänomens ein wesentliches Element dar. Mehrfach behinderte Menschen sprechen aber möglicherweise nur mit ihrem Körper – der sich oft nur unter großen Schwierigkeiten bewegt und äußert. Sie sind abhängig davon, dass andere die Zeichen interpretieren, die sie über den Körper äußern (BELOT 2011, 244f.).

Schmerzen – als zu bewältigendes Problem

Wenn Schmerzen in diesem Sinn als eine Art Kompetenz zu verstehen sind, stellt sich die Frage, wie diese gefördert werden kann – als Förderung der Wahrnehmung, des kognitiven Verstehens, des emotionalen Umgangs damit und der eigenen Handlungskompetenzen.

Zugleich sollte aber bedacht werden, dass Schmerzen nicht nur eine Art Kompetenz, sondern auch ein zu bewältigendes Problem darstellen. Schmerzen belasten den Menschen, sie stören ihn, und sie können dazu führen, dass er sich vor ihnen fürchtet und Angst vor ihnen hat. Die Erinnerung daran kann tief in den Körper eindringen und die Erinnerung an vergangenes Leiden kann Besitz vom Menschen ergreifen, kann ihn blockieren und daran hindern, Gegenwart und Zukunft zu leben. Schmerzen hindern an dem, was wir mit der ICF als participation, als Teilhabe bezeichnen. Stellen Sie sich vor, Sie hätten gerade Magenkrämpfe oder heftige Kopfschmerzen. Das zieht die Aufmerksamkeit auf sich und hindert daran, sich an anderem zu beteiligen. Schmerzen isolieren, machen einsam, man beschäftigt sich damit und will mit

anderen nichts zu tun haben. Das Gleiche gilt beispielsweise für Kinder in der Schule: Wie sollen sie sich am Unterricht beteiligen, wenn Schmerzen, Unwohlsein oder andere körperliche Störungen sie belasten, ablenken, ihre Aufmerksamkeit fordern?

Wie gehen Menschen mit geistiger und vor allem auch mit mehrfacher Behinderung mit Schmerzen um, über welche Bewältigungsstrategien verfügen sie in diesem Bereich? Vermutlich haben sie ein erhöhtes Risiko, im Zusammenhang mit Erkrankungen, aber auch wegen motorischer und anderer Beeinträchtigungen von Schmerzen betroffen zu sein. Sie sind oft auch physisch stark belastet, muskuläre Spannungen, Kontrakturen, funktionelle Störungen und auch frühzeitige Verschleißerscheinungen beeinträchtigen das Wohlbefinden und führen sehr oft zu akutem und chronischem Schmerz. (BELOT 2011, 241).

Schmerzempfindungen können vom Furunkel an einem Aufliegepunkt resultieren, ein Kribbeln und Brennen aufgrund von Bewegungslosigkeit darstellen, durch Magenschleimhautentzündungen und Aufstoßen verursachte Verbrennungen repräsentieren, als heftige und gut lokalisierbare Schmerzen bei Brüchen, beim Verschlucken, bei falschen Bewegungen während der Körperpflege oder des Anziehens auftreten. Zahnschmerzen, Ohrentzündungen, Verschleimung von Rachen und Bronchien, durch eine unbequeme Haltung bedingte Schmerzen oder durch athetotische Bewegungen bedingte Schock- und Spannungszustände und viele weitere Schmerzempfindungen kommen vor (BELOT 2011, 243).

Was tut man bei akutem oder chronischem Schmerz, also beispielsweise bei Zahnschmerzen, Mittelohrentzündung, bei brennender und entzündeter Haut (Neurodermitis etc.), bei drückenden Schienen an den Beinen u.a.m.? Wir würden Hypothesen zur Ursache generieren, ggfs. selbst etwas unternehmen oder einen Arzt aufsuchen, vielleicht auch die Schmerzen ertragen und warten, bis sie vorübergehen.

Am Beispiel von Volker, eines jungen Mannes mit einer Hemiplegie und starker kognitiver Beeinträchtigung, lässt sich nachvollziehen, wie aus dem Versuch, Schmerzen zu managen, beispielsweise eine massive Selbstschädigung entstehen kann. Volker schlägt sich auf die Ohren; wenn er einen Helm zum Schutz trägt, auch gegen das Kinn und gegen die Schädelknochen. Es lässt sich nicht exakt bestimmen, unter welchen Bedingungen er das tut. Es fällt aber auf, dass er sich häufiger schlägt, wenn er seine orthopädischen Schuhe trägt – Druckstellen sind erkennbar. Es gibt aber auch Hinweise auf eine Ohrenentzündung und Kopfschmerzen. Es ist möglich, dass er entdeckt hat, dass er durch selbst zugefügte Schmerzen die anderen leichter ertragen kann. Sein selbstverletzendes Verhalten wäre dann eine Art Kompetenz zum Schmerzmanagement – allerdings eine sehr widersprüchliche Kompetenz, die zu

noch stärkerer Selbstschädigung führt. Weshalb greift Volker zu diesem Mittel? Die Schmerzen spürt er offenbar. Er kann sie aber nicht verstehen, einordnen – allenfalls insofern, als er dorthin haut, wo es schmerzt. Ihm fehlt aber die Möglichkeit, selbst etwas anderes zu tun zur Schmerzlinderung oder auch diese so zu kommunizieren, dass andere die Chance haben, ihm zu helfen. Es bleibt ihm, völlig auf sich gestellt, nur diese Möglichkeit des selbstverletzenden Verhaltens (SVV).

Tatsächlich scheint dieser Zusammenhang zwischen Schmerzen und – selbst gefundenem Managen durch – SVV häufig vorzukommen. Nach BIENSTEIN & WARNKE (2013) können chronische Gesundheitsprobleme wie Mittelohrentzündung, Regelschmerzen und Schlaf- oder Magenstörungen SVV hervorrufen. In einer englischen Studie (PELLICER et al. 1998) wird beispielsweise das häufig beim Lesch-Nyhan-Syndrom (LNS) auftretende SVV als Problem v.a. des Schmerzbewusstseins diskutiert. Zusammenhänge lassen sich auch in Bezug auf schmerzhaft oder juckende Hauterkrankungen, entzündliche Prozesse im Ohr etc. beobachten (KANE & NÖSSNER 2003; SARIMSKI 1997; KLAUSS 1987). SVV tritt in einigen Fällen bei Menschen auf, deren Schmerzempfinden gestört ist; der Zusammenhang variiert allerdings stark, so dass eine Vorhersage im Einzelfall schwierig ist (SCHROEDER et al. 2001, 8).

Umgekehrt kann jedoch nicht aus jeder Form des SVV auf Schmerzen geschlossen werden – die möglichen Bedingungen dieser wie anderer problematischer Verhaltensformen sind vielfältig und selten eindeutig. Die Reaktion auf Schmerzen ist eher unspezifisch und es ist sehr schwierig, den Anlass dafür zu identifizieren (KLAUSS 2003a; KANE & NÖSSNER 2003). Oft kann hier nur mit Hypothesen gearbeitet werden, die dann durch den Versuch einer adäquaten Behandlung überprüft und möglicherweise korrigiert werden müssen.

Pädagogische Konsequenzen und Möglichkeiten

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus? Zu fragen ist vor allem, wie die eigene gesundheitsbezogene (hier vor allem mit Schmerzen zusammenhängende) Kompetenz gefördert werden kann. Also die Förderung von Schmerz als Kompetenz als die Fähigkeit, diesen zu haben und wahrzunehmen, zu verstehen, zu kommunizieren und Handlungskompetenzen daraus abzuleiten. Zum anderen die Möglichkeiten, mit Schmerz umzugehen – individuell, aber auch durch Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen. Zu fragen ist aber auch, wie die Menschen in ihrem Umgang mit Schmerzen unterstützt werden können, die solche Kompetenzen nicht selbst ausbilden können und darauf angewiesen sind, dass andere erkennen können,

ob und welche Schmerzen sie haben und ihnen dann entsprechende Hilfen anbieten.

Eigene Kompetenz fördern

In der Pädagogik unterscheiden wir bei der Gestaltung von Lernangeboten unterschiedliche Aneignungsniveaus, Entwicklungsstufen und Lernmöglichkeiten, wie sich Menschen die Welt, die Kultur zu eigen machen können (MKJS BW 2009). Auch schmerzbezogene Kompetenzen lassen sich solchen unterschiedlichen Formen der Aneignung zuordnen:

- Bei GERLACH (2013) geben die MitarbeiterInnen in allen Einrichtungen an, dass Schmerzen nicht von allen behinderten Menschen wahrgenommen und adäquat eingeschätzt werden. Offenbar gibt es Menschen mit Behinderung, die nicht merken, wenn sie krank sind oder dies auch nicht äußern können. Dies könnte an einer veränderten Wahrnehmung und einem reduzierten Schmerzempfinden liegen, sowie an fehlenden kognitiven oder kommunikativen Fähigkeiten. Sie sind besonders auf ihre Betreuer angewiesen, die erkennen müssen, wann eine mögliche Krankheit vorliegt und dementsprechend Maßnahmen ergreifen (GERLACH 2013). Im Sinne der basal-perzeptiven Aneignung sollten Menschen mit geistiger Behinderung lernen können, den eigenen Körper wahrzunehmen – auch verschiedene Arten von Schmerz zu unterscheiden und ein Gefühl dafür zu bekommen, ob es ihnen gut oder schlecht geht, ob etwas schmerzt oder sich angenehm anfühlt. Die Wahrnehmung von Veränderungen im Körper, von An- und Entspannung, kann durch konkrete Angebote der Bewegung, der Entspannung u.a.m. angeregt und gefördert werden. Die Basale Stimulation (FRÖHLICH 1998) hat hier beispielsweise ein breites Angebotsspektrum.
- Auf der Wahrnehmung aufbauend sollten Menschen mit Behinderung die Möglichkeit erhalten, eine Vorstellung davon zu entwickeln, sich ein Bild von ihrer körperlichen Verfassung und deren Bedingungen zu machen. Nach der Befragung von GERLACH (2013) können nur wenige der Menschen mit geistiger Behinderung gut einschätzen, ob sie krank sind. Sie sollten einen Zusammenhang herstellen können zwischen dem, was sie spüren und fühlen und körperlichen Störungen, diesen erkennen und identifizieren können. Das entspricht der ‚anschaulichen‘ Aneignung und kann konkret bedeuten, dass man mit Bildern oder auch einem Torso arbeitet und daran z.B. verdeutlicht, wo das Innenohr sitzt, dessen Entzündung Schmerzen verursachen kann. Dass eine gerötete Haut ‚brennt‘ kann so anschaulich begriffen werden und auch dass ein ‚aufgeblasener‘ Bauch drücken und schmerzen kann.

- Je nach kognitivem Niveau können auch Kenntnissen und Wissen zu Gesundheit und Krankheit sowie zum möglichen Zusammenhang zwischen Schmerzen und gesundheitlicher Störung angeeignet werden („begrifflich-abstrakt“). Dazu gehörten auch Kenntnisse über verschiedene Krankheiten und deren Ursachen und Folgen – und Kenntnisse darüber, wer und was einem wobei helfen kann.
- Schließlich geht es um konkrete Handlungskompetenz („konkret gegenständliche Tätigkeit“), also konkret etwas tun zu können, um Schmerzen bzw. die Störung, für die sie stehen, zu beeinflussen. Nach GERLACH (2013) können selbst die „fitteren“ Bewohner nicht selbstständig mit möglicher Krankheit umgehen, und sie kennen keine ersten Selbsthilfemaßnahmen wie Bettruhe, Tee etc. Zur Handlungskompetenz gehört bei den Schmerzen auch, diese unterscheiden und benennen zu können, sie zu lokalisieren und dies erfolgreich mit anderen zu kommunizieren, sodass diese helfen können. Aber auch die ‚Selbsthilfe‘ sollte beachtet werden; wie wir gesehen haben, trauen Menschen mit geistiger Behinderung sich hier tendenziell eher weniger zu.

Bildungsangebote zu Schmerzen und Gesundheit

Die Ausbildung solcher Kompetenzen braucht Bildungsangebote. Die Bildungspläne der Schulen thematisieren inzwischen zumindest das Thema Gesundheit. Manche Wohneinrichtungen und Werkstätten beschäftigen sich in der alltäglichen Betreuung, teilweise auch bei ‚pädagogischen Tagen‘ mit dem Thema Gesundheit. Fortbildungsangebote sind ausbaubar.

Unterstützung der Wahrnehmung und Identifizierung von Schmerzen durch Dritte

Bei Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung stößt der Versuch, eigene Kompetenzen in Bezug auf Schmerzen zu fördern, an Grenzen. Bei ihnen können Schmerzen einen Teufelskreis auslösen: Sie haben Schmerzen und können sich nicht selbst helfen. Angesichts einer gravierend beeinträchtigten Kommunikation führt das unbewältigte Problem zu selbst gefundenen ›Lösungen‹ mit häufig selbstschädigendem Charakter.

Schmerzäußerungen dieser Menschen „sind oft diffus und geben keinen unmittelbaren Anhaltspunkt für Ort und Ursache des Schmerzes, manche Äußerung wird nicht einmal als solche erkannt.“ (BELOT 2011, 241) Für sie kann es erforderlich sein, mit Hilfe eines Beobachtungsinstrumentariums eine verhaltensorientierte Evaluierung des Ausdrucks von Schmerz durchzuführen - beispielsweise mit der EDAAP3-Schmerzskala, die im Krankenhaus Hôpital Marin im französischen Hendaye erarbeitet wurde (BELOT 2011). Die Skala umfasst elf Kriterien. Jedes Kriterium wird mit 0 bis 3, 4 oder 5 bewertet. Der

maximal mögliche Score beträgt 41 Punkte. Da die sprachliche Kommunikation fehlt, werden im Wesentlichen somatische Ausdrucksmöglichkeiten und psychomotorische Auswirkungen genutzt:

Somatische Ausdrucksmöglichkeiten:

- Klagen somatischer Art wecken Aufmerksamkeit: Weinen, Schreie, Lautäußerungen;
- Neurovegetative Anzeichen: Röte, Blässe, Schweiß, Übelkeit, Erbrechen, Zittern, Hypotension, Tachykardie, Beschleunigung der Atemfrequenz;
- Schmerzvermindernde Stellungen des Körpers in der Ruhephase. Mit ungewöhnlichen Stellungen wird versucht, Schmerzen zu vermeiden oder zu lindern;
- Erkennen und Schutz von schmerzhaften Bereichen;
- Schlafstörungen: Wenn Schlafstörungen normal sind, mit 0 bewerten. Bei punktuell unruhigem Schlaf mit 1 bewerten. Einschlafprobleme und nächtliches Aufwachen mit 2 bewerten.

Psychomotorische Auswirkungen:

- Tonus-Änderungen
- Mimik: Die normale Mimik wird mit 0 bewertet. Eine veränderte Mimik wird mit 1 bewertet. Lächeln, Mimik und Blick können Gefühle und Emotionen zum Ausdruck bringen (Freude, Angst, Traurigkeit, willentliche Gleichgültigkeit, Flucht, Opposition, Schmollen, Unbehagen usw.). Über die non-verbale Kommunikation können nur allgemeine und wenig differenzierte Botschaften weitergegeben werden. Daher muss der Kontext beschrieben werden, um Interpretationsfehler zu vermeiden.
- Ausdruck des Körpers: Unruhe.
- Reaktionen bei schmerzhaften Behandlungen (Behandlung wund gelegener Stellen, Wundverband, Verbrennungen, Fäden ziehen, Blutabnahme aus der Vene, Einläufe usw.): Die Person reagiert mit Angst und körperlicher Kontraktion. Der Rückzug entspricht dem Versuch, einer Sache aus dem Wege zu gehen. Niedergeschlagenheit ist ein Zustand der allgemeinen Abkapselung.
- Veränderungen der individuell gewohnten Art der Kommunikation: Reaktionen auf Interaktionen.
- Veränderungen beim Interesse an der Umwelt: Reaktionen auf Reize (akustische oder visuelle Reize, Geschmacksreize usw.) bei Mahlzeiten und angebotenen Aktivitäten. Intensivierung oder Veränderung des üblichen Verhaltens: Einige Äußerungen wie Selbstverstümmelung oder Selbstaggression sind interessante Indikatoren zur Anzeige eines inneren Schmerzes, unabhängig davon, ob sie auf den Schmerzbereich gerichtet

sind. Die kognitive Effizienz, die physiologische (funktionale) Reife und der Ausdruck durch Verhaltensweisen korrelieren miteinander. (BELOT 2011, 247, 250 f.)

Schluss

Schmerzen und der Umgang mit ihnen gehören zum Thema ‚Gesundheit‘ und erweisen sich als Bereich, in dem Menschen mit geistiger Behinderung durchaus Kompetenzen aneignen können, dabei aber doch deutlich eingeschränkt erscheinen, abhängig vor allem vom Grad ihrer intellektuellen und körperlichen Beeinträchtigung. Es lohnt jedoch, die entsprechenden Kompetenzen durch passende Angebote zu fördern und die Menschen zu befähigen, Schmerzen wahrzunehmen, zu verstehen, zu kommunizieren und auch selbst auf sie einzuwirken. Es ist aber auch notwendig, die Schmerzdiagnostik bei den Menschen, die nicht – wie üblich – über Art und Intensität ihrer Schmerzen berichten können, zu erweitern und alle möglichen Ausdrucksmittel einzusetzen, über die auch stark beeinträchtigte Menschen verfügen.

Literatur

- BELOT, M. (2011): Der Ausdruck des Schmerzes bei Menschen mit Mehrfachbehinderung. In: FRÖHLICH, A.D., HEINEN, N., KLAUSS, T. & LAMERS, W. (Hrsg.): Schwere und mehrfache Behinderung interdisziplinär. Athena Verlag, Oberhausen, S. 241-255
- BIENSTEIN, P. & WARNKE, A. (2013): Ätiologie. In: BIENSTEIN, P. & ROJAHN, J. (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen, S. 56-92
- GERLACH, N. (2013): Gesundheitliche Unterstützungs- und Bildungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung. Wissenschaftliche Hausarbeit, PH Heidelberg, unveröff.
- HOFMANN, C., KUNISCH, M., STADLER, B. (1996): 'Ich spiel jetzt in Zukunft den Depp'. Geistige Behinderung und Selbstbild. In: Geistige Behinderung 1, S. 26-41
- KANE, J. F., NÖSSNER, C. (2003): Selbstverletzendes Verhalten und Juckreiz. Eine Herausforderung für die Kooperation zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin. In: KANE, J.F., KLAUSS, T. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg, S. 149 - 176
- FRÖHLICH, A. (1998): Basale Stimulation. Das Konzept. Düsseldorf
- KLAUSS, T. (2003a): Die Bedeutung des Körpers und seines Wohlbefindens in der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In: KANE, J.F., KLAUSS, T. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg, S. 11-38
- KLAUSS, T. (1987): Autoaggressives Verhalten bei geistig Behinderten. In: Geistige Behinderung 2, S. 108-118.
- LENK, V. (2013): Gesundheitsbezogene Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Wissenschaftliche Hausarbeit, PH Heidelberg, unveröff.
- MINISTERIUM FÜR KULTUS, JUGEND UND SPORT BADEN-WÜRTTEMBERG (MKJS BW) (2009): Bildungsplan 2009. Schule für Geistigbehinderte. Stuttgart
- NICKLAS-FAUST, J. (2008): Gesundheit ist das Wichtigste ... Wie die medizinische Versorgung geistig behinderter Menschen noch besser werden kann.

http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/gesundheit-ist-das.php
(Zugriff am 05.03.2011)

PELLICER, F., BUENDIA-ROLDAN, I., PALLARES-TRUJILLU, V.C (1998): Self-mutilation in the Lesch-Nyhan syndrome: a corporal consciousness problem? a new hypothesis. *Medical Hypotheses* 50 (1), 43-47

SARIMSKI, K.(1997): *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. Göttingen

SCHROEDER, S.R./OSTER-GRANITE, M.L./BERKSON, G./BODFISH, J.W./BRESSE, G.R./CATALDO, M.F./COOK, E.H./CRNIC, L.S./DELEON, I./FISHER, W./HARRIS, J.C./HORNER, R.H./IWATA, B./JINNAH, H.A./KING, B.H./LAUDER, J.M./LEWIS, M.H./NEWELL, K./NYHAN, W.L./ROJAHN, J./SACKETT, G.P./SANDMAN, C./SYMONS, F./TESSEL, R.E./THOMPSON, T./WONG, D.F. (2001): Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships. In: *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* (7), S. 3-12.

Schmerzen erkennen und diagnostizieren

Peter Martin

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind sehr häufig von schmerzhaften Erkrankungen und Schmerz verursachenden Prozeduren betroffen (CARR & OWEN-DESCHRYVER 2007; BOTTOS & CHAMBERS 2006; TERSTGEN et al. 2003; WEINER et al. 1999). Andererseits ist es Kindern und Erwachsenen mit Entwicklungsstörungen oftmals nicht möglich, ihre Schmerzen verbal mitzuteilen. Die Unfähigkeit, Schmerzerleben zu kommunizieren, teilen Personen mit geistiger Behinderung, Autismus oder schweren Cerebralpareesen mit solchen, die sich infolge anderer Ursachen (z.B. Demenzen, schwere Aphasien, chronische Schizophrenien) sprachlich nicht hinreichend verständlich machen können. Bei Entwicklungsstörungen liegen aber andere Gehirnveränderungen, Biografien und Lernprozesse über die Lebenszeit hinweg vor, sodass ein Vergleich mit später im Leben entstandenen Erkrankungen, wie mit den genannten, nicht ohne weiteres gerechtfertigt ist.

Schmerzerkennung und Schmerzmanagement sind stark von den Ansichten und Einstellungen des behandelnden Fachpersonals abhängig. Dieser Effekt scheint noch stärker bei Patienten mit schweren Entwicklungsstörungen ausgeprägt zu sein (BODFISH et al. 2006; OBERLANDER & O'DONNELL 2001). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Schmerzwahrnehmung und vor allem Reaktionen auf Schmerz sehr stark von Entwicklungs-, kognitiven – und kulturellen Faktoren abhängig sind und Schmerz nicht quantifizierbar ist. Auch Menschen mit leichter Intelligenzminderung (und Trisomie 21) zeigen in ihrem Verhalten auf Schmerzreize Abweichungen gegenüber dem von Personen mit durchschnittlicher Intelligenz, weil sie langsamer reagieren und Schmerzen weniger präzise zuordnen können (HENNEQUIN et al. 2000; DEFRIN et al. 2006).

Diese Besonderheiten im Schmerzverhalten und in der Kommunikation von Schmerz können dazu führen, dass Menschen mit Entwicklungsstörungen bei Schmerzen oft nicht ausreichend analgetisch behandelt werden und dass schwerwiegende Diagnosen erst viel zu spät gestellt werden (KHALID & AL SALAMAH 2006; FOLEY & MCCUTCHEON 2004; MALVIYA et al. 2001; JANCAR & SPELLER 1994; BIERSDORFF 1991).

Deshalb ist es notwendig, dass stets versucht wird, mit größter Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Konsequenz Schmerzverhalten bei dieser Personengruppe zu erkennen, zuzuordnen und zu behandeln. Dabei ist ein systematisches Vorgehen anzuraten (siehe Tab. 1), dessen Elemente und Schritte im Folgenden dargestellt werden.

**Tab. 1: Schritte der Schmerzdiagnostik bei Patienten mit geistiger Behinderung/
Entwicklungsstörungen**

A Beantwortung der Fragen: 1. sind Verhaltensänderungen eingetreten, die auf Schmerzen hinweisen? 2. liegen Erkrankungen, Prozeduren, Umstände vor, die mit Schmerzen verbunden sein könnten?
B gezielte Beobachtung unter Einsatz standardisierter Instrumente (z.B. PADS) ☐ im Team ☐ unter Einbeziehung von Angehörigen / Betreuern
C ausführliche klinische Untersuchung unter Einbeziehung syndrom- oder störungsspezifischer Organveränderungen
D Behandlungsversuch mit Analgetika ☐ über längere Zeit (entsprechend den WHO-Empfehlungen) ☐ akut (z.B. S-Ketamin, Morphin) (unter kontinuierlicher standardisierter Erfassung des Schmerzverhaltens)
E Screening-Untersuchungen ☐ Labor ☐ Ultraschallstudium des Abdomens ☐ Röntgen-Übersicht des Abdomens (kann in einzelnen Fällen hilfreich sein) ☐ Infrarot-Kamera (falls verfügbar) ☐ Ganzkörper-Szintigrafie
F gezielte Untersuchung, entsprechend den Ergebnissen der vorausgehenden Schritte (z.B. Endoskopie, Kernspintomografie)

Entscheidend ist zunächst, dass überhaupt die Frage gestellt wird, ob Schmerzen bei einer Person bestehen können. Hier sollte die Schwelle sehr niedrig gewählt werden, auch auf die Gefahr hin, dass z.B. Verhalten, das völlig andere Ursachen hat, fälschlicherweise mit Schmerzerleben in Verbindung gebracht wird.

Anlass, darüber nachzudenken, ob eine Person, die sich nicht sprachlich äußern kann, Schmerzen erlebt, können einerseits Verhaltensänderungen dieser Person sein und andererseits Erkrankungen, Prozeduren und Umstände, denen die Person ausgesetzt ist und die erfahrungsgemäß zu Schmerzen führen können.

Das Spektrum von Verhaltensweisen und Verhaltensänderungen, die potenziell Schmerzen anzeigen, ist sehr weit. Es reicht von Rückzug und verminderter Aktivität über selbstverletzendes Verhalten bis hin zu einem Einstellen von z.B. sonst kontinuierlich zu beobachtenden Stereotypen. Bei einem jungen Mann mit schwerer geistiger Behinderung äußerten sich Schmerzen im Zusammenhang mit einer Appendizitis darin, dass er, der sonst seit vielen Jahren ständig die linke Hand am linken Ohr hielt, beide Hände ruhig in den Schoß legte. Deshalb ist es entscheidend wichtig, möglichst viele Informationen

über das bisher bekannte Verhalten der betroffenen Person in unterschiedlichen Zuständen und Situationen, insbesondere auch bei Schmerzen, von Angehörigen und Betreuern zu erfragen. Dabei sollte nie vergessen werden, auf quantitative Veränderungen von Problemverhalten zu achten; d.h. herauszuarbeiten, ob sich ein seit längerer Zeit bestehendes, z.B. selbstschädigendes Verhalten aktuell gesteigert hat, im Sinne einer sogenannten Baseline exaggeration (SOVNER 1986). Jegliche Verhaltensänderung sollte Anlass geben, zunächst auch an das Vorliegen von Schmerzen zu denken. Eine Erfassung von Schmerzverhalten lege artis bei Personen mit schweren Entwicklungsstörungen ist in der Regel ohne Einbeziehen einer langjährigen Bezugsperson des Patienten nicht möglich.

Sehr viele Prozeduren in der Pflege und Therapie sind potenziell mit Schmerzen verbunden. Lagerung, Transfer, Schneiden der Nägel, anlegen von Orthesen oder Venenpunktionen seien nur beispielhaft genannt. Dieser Umstand verpflichtet alle Beteiligten zu achtsamem, umsichtlichem und dann auch, wo immer möglich, zu präventivem Handeln.

Bei Personen mit Cerebralparesen können aus den unterschiedlichsten Gründen Schmerzen auftreten, wobei immer bedacht werden sollte, dass im Einzelfall erst durch zusätzliche Faktoren, wie z.B. häufigerem oder längerem Liegen aufgrund einer akut hinzutretenden Erkrankung, eine Gelenkfehlstellung oder spastische Tonuserhöhung schmerzhaft werden.

Im Rahmen seltener bzw. genetischer Syndrome, die mit Entwicklungsstörungen verbunden sind, treten häufig spezifische, potenziell schmerzhaft, akute Erkrankungen auf, an die bei einer plötzlichen Verhaltensänderung der von diesem Syndrom betroffenen Person gedacht werden muss. So kann es beispielsweise im Rahmen einer tuberösen Sklerose zu akuter Hirndrucksteigerung infolge eines subependymalen Riesenzelltumors, Darmischämien durch okklusive Gefäßveränderungen, zu Rupturen von Angiomyolipomen der Nieren oder zu einem Pneumothorax bei Lymphangiomyomatose der Lungen kommen (MARTIN 2012). Analoge Beispiele ließen sich für eine Vielzahl anderer Syndrome nennen. Immer muss dann aber bei akuter, auf Schmerzen hinweisender Verhaltensänderung auch an nicht syndromspezifische Erkrankungen (z.B. Zahnschmerzen) gedacht werden. Wichtige Hinweise können sich auch aus der Situation bzw. Position in der möglicherweise Schmerzen verursachendes Verhalten beobachtet wird, ergeben. So verstärken sich Symptome eines gastro-oesophagealen Reflux oder eines Hydrozephalus/einer Shuntinsuffizienz typischerweise in liegender Position.

In einem weiteren Schritt gilt es bei der klinischen Untersuchung Verhalten, das auf Schmerzen hinweist, zu erfassen. Obwohl Schmerzreaktionen bei Menschen mit Entwicklungsstörungen interindividuell sehr unterschiedlich

sind, zeigen sie sich im Erwachsenenalter häufig in mimischen Bewegungen (BALDRIDGE & ANDRASIK 2010; VAN DER PUTTEN & VLASKAMP 2011). Anders als bei Personen mit leichteren Formen der Intelligenzminderung können bei schwerer und schwerst geistig behinderten Menschen dabei nicht so deutlich Gesichtsbewegungen beobachtet werden, welche z.B. zu einer Vertiefung der Nasolabialfalte, Verziehen des Mundes oder Verengung der Lidspalten führen, sondern häufig nur eine Bewegungsstarre des Körpers (sog. freezing), die sich vor allem im Gesicht manifestiert (DEFRIN et al. 2006).

Während für Kinder mit Entwicklungsstörungen bereits zahlreiche standardisierte Instrumente zur systematischen klinischen Erfassung von Schmerz entwickelt wurden stehen solche für Erwachsene erst seit kurzem zur Verfügung. Mit der Pain and Discomfort Scale (PADS) wurde von Bodfish und Mitarbeitern eine Möglichkeit geschaffen, bei Patienten mit schwerer und schwerster geistiger Behinderung und zusätzlichen Bewegungsstörungen oder körperlichen Fehlbildungen, akute und chronische Schmerzen in zu erfassen (BODFISH et al. 2006). Dabei werden während einer systematischen Untersuchung (Pain Examination Procedure = PEP) Symptome und Reaktionen in fünf Kategorien (Stimmung und Interaktion, Lautgebung, Gesichtsausdruck, Körper- und Gliedmaßenbewegungen, vegetative Symptome) bewertet. Die PADS arbeitet mit ausgewählten, validierten und direkt beobachtbaren Items und benötigt wenig (ca. 10 Minuten) Zeit zur Durchführung und Auswertung. Sie kann auch bei Personen, bei denen wenig über das bisherige Verhalten bekannt ist, durchgeführt werden. Mit dem von BELOT und Mitarbeitern entwickelten Bogen zur Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung (EDAAP-Skala) steht eine zuverlässige Fremdeinschätzungsskala zur Verhaltenseinschätzung hinsichtlich Zeichen von Schmerz zur Verfügung (BELOT et al. 2010). Die Beobachtung und Beurteilung erfolgen durch mehrere Personen, welche den Patienten sehr gut kennen müssen. Insgesamt 11 Kriterien werden bewertet. Die EDAAP ermöglicht eine umfassende Verhaltenserfassung im Sinne einer Basiserhebung. Der Verdacht auf Vorliegen von Schmerz ergibt sich aus einer signifikanten Verhaltensänderung. Es bedarf nur einer kurzen Einarbeitung, jedoch ist die Durchführungsdauer mit 20-30 Minuten länger als die der PADS. Zur sicheren Interpretation muss in der Regel weitere Diagnostik betrieben werden.

Diese besteht bei unklarer Schmerzlokalisation zunächst in einer ausführlichen klinischen Untersuchung aller Organsysteme, einer Labordiagnostik (Blutbild mit Differenzierung, Leber- und Pankreas-Enzymaktivitäten, Elektrolyte, Nierenretentionswerte, CRP, Urinstatus) sowie einem Ultraschallstudium des Abdomens.

Oftmals ist eine Röntgen-Übersichtsaufnahme des Abdomens ebenfalls hilfreich (STOCKMANN 2009). Auch eine Screening-Untersuchung mit der

Infrarot-Kamera kann helfen, potenziell schmerzhafte Veränderungen zu entdecken (RING & AMMER 2012). In vielen Fällen ist auch die Ganzkörper-Technetium-Szintigrafie sehr hilfreich bei der Suche nach Schmerz verursachenden Läsionen (BAJELIDZE et al. 2008).

Parallel oder im Anschluss kann der Versuch unternommen werden, mit schmerzlindernden Substanzen akut (z.B. mit oralem oder auch über eine enterale Sonde verabreichtem S-Ketamin sowie intravenös appliziertem Morphin) zu klären, ob sich das fraglich Schmerzen signalisierende Verhalten beeinflussen lässt. Auch die Verabreichung von Analgetika über längere Zeit (ein bis zwei Wochen, mit Auswahl der Substanzen entsprechend den Empfehlungen der WHO) kann zur Klärung dieser Frage führen. Die probatorische Medikamentengabe sollte immer von sorgfältigen Verlaufsuntersuchungen mit den oben genannten klinischen Instrumenten zur Schmerzerfassung begleitet sein.

Wenn sich der Verdacht auf das Bestehen von Schmerzen erhärtet und eine ungefähre lokalisatorische Zuordnung des Schmerzens verursachenden Prozesses möglich ist, sollte mit gezielter Diagnostik (z.B. Kernspintomografie; in der Regel in Sedierung oder Kurznarkose) zügig weitere Klärung im Hinblick auf kausal therapeutische Möglichkeiten erfolgen.

Auch wenn die dargestellten diagnostischen Schritte sorgfältig gegangen werden, kann nicht in jedem Fall eine befriedigende Klärung der Frage, ob bei einer geistig behinderten Person Schmerzen vorliegen und wodurch diese verursacht werden, erreicht werden. Dennoch sollte nie ein diagnostischer oder therapeutischer Nihilismus das pflegerische und ärztliche Handeln bestimmen und nie die geistige Behinderung / Entwicklungsstörung als solche Begründung dafür sein, nicht bestmögliche Diagnostik und Therapie im Einzelfall erreichen zu wollen.

Literatur

- BALDRIDGE, K.H., ANDRASIK, F. (2010): Pain assessment in people with intellectual or developmental disabilities. *The American Journal of Nursing* 110, 29-35
- BAJELIDZE, G., BELTHUR, M.V., LITTLETON, A.G., DABNEY, K.W., MILLER, F. (2008): Diagnostic evaluation using whole body technetium bone scan in children with cerebral palsy and pain. *Journal of Pediatric Orthopedics* 28, 112-117
- BELOT, M., MARRIMPOEY, P., ROND, F., JUTAND, M.A. (2010): <http://www.bvkm.de/0-10/aktuelles/Schmerz-Skala.html> (Zugriff am 20.1.2014)
- BIERSDORFF, K.K. (1991): Pain insensitivity and indifference: alternative explanations for some medical catastrophes. *Mental Retardation* 29, 359-362
- BODFISH, J.W., HARPER, V., DEACON, J.M., DEACON, J.R., SYMONS, F.J. (2006): Issues in pain assessment for adults with severe to profound mental retardation. In: OBERLANDER, T.F., SYMONS, F.J. (Eds.): *Pain in Children and adults with developmental disabilities*. 173-192

- BOTTOS, S., CHAMBERS, C.T. (2006): The epidemiology of pain in developmental disabilities. In: OBERLANDER, T.F., SYMONS, F.J. (Eds.): Pain in Children and adults with developmental disabilities. 67-87
- CARR, E.G., OWEN-DESCHRYVER, J.S. (2007): Physical illness, pain, and problem behaviour in minimally verbal people with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37, 413-424
- DEFRIN, R., LOTAN, M., PICK, C.G. (2006): The evaluation of acute pain in individuals with cognitive impairment: A differential effect of the level of impairment. *Pain* 124, 312-320
- FOLEY, D.C., MCCUTCHEON, H. (2004): Detecting pain in people with intellectual disability. *Accident and Emergency Nursing* 12, 196-200
- HENNEQUIN, M., MORIN, C., FEINE, J.S. (2000): Pain expression and stimulus localization in individuals with Down's syndrome. *Lancet* 356, 1882-1887
- JANCAR, J., SPELLER, C.J. (1994): Fatal intestinal obstruction in the mentally handicapped. *Journal of Intellectual Disability Research* 38, 413-422
- KHALID, K., AL SALAMAH, S.M. (2006): Surgery for acute abdominal conditions in intellectually-disabled adults. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery* 76, 145-148
- MALVIYA, S., VOEPEL-LEWIS, T., TAIT, R.T., MERKEL, S., LAUER, A., MUNRO, H., FARLEY, F. (2001): Pain management in children with and without cognitive impairment following spine fusion. *Paediatric Anaesthesia* 11, 453-458
- MARTIN, P. (2012): Neurokutane Syndrome – neue Erkenntnisse und Perspektiven am Beispiel der tuberösen Sklerose. Novartis Neuroscience Workshop. Charité Berlin 27.-29.01.2012
- OBERLANDER, T.F., O'DONNELL, M.E. (2001) Beliefs about pain among professionals working with children with significant neurologic impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology* 43, 136-140
- RING, E.F., AMMER, K. (2012): Infrared thermal imaging in medicine. *Physiological Measurement* 33, 33-46
- SOVNER, R. (1986): Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacological Bulletin* 22, 1055-1059
- STOCKMANN, J. (2009): Chronische Obstipation. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 6, S. 8-19
- TERSTEGEN, C., KOOT, H.M., DE BOER, J.B., TIBBOEL, D. (2003): Measuring pain in children with cognitive impairment: pain response to surgical procedures. *Pain* 103, 187-198
- VAN DER PUTTEN, A., VLASKAMP, C. (2011): Pain assessment in people with profound intellectual and multiple disabilities; a pilot study into the use of the Pain Behaviour Checklist in everyday practice. *Research in Developmental Disability* 32, 1677-1684
- WEINER, D., PETERSON, B., KEEFE, F. (1999): Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. *Pain* 80, 577-588

Grundlagen der Schmerzdiagnostik und der medikamentösen Schmerzbehandlung

Hans-Juergen Flender

Definition

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes-und Gefühlserlebnis, das mit aktueller und möglicher Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (International Association for the Study of Pain IASP 1979). Schmerz ist also das, was der Betroffene als Schmerz erlebt, erfährt und beschreibt, er ist prinzipiell subjektiv und findet seinen Ausdruck im verbalen und nonverbalen Verhalten. Der Patient allein ist Maßstab für die Stärke seiner Schmerzen.

Unterscheidung: Akuter und Chronischer Schmerz

Wir unterscheiden akuten und chronischen Schmerz. *Akuter Schmerz* ist Ausdruck einer akuten Erkrankung und dient der Warn- und Alarmfunktion des Körpers mit der Konsequenz weiterer Diagnostik und Therapie. *Chronischer Schmerz* hat diese Warnfunktion verloren, geht über Monate, verselbständigt sich und ist häufig in der Folge mit weitgehenden psychosozialen Konsequenzen wie Isolation, Angst und Depression vergesellschaftet. Chronischer Schmerz wird heute als eigenständige Krankheit, der Chronischen Schmerzkrankheit, aufgefasst. Sie findet sich in der International Classification of Diseases (ICD-10) unter der Ziffer F45.41, der Chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Aspekte der Pathophysiologie des Schmerzes

Um Schmerzen und ihre medikamentöse Therapie besser zu verstehen, sind zunächst pathophysiologische Grundlagen und die Vielzahl von Mechanismen der Schmerzentstehung und Schmerz-Chronifizierung zu erwähnen. Ohne den Anspruch auf eine umfassende Darstellung zu erheben, sollen Auszüge dargestellt werden:

Der Nozizeptor

Der Nozizeptor ist eine Nervenfaserendigung primär afferenter Neurone zur Aufnahme schädigend wirkender Reize. Wir unterscheiden modalitätsspezifische und polymodale Nozizeptoren. Die Stimulation des Nozizeptors erfolgt durch Mediatoren wie Prostaglandin, Bradykinin und

Histamin. Neuropeptide, wie Substanz P und Calcitonin-gene-related peptide CGRP werden sezerniert. Es entsteht eine neurogene Entzündung. Der nozizeptive Reiz wird in ein Aktionspotential umgewandelt, die Afferenz erfolgt durch A- delta und C-Fasern zum Hinterhorn des Rückenmarkes.

Die periphere Sensibilisierung:

Verschiedenste Mechanismen der peripheren Sensibilisierung werden beforscht. Beispielsweise führt die vermehrte Expression von Natriumkanälen zu entsprechend vermehrter Erregbarkeit und Ektopien. Auch die vermehrte Expression verschiedener Rezeptorproteine mit Hitzehyperalgesie sowie von Adrenorezeptoren haben als Endergebnis eine vermehrte Sensibilisierung zur Folge. Im Kontext der peripheren Sensibilisierung sind zudem Entzündungsmediatoren zu nennen. Die Kopplung postganglionärer sympathischer Fasern und nozizeptiver Afferenzen, sog. Ephapsen, mit kreisenden Erregungen wird bei Nervenverletzungen diskutiert (FREYNHAGEN 2008).

Die zentrale Sensibilisierung:

Eine andauernde C- Faseraktivität führt zur Übererregbarkeit von WDR (wide-dynamic-range)- Neuronen mit mechanisch-dynamischer Allodynie, zu einer vermehrten Expression von Calcium-Kanälen und zur Stimulation der second-messenger-Kaskade. Die Verminderung der hemmenden GABA- Interneuronen und die verminderte deszendierende Kontrolle aus übergeordneten Zentren (absteigende Hemmbahn) führen zu Hyperalgesie. Die Ausweitung der kortikalen Repräsentation (neuronale Plastizität) stellt einen wichtigen weiteren Aspekt der zentralen Sensibilisierung dar.

Die Komplexität der Vorgänge bringt BAUMGÄRTNER (2010, 111) zum Ausdruck:

„Das nozizeptive System stellt kein solitäres anatomisch-funktionelles Gebilde mit einem Eingang und einem festen Ziel dar, sondern ist in höchstem Grade plastisch. Während auf Ebene der primären Afferenzen noch nozizeptiv-spezifisch kodierende Neurone identifizierbar sind, die jedoch schon größtenteils polymodalen Charakter haben, kommt es bereits im Rückenmark zu vielfältigen Interaktionen zwischen nozizeptiver und nicht-nozizeptiver Information. Deszendierende serotoninerge, adrenerge und opioiderge Bahnen modulieren über Rezeptorsubtypen und Interaktionen mit anderen Neurotransmittern bereits die Eingänge in das Hinterhorn. Weiter zentralwärts nehmen die Interaktionsmöglichkeiten über den Thalamus und schließlich in den kortikalen Projektionsarealen weiter zu, wo letztendlich die Schmerzempfindung des Individuums entsteht. Die immense Komplexität der möglichen Verarbeitungsschritte und damit die Unvorhersagbarkeit der individuellen

Schmerzempfindung machen die Erforschung des nozizeptiven Systems zu einer wichtigen Herausforderung.“

Die pathophysiologische Betrachtungsweise des Schmerzes ist nur ein biologischer Teilaspekt des Gesamtproblems. Unser heutiges Verständnis von Schmerz geht darüber hinaus. Schmerz ist immer als bio- psycho- soziales Bedingungsgefüge zu verstehen. Erst mit diesem Grundverständnis von Schmerz entsteht ein sinnvoller und umfassender Therapieansatz. *Es wird damit deutlich, dass jede Schmerzempfindung nur individuell sein kann.*

Schmerzanamnese-/Analyse

Wie gehen wir grundsätzlich praktisch vor?

Der Prozess der Schmerzanamnese-/analyse sollte die folgenden Punkte beinhalten:

- Strukturiertes Interview anhand des DSG-/ DGS-Schmerzfragebogens inklusive psychologisch/psychosomatisches Screening
- Sichtung sämtlicher Vorbefunde, der Vordiagnostik und bisheriger Therapieversuche
- Schmerzstärkenerfassung (NRS, VAS), Charakter (s.u.), zeitliche Entwicklung, Verarbeitung, Schmerzschwelle, Eigenbericht
- Körperliche Untersuchung (Neuroorthopädische, manualdiagnostische U.)
- Entwicklung eines zeitlich und therapeutisch/ methodisch abgestuften Diagnostik- und Therapiekonzeptes in Abstimmung mit dem Patienten
- Schmerzbezogene, biopsychosoziale Diagnosen
- Einschätzung des Chronifizierungsgrades nach Gerbershagen I-III (MPSS)

Der Schmerzcharakter

Die Unterscheidung der Schmerzcharaktere ist praxisrelevant. Sie entscheidet auch über die differenzierte Therapie mit Analgetika und KoAnalgetika.

Nozizeptorschmerz

Wir unterscheiden somatischen und viszerale Schmerz. Der somatische Schmerz tritt in Knochen, Gelenken, und Muskeln auf, ist umschrieben/lokal und hat einen dumpfen, ziehenden Charakter. Viszeraler oder Eingeweide-Schmerz ist im Gegensatz schlecht lokalisierbar und wird als kolikartig/dumpf wahrgenommen.

Neuropathischer Schmerz

Neuropathischer Schmerz ist neuroanatomisch gut zuzuordnen (zentral, Wurzel, Plexus, peripherer Nerv?). Er hat brennenden, einschießenden, elektrisierenden, blitzartigen Charakter. Die Neuropathie kann sich als Minus- und Plus- Symptomatik (Hypästhesie, Dysästhesie, Hyperästhesie, Allodynie) äußern.

Gemischte Schmerzformen (*Mixed Pain*) sind häufig.

Die Schmerzanalyse: Problematik bei Schwerst- Mehrfach- behinderung

In der Gruppe der Personen mit Schwerst-Mehrfachbehinderung sind Eigenberichte im Rahmen der Schmerzanalyse nicht möglich. Insofern ist zu überlegen welche Befragungs- und Beobachtungsinstrumente zur Schmerzdiagnostik für diese Zielgruppe denkbar und praktikabel sind.

Wie effektiv sind Fremdanamnese und Fremdeinschätzung in anderen Settings?

Die Schmerzeinschätzungen von Angehörigen, Krankenpflegepersonal und Ärzten bei jungen Kindern sind begrenzt (SINGER et al. 2002; ZHOU et al. 2008). Andererseits existieren Skalen zur Fremdbeobachtung und -beurteilung von Kindern vom 1.-4. Lebensjahr und von demenziell erkrankten Menschen und sind validiert. Zum Beispiel:

Säuglings- und Kleinkindskalen < 4 LJ: „KUSS- Kindliche Unbehagens- und Schmerz Skala“ bei postoperativen Schmerzen (DENECKE 2001) mit Beurteilung der fünf Faktoren Weinen, Gesichtsausdruck, Rumpfhaltung, Beinhaltung und motorische Unruhe.

Demenz und Schmerz: „BESD - Beurteilung von Schmerz bei Demenz“ (BASLER 2006). Beurteilung mittels Beobachtung auf den Skalen Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost

Ein Beispiel von Fremdbeobachtung und -beurteilung im Pflegesetting von Patienten mit schwerer Cerebralparese (COLLIGNON & GIUSIANO 2001)

Weinen, mit und ohne Tränen

0 Pkt. Unverändert

1 Pkt. Mehr als gewöhnlich

2 Pkt. Weint mit Manipulation oder potentiell schmerzhaften Bewegungen

3 Pkt. Spontan und ungewöhnliches Weinen

4 Pkt. Zusätzliche neurovegetative Reaktion (Schwitzen, Tachycardie, Blässe)

Koordinierte defensive Reaktion bei Untersuchung

- 0 Pkt. Wie gewöhnlich
- 1 Pkt. Anders als gewöhnlich
- 2 Pkt. Ungewöhnliche Bewegung
- 3 Pkt. plus Grinsen, Ächzen, Stöhnen
- 4 Pkt. oder plus Zurückzucken, Rufen und Schreien

Schmerzhafter Gesichtsausdruck, auch paradoxes Lachen

- 0 Pkt. Wie gewöhnlich
- 1 Pkt. Ängstlich, ungewöhnlicher Ausdruck
- 2 Pkt. Schmerzhafter Ausdruck bei Manipulation oder potentiell schmerzhafter Beweg.
- 3 Pkt. Spontaner schmerzhafter Ausdruck
- 4 Pkt. plus neurovegetative Reaktionen

Schutz des Schmerzareals

- 0 Pkt. Wie gewohnt
- 1 Pkt. Scheint die Berührung des schmerzhaften Areals zu fürchten
- 2 Pkt. Schützt das Areal des Körpers
- 3 Pkt. plus Grinsen, Ächzen, Stöhnen
- 4 Pkt. plus Zurückzucken, Rufen und Schreien

Stöhnen oder unhörbare Schreie, spontan oder bei Manipulation

- 0 Pkt. unverändert
- 1 Pkt. Stöhnt mehr als gewöhnlich
- 2 Pkt. Stöhnt in ungewöhnter Weise
- 3 Pkt. Stöhnt mit schmerzhaftem Ausdruck
- 4 Pkt. Stöhnt mit Rufen und Schreien

Spontanes Interesse an der Umgebung

- 0 Pkt. unverändert
- 1 Pkt. weniger nach außen orientiert
- 2 Pkt. Aufmerksamkeit deutlich reduziert, muss aufgefordert werden
- 3 Pkt. zurückgezogen, in-sich-gekehrt, keine Reaktion bei Anregung
- 4 Pkt. ungewöhnlicher Abbau, Entkräftung

Zunahme tonischer Probleme, Steifigkeit, Spasmen, Faszikulationen

- 0 Pkt. unverändert
- 1 Pkt. Steifer als gewöhnlich
- 2 Pkt. Zunahme bei Manipulation oder potentiell schmerzhafter Bewegung
- 3 Pkt. plus schmerzhafter Gesichtsausdruck
- 4 Pkt. plus Rufen oder Schreien

Kommunikationsfähigkeit mit Pflegenden

- 0 Pkt. unverändert
- 1 Pkt. Weniger offen für Kommunikation
- 2 Pkt. Schwierigkeiten im Kontakt
- 3 Pkt. Kontaktverweigerung
- 4 Pkt. Abgestumpftheit, Gleichgültigkeit

Spontane Bewegungen, un-/freiwillig, un-/koordiniert, choreoathetotisch von Extremitäten und Kopf

0 Pkt. unverändert

1 Pkt. Zunahme

2 Pkt. Ungewöhnliches Zucken

3 Pkt. plus schmerzhaftem Gesichtsausdruck

4 Pkt. plus Rufen oder Schreien

Schmerzlindernde Körperposition, spontan oder von Pflegenden positioniert

0 Pkt. Die gewohnte komfortable Position

1 Pkt. Erscheint weniger komfortabel

2 Pkt. Bestimmte Positionen werden nicht mehr toleriert

3 Pkt. Beruhigt in ungewöhnlicher Position

4 Pkt. Keine Position beruhigt

Ergebnis und Grenzwerte:

Es gilt den Ausgangszustand zu beachten.

Das Ergebnis ist wie folgt zu interpretieren:

Summenwert 2 Punkte und größer: Weitere Beobachtung und Kontrolle sind erforderlich.

Summenwert 6 Punkte: Vorhandensein von Schmerz ist höchst wahrscheinlich, eine Behandlung ist erforderlich.

Problematik der Untersuchung von Schwerst-Mehrfach-behinderten

Multiple Einflussgrößen spielen bei der Untersuchung von Schwerst-Mehrfachbehinderten eine Rolle:

- Die Klinik- oder Praxisatmosphäre
- Die Vorerfahrungen von Patient und Untersucher
- Die Kooperationsfähigkeit des Patienten
- Die Einschätzung des Untersuchungsergebnisses: Schmerz oder Angst ?
- Die Wertigkeit von Screenings, z.B. der Skelettszintigraphie (BAJELIDZE 2008)
- Die Frage, welche Untersuchungen veranlasst werden sollen
- Die Einschätzung der zugrundeliegenden Schmerzätiologie
- Die Frage des Schmerzcharakters: Neuropathisch oder nozizeptiv oder mixed pain?

Die Behandlung mit Schmerzmedikamenten nach dem WHO – Stufenschema

Die medikamentöse Schmerztherapie, die zunehmend und gezielt an den pathophysiologischen Mechanismen orientiert ist, weil diese besser verstanden werden (Entzündungskaskade, Natrium und Calcium-Kanäle, NMDA-

Rezeptoren, opioiderges und serotonerges Hemmsystem, Schmerzausbreitung durch zentrale Bahnung) ist ein wichtiger Baustein im Gesamtkonzept einer multimodalen Schmerztherapie.

1986 zur systematischen und validierten Behandlung von Tumorschmerzen entwickelt, wird dieses Schema in Analogie seit nahezu Jahrzehnten auch zur Therapie von Nicht-Tumorschmerzen angewandt. Dies hat sich in den Diskussionen, insbesondere über die Langzeitanwendung von Opioiden bei dieser Patientengruppe, niedergeschlagen (SCHULZECK et al. 1993). Der Leitlinie KONTG des Jahres 1998 (DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZUM STUDIUM DES SCHMERZES 2001, SORGATZ & IMHOF 2001) folgte die kontrovers aufgenommene S3-Leitlinie LONTG 2009 (REINECKE & SORGATZ 2009). Die Leitlinie wird derzeit aktualisiert.

Das Deutsche Ärzteblatt titelte 2013 „Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010“ und stellte fest:

Es gibt einen Anstieg der Behandlungsprävalenz und der Tagesdosen je Empfänger. Deutlich wurde ein Trend zu WHO-III-Opioiden sowie ein Anstieg der nichtretardierten Formen von WHO-III-Opioiden. Opioide wurden überwiegend bei Nichttumormpatienten verordnet. Die Anzahl der Langzeitbehandlungen bei dieser Gruppe stieg trotz unzureichender Evidenz an (SCHUBERT, 2013).

WHO- Stufe I

Nicht-Opioid-Analgetika: Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR), Paracetamol und Novaminsulfon (Metamizol)

Grundsätzlich gilt für die Einnahme:

- „By the clock“ (nach der Uhrzeit), entsprechend der angegebenen Wirkdauer
- „By the ladder“, nach dem Stufen-Schema
- „By the mouth“, (vorzugsweise) oral

NSAR

Zur Gruppe der NSAR gehören Diclofenac, Ibuprofen und Naproxen. Wirkort der NSAR sind die Nozizeptoren. Der Wirkmechanismus besteht in der Hemmung der Cyclooxygenase COX 1 und 2. Die NSAR wirken analgetisch, antipyretisch und antiphlogistisch. Die Neuentwicklung von COX 2- selektiven Hemmern wie Celecoxib und Etoricoxib führte zu Fortschritten hinsichtlich der gastrointestinalen Risiken.

Die MEDAL-Studie (LAINE et al. 2007) verglich Diclofenac (COX 1 und 2-Hemmung) und Etoricoxib (selektive COX 2-Hemmung) bei 34.700 Patienten. Die Ergebnisse zeigen, dass Etoricoxib und Diclofenac das Risiko für

kardiovaskuläre Ereignisse gegenüber Placebo um etwa 40 Prozent erhöhen. Periphere Ödeme und Hypertonie traten unter 90 mg Etoricoxib signifikant häufiger auf als unter Diclofenac. Es gab eine signifikante Reduktion gastrointestinaler Komplikationen um 31 Prozent zugunsten des Etoricoxib.

Paracetamol

Es handelt sich um ein p-amino-phenol-Derivat. Die Wirkung erfolgt über eine Cox-3-Hemmung zentral und ist analgetisch und antipyretisch. Paracetamol ist als Alternative zu NSAR bei Knochen- und muskuloskelettalen Schmerzen indiziert und bei Glc-6-P- Dehydrogenase- Mangel kontraindiziert. Folgende Dosen werden empfohlen: Dosis oral /i.v. Erwachsene: 1000 mg 6-stdl., max. 4000 mg/Tag; Dosis für Kinder: Abhängig von Alter und Körpergewicht.

Die Nebenwirkungen beinhalten die Epoxidbildung mit Leberzellnekrosen bei Überdosierung (Todesfälle!). Der Vorteil besteht in der Möglichkeit der i.v. Applikation.

Novaminsulfon

Der Wirkmechanismus von Novaminsulfon ist teilweise unklar. Hypothesen bestehen hinsichtlich einer COX- Hemmung peripher und zentral (RM, Hypothalamus) sowie einer möglichen Wirkung auf Cannabinoidrezeptoren. Die Wirkung ist analgetisch, antipyretisch und spasmolytisch.

Dosierung: Einzeldosis 8-16 mg/kg KG, Tagesmaximaldosis 80 mg/kg KG, Kinder 30-75mg/kgKG/Tag i.v. Keine Zulassung für Säuglinge und Neugeborene, i.v. Gabe ab 1. Lebensjahr, rektale Gabe ab 4. Lebensjahr.

Die Nebenwirkungen umfassen allergische Reaktionen, Leukopenie (postoperativ bis 1: 1400 Patienten), toxische Agranulozytose (1:1.1 Mill. Anwendungen). Die Häufigkeitsangaben sind uneinheitlich. Cave: Rasche i.v.-Gabe, Hypotension und Schock! (ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT 2011; EDWARDS & MvQuay 2002).

Fazit zu WHO Stufe I

Die Berücksichtigung folgender Punkte optimiert die Basisanalgesie:

- Berücksichtigung der Stufe I, wann immer möglich, aber im Kontext der Komorbiditäten
- Auswahl des Medikamentes möglichst nach der pathophysiologischen Schmerzursache (Nozizeptorschmerz muskulo-skelettal: eher NSAR. Viszeraler Nozizeptorschmerz/innere Organe: eher Novaminsulfon)
- Keine Kombination von NSAR und COX-2-Hemmern
- NSAR oder COX-2-Hemmer nicht bei höhergradiger Niereninsuffizienz
- NSAR oder COX-2-Hemmer erhöhen das kardiovaskuläre Risiko

- NSAR und COX-2-Hemmer erhöhen das gastrointestinale Risiko, NSAR > COX-2-Hemmer
- NSAR oder COX-2-Hemmer nicht bei sehr alten und/oder exsikkierten Patienten
- Kombination von NSAR oder COX-2-Hemmern mit Diuretika, Steroiden oder nephrotoxischen Medikamenten unter Beachtung der Komorbiditäten
- Kombination von NSAR und Metamizol oder PCM kann sinnvoll sein
- Paracetamol nicht bei Hepatopathie
- Metamizol: Cave bei vorbestehender Leukopenie. Cave rasche i.v. - Gabe
- Beachtung der Komorbiditäten des Patienten
- Der Einsatz aller WHO I- Analgetika kann durch potentielle Organschädigungen eingeschränkt sein

WHO-Stufe II und III

Unter Fortsetzung der Basisanalgesie (der Stufe I) sind Opioide einzusetzen. Sie sind auch weiterhin, unter Berücksichtigung der aktuellen Diskussionen und Leitlinien (LONTS, s.o.) über die Langzeitanwendung bei Chronischen Nicht-Tumorschmerzen, in der Schmerztherapie unverzichtbar. Entscheidend für den längerfristigen Einsatz ist die individuelle Überprüfung der Wirksamkeit seitens der Therapeuten.

Wir unterscheiden schwache und starke Opioide. Opioide wirken an den verschiedenen Opioidrezeptoren in der Substantia gelatinosa, im zentralen Höhlengrau, im Thalamus und limbischen System.

Grundregeln für die Praxis

- Opioide sollten vorzugsweise oral verabreicht werden (ggf. transdermale Medikation bei Schluckstörungen).
- Die Einnahme sollte zeitkontingent erfolgen und richtet sich nach der zu erwartenden Wirkdauer (z.B. 8-stdl. Applikation).
- Die Dosierung ist individuell mit kontrollierter Dosis-Anpassung.
- Es sollte eine Bedarfsmedikation angeordnet werden, vorzugsweise vom Opioid-Typ bei Tumorschmerz, vom Nicht-Opioid-Typ bei Nicht-Tumorschmerz.
- Eine Prophylaxe der Nebenwirkungen sollte erfolgen (insbes. Übelkeit initial, Obstipation chronisch).
- Beim Wechsel des Opioids müssen die Umrechnungsfaktoren unbedingt beachtet werden.

- Generell sollte eine exakte Einnahmeanleitung vorliegen sowie ein regelmäßiger Kontakt zum Patienten bestehen, um die Wirkung und Nebenwirkungen zu überprüfen.
- Der Einsatz von Ko-Analgetika bei neuropathischem Schmerz ist zu berücksichtigen.

Tab. 1: Schwache Opioide WHO II oral

Tramadol ret.	50, 100, 200 mg	8-12 stdl., max. 400- 600 mg/Tag
Tilidin/Naloxon ret.	50/4, 100/8, 200/16 mg	8-12 stdl., max. 600 mg/Tag
Tilidin/Naloxon Tr./Kps.	20°=50 mg	b. Bed., unterliegt der BtmVV (Btm-Rezept) seit 2014
Tramadol Tr./Kps.	20°=50 mg	b. Bed.
Merke: Wirkstärken: WHO II : Morphin = 1 : 10		

Tab. 2: Starke Opioide WHO III oral

Morphin ret. Tbl.	10,30, 60, 100, 200 mg	8-12 stdl.
Oxycodon ret. Tbl.	5, 10, 20, 30, 40, 60, 80 mg	8-12 stdl.
Oxycodon/Naloxon ret. Tbl.	5/2,5-, 10/5, 20/10, 40/20 mg	8-12 stdl., max. 80 mg/Tag
Hydromorphon ret. Tbl.	2, 4, 8, 16, 24 mg	12 stdl.
Buprenorphin Tbl. sublingual	0,2 und 0,4 mg	6-8 stdl. (ist nicht retardiert)
Tapentadol ret.	50, 100, 150, 200, 250 mg	12 stdl.
Levomethadon	Lsg.	8 stdl. (Cave: Kumulation, Reservesubstanz für spezielle Schmerzkonstellationen)
Merke: Wirkstärken: Oxycodon: Morphin = 2,5 : 1 ; Hydromorphon : Morphin = 7,5 : 1 Sondengängig sind z.B. Morphin ret. Granulat, spez. Hydromorphon- Präparate etc.		

Tab. 3: Starke Opioide WHO III, Transdermale Systeme (TTS)

Fentanyl- TTS Membranpflaster 12,5, 25, 50, 75, 100 µg/h, Wechsel 72 h
Buprenorphin-TTS Membranpflaster ab 35 µg/h, Wechsel 72 h
Buprenorphin-TTS Membranpflaster ab 5- 20 µg/h, Wechsel 7 Tage
Merke: Wirkstärken: 25 µg/h Fentanyl = 60 mg Morphin oral/ Tag = 20 mg Morphin i.v./s.c./ Tag; 35 µg/h Buprenorphin = 60 mg Morphin oral/ Tag Cave: keine lokale Wärmeapplikation, keine Sonnenbäder oder Sauna, weil Verdopplung der Medikamenten- Serumwirkspiegel. Auch Fieber kann den Serumspiegel erhöhen.

Tab. 4: Opioide WHO III unretardiert

Morphin Tbl./Lsg.	10, 20 mg	b. Bed.
Hydromorphon Tbl.	1,3 und 2,6 mg	b. Bed.
Oxycodon Tbl.	5, 10 mg	b. Bed.
Hydromorphon Amp.	2, 10 mg/ml	b. Bed.
Morphin Amp.	10, 20 mg/ml	b. Bed.
Oxycodon Amp.	10 mg/ml	b. Bed.
Buprenorphin Tbl. sublingual	0,2 und 0,4 mg	b. Bed.
Fentanyl oral-transmucosal	200- 1600 µg	b. Bed.
Fentanyl transmucosal buccal	100- 800 µg	b. Bed.
Fentanyl transmucosal sublingual	50- 800 µg	b. Bed.
Fentanyl transmucosal nasal	50, 100, 200 µg/0,1 ml Dosis	b. Bed.

Merke: *Unretardierte Opioide sollten vorzugsweise substanzgleich als Bedarfsmedikation zur Therapie von Durchbruchs-Schmerzen im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung verordnet werden (Dosis: 1/6- 1/10 der Tagesdosis, Ausnahme Fentanyl oral und nasal, muss titriert werden);*

Keine schnell anflutenden (unretardierten) Fentanylpräparate bei Nicht- Tumorschmerz wegen der Gefahr rascher Gewöhnung und Suchtentwicklung (SCHARNAGEL 2013)

Mögliche Nebenwirkungen von Opioiden

- Euphorie, Dysphorie
- Müdigkeit, Sedierung, i.d.R. initial
- Übelkeit, Erbrechen, i.d.R. initial
- Obstipation, i.d.R. dauerhaft
- Blasenentleerungsstörungen
- Juckreiz (Opioidwechsel probatorisch)
- Potenzstörungen
- Beeinflussung der Menstruation
- *Cave: Bei eingeschränkter Leber- und Nierenfunktion, ggf. bei Kumulation: Opioidwechsel z.B. Morphin zu Hydromorphon*
- *NW wie Übelkeit/ Erbrechen und Obstipation sollten mit Beginn der Therapie prophylaktisch behandelt werden*

Ko-Analgetika

Ko-Analgetika werden beim pathophysiologischen Schmerztyp Neuropathischer Schmerz eingesetzt. Sie können auf jeder Stufe der WHO I – III zusätzlich zu Nicht-Opoiden und Opioiden eingesetzt werden und sind in der Therapie Chronischer Schmerzen wie auch Tumorschmerzen unverzichtbar.

Antikonvulsiva: Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin

Antikonvulsiva wirken über eine Na- und Ca- Kanalblockade und teilweise über eine Erhöhung der hemmenden GABA. Die Gabe von Antikonvulsiva ist bei neuropathischen Schmerzen von einschließendem, elektrisierendem Charakter, sog. Paroxysmen, indiziert. Die Dosierung sollte wie folgt erfolgen:

- Gabapentin einschleichend bis zu 1800- 2400 mg/Tag
- Pregabalin einschleichend bis zu 150- 300 mg/Tag
- Carbamazepin bis zu 600- 900 mg/Tag
- Laborkontrolle, EKG (QTc)
- Dosisreduktion bei Niereninsuffizienz

(DWORKIN et al. 2003; LINDNER & DEUSCHL 2007; SABATOWSKI et al. 2004; SARTOR & THODEN 1997)

Antidepressiva: Amitriptylin, Doxepin, Duloxetin, Venlafaxin

Folgende Wirkmechanismen von Antidepressiva werden diskutiert:

- unselektive und selektive Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin (NA) und/oder Serotonin (S), extrazelluläre NA und/oder S-Konzentrationserhöhung
- Verminderung nozizeptiver Transmitter wie Substanz P und Glutamat
- NMDA- Rezeptor- Antagonismus
- 5- HT aktiviert Opioid- Interneurone
- Aktivierung der absteigenden Hemmbahn

Antidepressiva sind bei neuropathischem Schmerz von anhaltendem, brennendem Charakter indiziert.

Zur Dosierung ist folgendes zu beachten:

- Amitriptylin, Doxepin 10- 50 mg abds. oder z.N. einschleichend
- Laborkontrolle und EKG (QTc)
- Wirkeintritt Schmerzreduktion: 2-3 Wochen
- Zahlreiche, insbesondere anticholinerge Nebenwirkungen und Wechselwirkungen bekannt, insbesondere im Alter!

(DWORKIN et al. 2007; FEUERSTEIN 1997; FINNERUP et al. 2005; GOLDSTEIN et al. 2005; KINGERY 1997; LINDNER & DEUTSCHL 2004; ROWBOTHAM et al. 2004; SAARTO & WIFFEN 2007)

Kortikosteroid Dexamethason

Das Kortikosteroid Dexamethason führt durch die Abnahme des perifokalen Tumorödems zur Dekompression schmerzsensibler Strukturen. Die Gabe von Dexamethason in der Tumorschmerztherapie ist indiziert bei Hirndruck, bei Nerven oder- Plexusinfiltration, bei Rückenmarks-/Wurzelkompression,

Tumoren im kleinen Becken und Retroperitoneum sowie Pleura, bei Weichteilinfiltration in der Kopf- Hals- Region, bei Lymphödem oder Leberkapselspannung.

Zur Dosierung ist zu beachten, dass die Applikation möglichst morgens erfolgen sollte, um den circadianen Cortisolrhythmus und damit die Schlaf-Wach-Rhythmik nicht zu sehr zu beeinträchtigen.

Dexamethason 8- 16 mg 1xtgl. morgens, wochenweise halbieren und ggf. ausschleichen. Cave Kombination mit NSAR.

Fragen bei „Therapieresistenz“

Folgende Fragen sollten bei „Therapieresistenz“ gestellt werden:

- Ist die Schmerzanalyse korrekt?
- Sind die Indikatoren für Wirksamkeit korrekt gewählt und bewertet (z.B. Verminderung von Weinen, Schreien, Grimassieren, Stöhnen etc.)?
- Wurde eine multimodale Therapie bedacht und umgesetzt?
- Wurde ein interdisziplinäres Vorgehen berücksichtigt?
- Ist das WHO – Stufenschema umgesetzt?
- Wie häufig wird die Bedarfsmedikation eingesetzt?
- Ist diese wirksam?
- Besteht ein end-of-dose- pain?
- Sollte eine Erhöhung/Anpassung der Dauermedikation erfolgen?
- Ist eine Opioidrotation (d.h. ein Opioidwechsel) sinnvoll?
- Besteht ein neuropathischer Schmerz? Wurden Co-Analgetika eingesetzt?
- Sind invasive Therapieverfahren indiziert?
- Liegt Total Pain vor?

Zusammenfassung

Die übliche Schmerzanamnese und Schmerzanalyse ist bei Schwerst-Mehrfachbehinderung nicht durchführbar. Kenntnisse über das grundsätzliche Vorgehen geben dennoch einen Rahmen vor. Mögliche Instrumente sind Fremdanamnese und Fremdbeobachtung. Evaluationen für Menschen mit Schwerst- Mehrfachbehinderungen liegen vor. Diagnostische Prinzipien sind die körperliche Untersuchung und ggf. die apparative Untersuchung unter Sedierung, ggf. Narkose. Die bekannten therapeutischen Prinzipien gelten auch bei schwerst-mehrfachbehinderten Menschen. Besonderes Augenmerk ist auf mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der medikamentösen Therapie zu richten. Spezielle orthopädische Erfahrungen bei Schwerst-

Mehrfachbehinderten sind notwendig. Nur die multi-/interdisziplinäre Vorgehensweise führt zu diagnostischen und therapeutischen Fortschritten

Wichtiger Hinweis für den Leser:

Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen einem steten Wandel durch Forschung und klinische Erfahrung. Der Autor hat große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Vortrag gemachten therapeutischen Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Das entbindet den Nutzer jedoch nicht von der Verpflichtung, anhand weiterer schriftlicher Informationsquellen zu überprüfen, ob die dort gemachten Angaben von denen in diesem Aufsatz abweichen und seine Verordnung in eigener Verantwortung zu treffen. Der Autor erklärt keine Interessenkonflikte zu haben.

Obiger Beitrag entstand in gemeinsamer Diskussion mit Dr. med. Jörg Stockmann, Facharzt für Innere Medizin, Behindertenmedizin, Leitender Arzt Krankenhaus Mara, Zentrum für Behindertenmedizin, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel.

Literatur

- ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHE ÄRZTESCHAFT (2011): Agranulozytose nach Metamizol- sehr selten, aber häufiger als gedacht. Deutsches Ärzteblatt 108(33) B, 1498-1499
- BAJELIDZE, G., BELTHUR, M. V., LITTLETON, A. G., DABNEY, K. W., MILLER, F. (2008): Diagnostic evaluation using whole-body technetium bone scan in children with cerebral palsy and pain. Journal of Pediatric Orthopaedics 28(1), 112-117
- BAUMGÄRTNER, U. (2010): Nozizeptives System, Nozizeptoren, Fasertypen, Spinale Bahnen und Projektionsareale. Schmerz 24, 105- 113
- BASLER, H. D., HÜGER, D., KUNZ, R., LUCKMANN, J., LUKAS, A., NIKOLAUS, T., SCHULER, M. S. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Schmerz 20, 519-526
- COLLIGNON, B., GIUSIANO, B. (2001): Validation of a pain evaluation scale for patients with severe cerebral palsy. European Journal of Pain 5(4), 433-442
- DENECKE H. (2001): Schmerz im Säuglings- und Kleinkindesalter. In: ZERNIKOW, B. (Hrsg.): Schmerztherapie bei Kindern. Springer, Berlin, S. 25- 30
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZUM STUDIUM DES SCHMERZES (DGSS, 1998): Ad-hoc Kommission zur Konsensbildung über die Opioid- Langzeitanwendung bei Nicht-Tumorschmerzen (KONTS). IASP- Meeting, Helsinki 1998
- DWORKIN, R. H., CORBIN, A. E., YOUNG, J. P. (2003): Pregabalin bei der Behandlung der postherpetischen Neuralgie. Neurology 22(8), 1274-1283
- DWORKIN, R. H., O'CONNOR, A. B., BACKONJA, M., FARRAR, J. T., FINNERUP, T. S., KALSO, E. A., LOESER, J. D., MIASKOWSKI, C., NURMIKKO, T. K., PORTENOY, R. K., RICE, A. S., STACEY, B. R., TREEDE, R. D., TURK, D. C., WALLACE M. S. (2007): Review and recommendations, Pharmacological management of neuropathic pain: Evidence- based recommendations. Pain 132(3), 237-251
- EDWARDS, J. E., MvQuay, H. J. (2002): Dipyrrone and agranulocytosis: what is the risk? Lancet 360, 1438
- FEUERSTEIN, T. J. (1997): Antidepressiva zur Therapie chronischer Schmerzen, Metaanalyse. Der Schmerz 3-97

- FINNERUP, N. B., OTTO, M., McQuay, H. J., JENSEN, T. S., SINDRUP, S. H. (2005): Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. *Pain* 118, 289-305
- FREYNHAGEN, R. (2008): Pathophysiologie neuropathischer Schmerzen. In: SCHENK, M. (Hrsg.): Multimodale Tumorschmerztherapie, UNI-MED-Verlag, Bremen, Kap. 2.5.1, S. 67-68.
- GOLDSTEIN, D. J., LU, Y., DETKE, M. J., LEE, T. C., IYENGAR, S. (2005): Duloxetine versus placebo in patients with painful diabetic neuropathy. *Pain* 116, 109- 118
- INTERNATIOAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1979): *PAIN* 6, 250
- KINGERY, W. S. (1997): A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. *Pain* 73, 123- 139
- LAINE, L., CURTIS, S. P., CRYER, B., KAUR, A., CANNON C. P. for the MEDAL Steering Committee (2007): Assessment of upper gastrointestinal safety of etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison. *Lancet* 369, 465-473
- LINDNER, V., DEUSCHL, G. (2004): Antidepressiva und Antikonvulsiva, Praktisches Einsatzprofil in der Schmerztherapie. *Der Schmerz* 18, 53-59
- REINECKE, H., SORGATZ, H. (2009): S3- Leitlinie LONTS, Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen. *Schmerz* 23, 440-447
- ROWBOTHAM, M. C., GOLI, V., KUNZ, N. R., LEI, D. (2004): Venlafaxin extended release in the treatment of painful diabetic neuropathy: a double-blind, placebo-controlled study. *Pain* 110(3), 697-706
- SAARTO, T., WIFFEN, P. J. (2007): Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Oct 17;(4), CD005454.
- SABATOWSKI, R., GÁLVEZ, R., CHERRY, D. A., JACQUOT, F., VINCENT, E., MAISONOBE, P., VERSAVEL, M. (2004): Pregabalin reduziert den Schmerz und bessert Schlaf-und Stimmungsstörungen bei Patienten mit postherpetischer Neuralgie. *Pain* 109(1-2), 26-35
- SARTOR, H., THODEN, U. (1997): Antikonvulsiva zur Therapie chronischer Schmerzen, Metaanalyse. *Der Schmerz* 11(6), 411-417
- SCHARNAGEL, R. et al. (2013): Chronische nichttumorbedingte Schmerzen, Langzeitbehandlung mit schnell freisetzenen und kurz wirksamen Opioiden im Kontext von Missbrauch und Abhängigkeit. *Schmerz* 27(1), 7-19
- SCHUBERT, I., IHLE, P., SABATOWSKI, R. (2013): Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010. *Deutsches Ärzteblatt* 110(4), 45-51
- SCHULZECK, S., GLEIM, M., MAIER, C. (1993): Morphintabletten bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen. *Anaesthesist* 42(8), 545- 556
- SINGER, A. J., GULLA, J., THODE, H. C. (2002): Parents and practitioners are poor judges of young children's pain severity. *Academic Emergency Medicine* 9(6), 609- 612
- SORGATZ, H., IMHOF, A. (2001): Statistische Metaanalyse publizierter Studien. "Pro und Contra"-Opioide und Nichttumorschmerz. Deutscher Schmerzkongress, Berlin
- ZHOU H., Roberts, P., Horgan, L. (2008): Association between self-report pain ratings of child and parents, child and nurse and parent and nurse dyads: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 334-42

Pädagogik bei Schmerzen

Helga Schlichting

Schmerzen bei Menschen mit schweren Behinderungen

In meiner Arbeit als Förderschullehrerin erlebe ich immer wieder, dass Kinder und Jugendliche mit schweren und mehrfachen Behinderungen Schmerzen haben. Seit einiger Zeit versuche ich diese Situationen festzuhalten und zu beschreiben.

Auszug aus meinem Schmerztagebuch:

06.09.2013

N. hat fast keine eigenen Bewegungsmöglichkeiten, einzig ihren Kopf kann sie in Rücken- und in Bauchlage von einer Seite auf die andere bewegen.

Mir fällt heute auf, dass N. bei jedem Heben aus dem Bett das Gesicht schmerzhaft verzieht. Es ist schwierig, N. gut zu heben, weil ihr Kopf stabilisiert werden muss und ihr gesamter Körper äußerst schlaff ist. Man muss sehr auf ihre Arme aufpassen. Wenn man diese nicht an ihren Körper bringt und mit festhält, fallen sie zu beiden Seiten des Körpers schlaff hinunter.

2 Stunden später

Ich habe N. zum Essen auf dem Schoß. Sie ist sehr müde und es fällt ihr extrem schwer, zu schlucken. Nach einer Weile bemerke ich, wie sich ihr Körper versteift, sie drückt den Rücken und die Beine durch und überstreckt den Kopf. Sie stößt Jammerlaute aus und verzieht das Gesicht. Ich versuche sie wieder aus der Überstreckung zu bringen. Aber immer wieder macht sich N. steif. Nach einer Zeit entweichen übel riechende Dämpfe – N. pupst mehrmals laut. Danach geht es ihr sichtlich besser.

10.09.2013

P. hat ein Kurzdarmsyndrom, eine schwere Skoliose, Kontrakturen und eine Osteoporose. Sie war einige Tage nicht in der Schule. Beim Telefonat mit der Mutter stellte sich heraus, dass P. die neuen Windeln (die sie wegen Sparmaßnahmen der Krankenkasse ausprobieren sollte) nicht verträgt und einen extrem wunden Po hat – die rote entzündete Haut würde sich bis zur Hüfte ziehen und ihr bei jeder kleinen Bewegung große Schmerzen bereiten. Im Rollstuhl zu sitzen, um in die Schule zu fahren, ist nicht möglich.

12.09.2013

P. ist den ersten Tag wieder in der Schule – die Entzündung im Windelbereich ist zurückgegangen. Sie hat aber immer noch offene Stellen am Po. Beim Windeln und Entfernen von Stuhlresten zuckt und windet sich P. stark und hat ein

schmerzverzerrtes Gesicht –Schmerzgeräusche kann P. nicht machen, weil ihre Stimmbänder bei einer intensivmedizinischen Maßnahme im Säuglingsalter beschädigt worden sind.

13.09.2013

J. ist heute eigentlich super gelaunt und spielt und lacht schon den ganzen Morgen.

Gegen 10 Uhr kommt die Bobath-Therapeutin und behandelt J. Ich beobachte, dass die Therapeutin vor allem die Füße von J. bewegt. J. jammert und weint die ganze Zeit. Die Therapeutin ist davon wenig beeindruckt und meint, dass es doch wohl nicht so schlimm sei. Es gelingt uns danach nur mühsam, sie wieder zu beruhigen und in ihren Alltag zurück zu führen.

Das Tagebuch geht so weiter und eigentlich vergeht kein Tag, an dem mindestens eine Schülerin oder ein Schüler Äußerungen zeigt, die auf Schmerzen schließen lassen. Darüber, wie Menschen mit schweren Behinderungen Schmerzen erleben, sind nur Vermutungen möglich.

Unter Berücksichtigung der Annahmen, dass betroffene Menschen wahrscheinlich

- Schmerzen nicht als solche erkennen und deuten können,
- Schmerzen keinen Sinn zuordnen können,
- die Ursachen für Schmerzen nicht kennen,
- nicht wissen, wann oder ob Schmerzen aufhören,
- Schmerzen nicht sprachlich mitteilen können,
- keine Möglichkeiten haben, Schmerzen zu reduzieren,
- nicht die Gewissheit haben, dass jemand die Schmerzen wahrnimmt und hilft,

muss angenommen werden, dass Schmerzen wahrscheinlich in höchstem Maße als beängstigend und verunsichernd bis hin zu existentiell bedrohlich erlebt werden.

Allgemein festzuhalten ist, dass Menschen mit schweren Behinderungen aufgrund gravierender chronischer Erkrankungen, aber auch wegen der vielen medizinisch, pflegerischen sowie therapeutischen Verrichtungen die (mehr oder weniger) notwendig sind, häufiger als jede andere Personengruppe Schmerzen erleiden müssen. Die Liste der Schmerzen und ihrer Ursachen (siehe Tab. 1) ist lang und ließe sich mühelos erweitern.

**Tab. 1: Schmerzen bei Menschen mit schweren Behinderungen
(in Anlehnung NÜSSLEIN 2009, 74)**

Von „Innen“

- Mund- und Zahnschmerzen infolge von Karies, Zahnstellungsfehlern, Aphten
- Muskel- und Gelenkschmerzen infolge von Spastik, Luxationen (Auskugelungen), Skoliosen, „Knochenreibung“, Kontrakturen
- Schmerzen infolge von Spontanfrakturen durch Immobilitätsosteoporose
- Bauchschmerzen infolge von Transportstörungen im Magen- Darm- Trakt, Obstipation (Verstopfung), Blähungen
- Schmerzen infolge von Reflux (Rückfluss von Mageninhalt), Speiseröhrenentzündung, Magenschleimhautentzündungen
- Kopfschmerzen infolge von Ableitungsstörungen bei einer Shuntversorgung bei der Behandlung eines Hydrozephalus (Über- oder Unterdruck), nach epileptischen Anfällen
- Schmerzen infolge von Verschlucken, Aspiration
- Menstruationsbeschwerden
- Schmerzen bei Bronchitis, Lungenentzündung
- Schmerzen infolge von Entzündungen der Nieren bzw. ableitenden Harnwege
- Schmerzen infolge selbstverletzenden Verhaltens

Von „Außen“

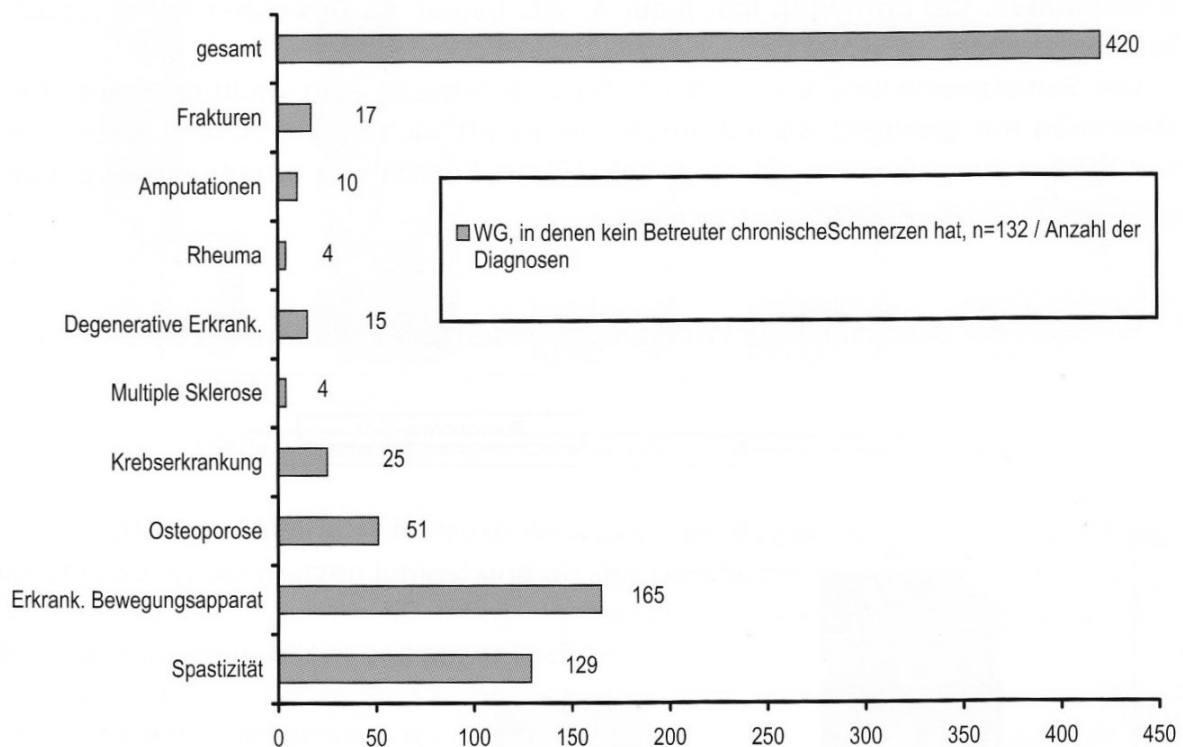
- Schmerzen infolge von Maßnahmen der Behandlungspflege u.a.
 - Absaugen
 - Sondenversorgung (entzündete Sonde)
 - Katheterisieren
 - Abführen, „Ausräumen“
- Schmerzen bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik u.a.
 - Blut abnehmen
 - Orthopädische Diagnostik
- Schmerzen nach Operationen
- Schmerzen infolge zu langer Lagerung in einer Position, ungünstiger Lagerung, bei Druckstellen und Dekubitus
- Schmerzen beim Tragen von Orthesen, Korsetts
- Schmerzen beim nicht fachgerechten Positionieren im Rollstuhl bzw. bei ungünstiger oder falscher Rollstuhlanpassung
- Schmerzen beim Stehen im Stehgerät
- Schmerzen beim nicht fachgerechten Heben und Tragen
- Schmerzen bei physiotherapeutischen Behandlungen, u.a. beim „Aufdehnen“ von Kontrakturen

Wahrnehmung und Umgang mit Schmerzen

Die wenigen vorhandenen Untersuchungen und meine eigenen bisher durchgeführten Interviews und Gruppendiskussionen zum Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit schweren Behinderungen zeigen, wie wenig aufmerksam und wie hilflos MitarbeiterInnen in der Wahrnehmung und Deutung von Schmerzzuständen und ihren Handlungsmöglichkeiten sind.

In einer aktuellen Befragung in Wohnheimen der Behindertenhilfe (CARITASVERBAND 2011, 45) zeigte sich, dass von MitarbeiterInnen wahrgenommene Schmerzen in keinem Verhältnis zu den in den medizinischen Gutachten aufgeführten schwerwiegenden chronischen Erkrankungen und der aufgrund der Altersstruktur der betroffenen Menschen zu vermutenden Schmerzen steht. Bei 420 BewohnerInnen, die angeblich keine Schmerzen haben, werden im Gutachten Spastizität, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Osteoporose und weitere chronische Erkrankungen beschrieben (s. Abb. 1), von denen man weiß, dass sie mit Schmerzen einhergehen.

Abb.1: Diagnostizierte Erkrankungen in Wohngruppen (n=132), in denen nach Einschätzung der Wohngruppenleitungen kein Betreuer mit chronischen Schmerzen lebt (CARITASVERBAND 2011, 45)



Im Rahmen meiner eigenen Forschungen sollte zunächst die Frage beantwortet werden, wie pädagogische MitarbeiterInnen Schmerzen bei Menschen mit

schweren Behinderungen wahrnehmen und wie mit vermuteten Schmerzzuständen umgegangen wird. Um Antworten zu finden führte ich in Fördertagesstätten und Wohnheimen einige Gruppendiskussionen durch. Folgende Leitfragen dienten der Anregung der Diskussionen:

- Haben Sie in Ihrer Gruppe Menschen, bei denen sie Schmerzen vermuten?
- Aus welchem Verhalten schließen Sie, dass eine bestimmte Person Schmerzen hat?
- Werden das Vorkommen, die Häufigkeit oder die Intensität von Schmerzen bei den betroffenen Menschen dokumentiert? (Schmerzevaluation/Schmerzmessung)
- Wie lange dauert es ihrer Erfahrung nach von der Wahrnehmung von Schmerzen bis zur Diagnosestellung bzw. Behandlung der Schmerzursachen?
- Werden Schmerzen bei den Menschen, die sie betreuen, ausreichend behandelt?
- Was tun Sie, wenn Sie bei einer Person Schmerzen vermuten?
- Werden Schmerzen im (pädagogischen) Alltag der Menschen berücksichtigt?

Aus diesen ersten Untersuchungen sollen einige wesentliche Aussagen herausgestellt und entsprechende Zitate wiedergegeben werden:

- In den Gruppen der Tagesförderstätte sind viele Menschen mit (schweren) Behinderungen von Schmerzen betroffen. *„(...) schätzungsweise 80%-90% der Klienten haben Schmerzen. (...) Je älter die Menschen werden, desto mehr kommt da ja hinzu. Also das ist schon jeden Tag, das man jemanden hat, der Schmerzen hat (...).“*
- Die Wahrnehmungen von Schmerzen sind bei den MitarbeiterInnen unterschiedlich. *„(...) wir (haben) den Eindruck, dass es unterschiedliche Wahrnehmungen gibt, bei uns in der Tagesförderstätte ist die Begleitung kontinuierlich, im Heim weniger, weil die Kollegen unregelmäßiger in den Dienst kommen, ist die Wahrnehmung von Schmerzen und Krankheiten eine andere (...).“*
- Es dauert (viel zu) lange, bis ein Arzt/eine Ärztin aufgesucht wird. *„ (...) es gibt einen längeren Weg, ehe etwas passiert, oft ist Nachdruck nötig, ehe ein Facharzt aufgesucht wird, das wird erst mal diskutiert – das habe ich aber nicht beobachtet und da geht viel Zeit drauf, ehe etwas passiert (...).“*
- Menschen, die (krank sind) und Schmerzen haben, werden nicht angemessen betreut. *„(...) Ist es angemessen, dass er in die Einrichtung geht, oder dass er zur Schule geht? Oder ist es dann nicht ratsam, ihn im Heim zu lassen. Hat da nicht der Betroffene ein Anrecht auf Ruhe? Wenn man krank*

ist, bleibt man zu Hause, und hat nicht auch ein Mensch mit schwerer Behinderung ein Anrecht auf Ruhe, auf Rückzug ins Bett? (...)“

- Viele Menschen müssen eine unzureichende Schmerzmedikation hinnehmen. *„(...), aber wenn wir da keine Verordnung haben, dürfen wir kein Schmerzmittel geben (...).*
- Bei vielen Betroffenen wird nach Einschätzung der MitarbeiterInnen keine ausreichende (Schmerz-)Diagnostik durchgeführt. *„Es kommt eben auch oft vor, dass die Kollegen vom Wohnheim von „Pontius zu Pilatus laufen“ und keine Hilfe bekommen, weil die Ärzte einfach mit diesem Personenkreis nicht geschult sind und weil die Diagnostik schwierig ist. (...) Die kommen dann an ihre Grenzen und lassen es dann so – Nun lasst mal gut sein – das wird schon! (...).“ „Die Diagnose ist ja oft schwierig, Klienten reagieren aggressiv und lassen sich nur schwer untersuchen, und dann gibt man sich zufrieden und untersucht nicht weiter (...).“*
- Der Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit schweren Behinderungen entspricht in keiner Weise dem eigenen Anspruch an die Wahrnehmung, die Behandlung sowie das unbedingte Vermeiden A: *„(...) Wenn ich mir vorstelle, dass ich bei einer Migräne keine Schmerzmittel zur Verfügung hätte, oje (...).“ B: „(...) das wäre nicht auszudenken, ganz furchtbar, ginge gar nicht. Das wäre nicht zum Aushalten (...).“ A: „(...) und dann musst du noch in der Gruppe bleiben und musst früh aus dem Bette (...).“*

Diese ersten Ergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmung sowie die Diagnostik, die Behandlung und der Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit schweren Behinderungen sowohl von medizinisch-pflegerischer als auch pädagogischer Seite wenig gut gelingt und sowohl auf wissenschaftlicher als auch auf praktischer Ebene großer Handlungsbedarf besteht. Dazu gehören u.a. Fragen der Einführung systematischer Schmerzbeobachtungen, verbesserter und individuell abgestimmter Möglichkeiten der Schmerzbehandlung in den Einrichtungen, der Qualifikation von pädagogischen MitarbeiterInnen und natürlich auch Fragen, wie Schmerzen bei betroffenen Menschen im Alltag Berücksichtigung finden können.

(Heil-)Pädagogische Konsequenzen

Die (Heil-)Pädagogik muss sich genauso wie die Medizin, die Pflegewissenschaften, Physio- und Logopädie den Lebensthemen von Menschen mit schweren Behinderungen, zu denen Schmerzen ganz wesentlich gehören, stellen. FRÖHLICH (2012, 136 ff) verwendet für eine Pädagogik bei Schmerzen den Begriff „Palliative Pädagogik“. Diese ist als Teilaspekt von Pädagogik zu verstehen, der immer dann wirksam werden muss, wenn Menschen Schmerzen, Krankheiten oder Lebensbedrohungen hinnehmen

müssen. Dabei muss es einer palliativen Pädagogik, genauso wie einer palliativen medizinisch-pflegerischen Versorgung, um eine Verbesserung bzw. bestmögliche Erhaltung von Lebensqualität sowie die Berücksichtigung von Wünschen und Vorstellungen betroffener Menschen gehen. Palliative Pädagogik meint eine schützende, umhüllende und tröstende Pädagogik, die Menschen mit schweren Behinderungen und Schmerzen neben Bildung und Erziehung besondere Sicherheit und Geborgenheit geben, sowie größtmögliches Wohlbefinden verwirklichen möchte. Was sollte eine palliative Pädagogik umfassen?

Genaueres Beobachten

Schmerzen müssen unbedingt erkannt werden. Dies setzt ein Klima achtsamer Fürsorge voraus. MitarbeiterInnen sind angehalten, genau zu beobachten und alle Äußerungen betroffener Menschen ernst zu nehmen.

Menschen mit schweren Behinderungen können ihre Schmerzen, deren Art, Lokalisierung und Stärke, nur über körperliche Ausdrucksformen mitteilen. Körperliche Signale, die auf Schmerzen hindeuten können, sind beispielsweise Stöhnen, Jammern, Appetitlosigkeit, Verstärkung von Spastik, Schwitzen oder Frieren, eine beschleunigte und flache Atmung oder auch das Auftreten oder die Verstärkung von selbstverletzendem Verhalten. Weitere sog. Verhaltensstörungen wie Rückzug, Apathie, Unruhe, Schlafstörungen oder das Verweigern von Essen können ebenso Äußerungen von Schmerzen sein (CARITASVERBAND 2011, 57). Jeder Mensch hat dabei seine individuellen Ausdrucksformen.

Aus der Erkenntnis heraus, dass die Wahrnehmung von Schmerzen bei MitarbeiterInnen großen Unterschieden unterliegt, entwickelte u.a. das Ärzteteam von BELOT und MitarbeiterInnen (2009) die sog. EDAAP- Skala. Schmerzen bzw. Veränderung von Schmerzzuständen können hier mittels Items eines Fragebogens, der die o.g. somatischen Ausdrucksformen enthält, bei den Betroffenen relativ zuverlässig beurteilt werden (siehe Beiträge von Th. Klauß und von J. Schellen in diesem Band).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Um Schmerzen nachhaltig auszuschließen ist es wichtig, die Ursachen festzustellen und wenn möglich zu behandeln. Diese Suche ist bei den betroffenen Menschen sehr erschwert und erfordert eine genaue Beobachtung und Interpretation von Anzeichen in verschiedenen Kontexten idealerweise durch Personen, die die Betroffenen gut kennen. Beobachtungen, ob Schmerzäußerungen bei bestimmten Bewegungen, beim oder nach dem Essen, beim Atmen, überwiegend nachts usw. auftreten, können die Ursachensuche

erleichtern. Weiterhin muss natürlich eine eingehende medizinische Diagnostik durchgeführt werden.

Hier ist eine intensive Zusammenarbeit von pädagogischen MitarbeiterInnen, ÄrztInnen des Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), Pflegefachkräften und natürlich Eltern bzw. BetreuerInnen von grundlegender Bedeutung. So müsste die aktuelle Schmerzsituation durch die genannten Professionen regelmäßig besprochen, Schmerzprotokolle gemeinsam ausgewertet und über eine wirksame Schmerzmedikation beraten werden. In Einrichtungen muss es möglich sein, bei Bedarf Schmerzmittel zu geben, bürokratische Hindernisse und Ängste seitens der verschiedenen beteiligten Professionen müssen hier abgebaut werden. Leider ist das Bewusstsein der ÄrztInnen der SPZ und Praxen noch nicht ausreichend entwickelt, und es gibt leider wenige Schmerzambulanzen, die sich auf den Personenkreis der Kinder bzw. Erwachsenen mit schweren Behinderungen spezialisiert haben.

Ausreichendes Wissen

Zur genauen Beobachtung, einer ersten Ursachensuche und für eine schnelle Hilfe ist ein grundlegendes Wissen bezüglich Schmerzen nötig. Pädagogische MitarbeiterInnen müssen die hauptsächlichen Schmerzursachen, wie sie in den obigen Tabellen dargestellt sind, kennen. Für die Ausbildung von HeilerziehungspflegerInnen, HeilpädagogInnen und FörderschullehrerInnen steht hier die dringende Forderung, dass Wissen über häufige körperliche Probleme und chronische Erkrankungen sowie grundlegende pflegerische Kompetenzen, wie ein körpergerechtes Handling, Lagerungstechniken und ein fachgerechtes Essen reichen bei Schluckstörungen vermittelt werden muss.

MitarbeiterInnen sollten einfache Möglichkeiten und „Hausmittel“ kennen, um leichte Schmerzen lindern zu können, wie z.B. die Verwendung eines Bauchwickels oder Körnerkissens sowie die Durchführung einer Darmmassage bei Blähungen und Verstopfungen oder Einreibungen und einfache Inhalationen bei einer Atemwegserkrankung. Dazu sollten sie auch den interdisziplinären Austausch mit therapeutisch und pflegerisch ausgebildeten MitarbeiterInnen suchen.

Ernst nehmen

Ob und wie pädagogische MitarbeiterInnen Schmerzen bei ihren anvertrauten Menschen wahrnehmen und bewerten, hängt wesentlich von ihren eigenen Einstellungen und Bewältigungsmustern ab. So gibt es Menschen, die kaum eine Toleranz bei Schmerzen haben und deshalb sofort zu Schmerzmitteln greifen und einen Arzt aufsuchen. Andere verdrängen Schmerzen oder haben gelernt mit Schmerzen umzugehen und lehnen eine Medikation ab. MitarbeiterInnen sollten darüber reflektieren, ob sie bei Schmerzen eher zu

dramatischen Reaktionen neigen oder Schmerzen bagatellisieren. Beides ist in der Praxis mit Menschen mit schweren Behinderungen eher nicht hilfreich (FRÖHLICH 2012, 138f).

Grundsätzlich werden Schmerzen von jedem Menschen individuell wahrgenommen. So können wohl Schmerzäußerungen beim anderen beobachtet werden, ein Nachempfinden ist aber nicht wirklich möglich. Pädagogische MitarbeiterInnen können nur auf ihre eigenen Erfahrungen mit Schmerzen zurückgreifen. So bestehen wahrscheinlich Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von Schmerzen, wenn MitarbeiterInnen selbst häufig von Schmerzen betroffen sind oder wenn sie kaum Erfahrungen haben. MitarbeiterInnen, die regelmäßig infolge einer Migräne, rheumatischen oder orthopädischen Erkrankungen unter Schmerzen leiden, wissen, wie diese alle Lebensaktivitäten beeinträchtigen und wie viel Energien es kostet, mit Schmerzen den Alltag zu bewältigen. Wahrscheinlich können sie deshalb empathischer auf ähnlich betroffene Menschen eingehen.

Es ist grundsätzlich festzuhalten, dass Schmerzäußerungen eines Menschen immer ernst genommen werden müssen. Nichts ist schlimmer als eine Bagatellisierung von Schmerzen! Ein schreiendes Kind mit Behinderungen kann nicht dadurch beruhigt werden, dass man ihm mit Worten klar macht, dass es gar nicht so weh tue ... (FRÖHLICH 2012, 138).

Es gilt sich bewusst zu machen, dass ein „schmerzender Körper ... immer ein schmerzender Mensch [ist]“ (Ebd., 139).

Unwissenheit und Hilflosigkeit können dazu führen, dass MitarbeiterInnen abstumpfen und Äußerungen von Schmerzen hinnehmen oder ignorieren. So schreibt FRÖHLICH:

„Ein ständig jammerndes Kind, dem man `nichts recht machen kann`, wird im Laufe der Zeit mit seinem `Gejammer` zum Störfaktor, den man umgeht, vermeidet. Die eigene Hilflosigkeit vor Augen geführt, möchte man den Kontakt lieber meiden, das Gejammere ignorieren. Man legt sich eine dickere Haut zu, lässt sich von den Schmerzäußerungen nicht mehr so stark berühren“ (FRÖHLICH 2012, 139).

Schmerzen müssen immer unmittelbar beantwortet werden, einerseits indem MitarbeiterInnen Trost in Form von beruhigenden Worten und körperlicher Zuwendung spenden. Andererseits müssen diese aber auch für den Bedarfsfall wirkungsvolle Schmerzmedikamente zur Verfügung haben.

Werden Schmerzen ignoriert oder bagatellisiert, besteht die Gefahr, dass ein betroffener Mensch noch mehr Ängste, Stress und Hilflosigkeit erlebt, mit selbstverletzendem Verhalten reagiert oder sich zu einem totalen Rückzug entschließt (Ebd.).

Schmerzen begleiten

Angesichts von Schmerzen und erlebter körperlicher Bedrohung sollte eine „Palliative Pädagogik“ sowohl umhüllen und trösten, als auch größtmögliches Wohlbefinden sowie Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Der pädagogische Anspruch, den KORCZAK (1970 in REST 2006, 40) als *„Recht des Kindes auf den heutigen Tag“* bzw. die gegenwärtige Stunde und den Augenblick formuliert, erfährt unter den Bedingungen von Schmerzen eine besondere Bedeutung. *„Wir sollten jeden einzelnen Augenblick achten, denn er stirbt und wiederholt sich nicht, und immer sollten wir ihn ernst nehmen; wird er verletzt, so bleibt eine offene Wunde zurück, wird er getötet, so erschreckt er uns als ein Gespenst böser Erinnerungen...“* (KORCZAK 1970 in Ebd.)

Die pädagogische Aufforderung besteht darin, den Tag für den betroffenen Menschen bestmöglich zu gestalten. Dazu müssen Bezugspersonen dessen augenblickliche Befindlichkeit sehr aufmerksam beobachten, versuchen sich einzufühlen und daraus resultierend die Frage zu stellen: Was könnte *jetzt* für diesen Menschen wichtig und bedeutsam sein? DAUT (2011, 100) fordert von MitarbeiterInnen *„inne zu halten“*, genau *„hin zu spüren“* und *„hin zu hören“*, was sie gerade im Kontakt mit den Menschen, die sie betreuen, erleben und was das über deren Bedürfnisse und Wünsche aussagt (ebd.).

Sicherheit und Geborgenheit vermitteln eine bekannte und orientierende Umgebung sowie ein rhythmisierter Alltag. Dabei gilt, je weniger kommunikative Möglichkeiten ein Mensch hat, je schwerer er in seiner Sinneswahrnehmung eingeschränkt ist und je mehr er von Schmerzen betroffen ist, desto wichtiger werden Strukturen und Rituale. Gerade im Angesicht von Schmerzen und Ängsten verschafft beispielsweise ein Windelritual, dass von allen pädagogischen MitarbeiterInnen immer gleich durchgeführt wird, die Vorhersehbarkeit und Gewissheit, welche Handgriffe in welcher Reihenfolge ablaufen werden.

Von besonderer Bedeutung sind stabile und sichere Beziehungen zu anderen Menschen. Gerade Menschen mit schweren Behinderungen müssen aufgrund schwerwiegender Kommunikationsbarrieren von Geburt an Miss- und Unverständnisse hinnehmen. Gerade in Zuständen von Schmerzen benötigen sie aber den verlässlichen Beistand von anderen Menschen. Basale Kommunikationsformen, wie ein gemeinsames Lautieren, ein gemeinsames Schaukeln auf dem Schoß oder das gemeinsame Atmen, können Beziehungsangebote sein, durch die sich Menschen mit schweren Behinderungen angenommen und verstanden fühlen. Über den Körper können diese Menschen am unmittelbarsten erreicht werden, deshalb sollten auch erwachsene Betroffenen Körperkontakt erfahren. FRÖHLICH (2012, 139) betont die Bedeutung von Berührungen; sie zeugen vom *„Da-sein“*, von der

„Anwesenheit eines anderen“. Mit unmittelbaren Berührungen kann Sicherheit vermittelt werden, Beziehung deutlich gemacht und Trost gespendet werden.

„Trotz der offensichtlichen Grenzen, Schmerz zu kommunizieren, kommt den Anderen bei der Erfahrung und Bewältigung des Schmerzes tatsächlich eine große Bedeutung zu: Sie sind die, die Zeugen der vielfältigen Ausdrucksformen des Schmerzes werden, die den Schmerz zufügen, den Schmerz herunter spielen oder ignorieren, seine Bewältigung auf ein technisches Problem reduzieren, die mitfühlen und ihn zu lindern suchen (...)" schreibt DEDERICH (2009, 21). Damit Menschen mit schweren Behinderungen ihren Schmerz mitteilen und über ihn kommunizieren können, brauchen sie die Unterstützung von MitarbeiterInnen. Eine Möglichkeit wäre im Sinne basaler Kommunikation (MALL 1995) mit einem oder für einen betroffenen Menschen zu jammern oder zu schreien (FRÖHLICH Ebd.). Im Ansatz der musikbasierten Kommunikation (MEYER 2009) werden die Stimmungen und Verhaltensäußerungen von betroffenen Menschen aufgenommen und in Musik transformiert und gespiegelt.

Aus der Forschung zu chronischen Schmerzen ist bekannt, dass Misserfolge und Versagen das Erleben von Schmerzen verstärken können. Menschen mit schweren Behinderungen müssen immer wieder ihre Unfähigkeit und Begrenztheit hinnehmen, wenn sie beispielsweise versuchen, einen gewünschten Gegenstand zu ergreifen oder sich in eine bestimmte Position zu bringen. Das Verschaffen von Erfolgserlebnissen, das Bewusstsein selbst etwas bewirkt zu haben, können die betroffenen Menschen stolz machen und sie stärken.

Angebote, die zu einem positiven Körpererleben beitragen, können Schmerzen erträglicher werden lassen. Beruhigende und entspannende Angebote aus dem Konzept der Basalen Stimulation können hier sehr gut eingesetzt werden. So hilft beispielsweise ein warmes Bad Muskelanspannungen zu lösen, es durchwärmt den Körper und vermittelt Wohlbefinden. Musik und Klangangebote können helfen, Ängste und Anspannungen zu reduzieren. Aber auch kreatives Tun mit Farben oder verschiedensten Materialien, das Erleben von Märchen und Geschichten, das Sammeln spannender Sinneseindrücke oder fröhliche Gemeinschaftserlebnisse können Ablenkung verschaffen und Entspannung herbeiführen. Wichtig bei allen Unternehmungen ist, dass sie den betroffenen Menschen erreichen und etwas Gemeinsames entsteht.

Fazit

Menschen mit schweren Behinderungen sind mehr als jede andere Personengruppe von akuten sowie chronischen Schmerzen betroffen. Das erfordert von pädagogischen MitarbeiterInnen grundlegendes Wissen über Genese und Behandlungsmöglichkeiten typischer Schmerzursachen und eine gute Beobachtungsfähigkeit.

Schmerzen bei Menschen mit schwerer Behinderung müssen im pädagogischen Alltag begleitet werden, dazu gehört dass Bezugspersonen *da sind*, die Sicherheit und Geborgenheit vermitteln und bei Anzeichen von Schmerzen mit helfenden Handlungen reagieren.

Literatur

- BELOT, M., MARRIMPOEY, P., ROND, F. (2009): Bogen zur Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung - die EDAAP-Skala; Sonderdruck aus MAIER-MICHALITSCH, N. (Hrsg.): *Leben-pur Schmerz. selbstbestimmtes leben*, Düsseldorf
- CARITASVERBAND FÜR DIE DIÖZESE AUGSBURG E.V. (2011): *In Würde. Bis zuletzt. Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung*. Eitzenberger, Augsburg
- DAUT, V. (2011): Über Sterben und Tod mit betroffenen Kindern und Jugendlichen reden. In: DEUTSCHER KINDERHOSPIZVEREIN E.V. (Hrsg.): *Lebenskünstler und ihre Begleiter*. der hospiz verlag, Ludwigsburg
- DEDERICH, M. (2009): Schmerz – eine philosophische Erkundung. In: MAIER-MICHALITSCH N. (Hrsg.): *Leben-pur Schmerz. selbstbestimmtes leben*, Düsseldorf, S. 88-107
- FRÖHLICH, A. (2012): Schmerzen bei Kindern mit schwersten Behinderungen. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 2012 (4), 136-141
- MALL, W. (2008): *Kommunikation ohne Voraussetzungen: Mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen*, 6. Aufl. Winter, Heidelberg
- MEYER, H. (2009): *Gefühle sind nicht behindert: Musiktherapie und musikbasierte Kommunikation mit schwer mehrfach behinderten Menschen*. Lambertus, Freiburg
- NÜSSLEIN, F. (2009): Leiblichkeit und Schmerz-Eine praxisorientierte Auseinandersetzung aus leibphänomenologischer Perspektive. In MAIER-MICHALITSCH N. (Hrsg.): *Leben-pur Schmerz. selbstbestimmtes leben*, Düsseldorf
- REST, F. (2006): Möglichkeiten und Grenzen der Sicherung der Würde unserer Kinder: Die Hospizidee in Deutschland angesichts persönlicher und gesellschaftlicher Herausforderungen. In: DEUTSCHER KINDERHOSPIZVEREIN E.V. (Hrsg.): *Kinderhospizarbeit Begleitung auf dem Lebensweg*. der hospiz verlag, Wuppertal

Schmerzmanagement in der Pflege

Nada Ralic

Das Schmerzmanagement in der Pflege hat nach dem ersten Expertenstandard, der das pflegerische Handeln für akute, Tumor-bedingte chronische und zu erwartende Schmerzen definiert hat, an Bedeutung zugenommen. Der hinzugekommene pflegerische Expertenstandard für chronische Schmerzen hat dies bestätigt. Selbst der Pflege war es bis dato nicht bewusst, welchen wichtigen Anteil sie beim Management von Schmerzen hat. Pflege ist eine am Menschen orientierte Beziehungsarbeit. So hat die Pflege das Privileg, am ehesten zu erfahren, woran die Patienten und Pflegebedürftigen leiden und welche Wünsche und Bedürfnisse sie haben.

Zum pflegerischen Auftrag im Schmerzmanagement gehören folgende Aufgaben:

- Die Schmerzen zu identifizieren.
- Den Behandlungsbedarf zu erfassen.
- Den Arzt frühzeitig in Kenntnis zu setzen und bei Bedarf Schmerzexperten hinzuzuziehen.
- Die Patienten und ihre Angehörigen zu informieren, anzuleiten, zu beraten und zu schulen.
- Die ärztlichen Anordnungen auszuführen.
- Eine zeit- und fachgerechte Applikation von Schmerzmitteln sicherzustellen.
- Die Nebenwirkungen zu erfassen und ihnen vorzubeugen.
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen einzusetzen.
- Die Koordination der Maßnahmen eines multiprofessionellen Teams.
- Den Erfolg der Therapie zu überwachen.
- Eine Verlaufsdokumentation durchzuführen.

Das Aufgabenspektrum ist groß und vielfältig. Die Durchführung des Schmerzmanagements in der Praxis ist zielgruppen- und sektorenspezifisch. In diesem Artikel wird das für alle pflegerischen Bereiche übergreifende Verfahren beschrieben, jedoch werden die zielgruppen- und sektorenspezifischen Besonderheiten angesprochen. Das pflegerische Schmerzmanagement von geistig behinderten Menschen ist bisher wenig erforscht (ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN, (AWMF) 2011). Daher gibt es im Expertenstandard kaum Aussagen dazu. Eventuell lässt sich die Vorgehensweise des

Schmerzmanagements bei Menschen mit Demenz auf Menschen mit geistiger Behinderung übertragen. Dies wäre in der Praxis zu erproben.

Identifikation von Schmerzen

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktuellen und potentiellen Gewebeschädigungen verknüpft ist oder mit Begriffen solcher Schädigungen beschrieben wird“ (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) 1986, 11).

Da es sich bei Schmerzen um subjektive Gefühle handelt, impliziert die Identifikation von Schmerzen, dass die Betroffenen nach ihrem Befinden gefragt werden oder dieses selbst artikulieren. So findet die Schmerzidentifikation durch ein initiales Assessment bzw. eine gezielte Befragung des Betroffenen statt. Alle Patienten und Pflegebedürftigen, sowohl in Bezug auf akute als auch auf chronische Schmerzen sollen zu Beginn „des pflegerischen Auftrags“ (DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP) 2011, 2014) zu ihren Schmerzen befragt werden. Unter „Beginn des pflegerischen Auftrags“ (Ebd.) ist die Aufnahme des Patienten/Pflegebedürftigen in eine stationäre oder teilstationäre Gesundheits- und/oder Pflegeeinrichtung gemeint oder die Vorstellung des Patienten in einer Ambulanz. Durch ein kriteriengeleitetes, initiales Assessment sollen bei Personen mit Schmerzproblematik die Schmerzarten, die sie haben, identifiziert werden. Bei der Befragung nach den Schmerzen ist es wichtig, die kulturellen Hintergründe und das Alter der Betroffenen zu berücksichtigen, denn diese Faktoren beeinflussen die Bereitschaft, die Schmerzen zuzugeben. So thematisieren zum Beispiel ältere Menschen eher die Schmerzfolgen als das Schmerzempfinden selbst. Schmerzen unterliegen der subjektiven Wahrnehmung und werden durch psychische, soziale, kulturelle, geschlechtsspezifische, altersspezifische, körperliche, spirituelle Aspekte, Vorerfahrungen und Einstellung moduliert. Diese Faktoren bilden eine individuelle Lebenswelt des Schmerzpatienten. Einflussfaktoren, die den aktuellen Kontext betreffen, in dem sich der Schmerzpatient befindet, wie Schlaflosigkeit, Sorgen, Angst, Traurigkeit, Introversion, Depression, soziale Abhängigkeit, Langeweile und Isolation, senken die Schmerzschwelle und führen zu stärkerer Schmerzwahrnehmung. Daher ist die Selbstbeurteilung der Schmerzen durch den Patienten unbedingt erstrebenswert. Nur in Ausnahmefällen, wenn der Patient dazu nicht in der Lage ist, wie zum Beispiel Menschen mit schwerer geistiger Behinderung oder mit Demenz, sollte eine Bezugsperson befragt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einer Fremdbefragung die Schmerzen meist unterschätzt werden. Dies trifft besonders bei geriatrischen Patienten zu. Zum initialen Assessment gehören die Fragen nach den zeitlichen Dimensionen. Seit

wann bestehen die Schmerzen, wie verhalten sie sich tagsüber und nachts, in Ruhe, bei Belastung, bei Bewegung, wann sind die Schmerzen am stärksten, usw. Diese Angaben sind wichtig für die Differenzierung von akutem und chronischem Schmerz. Einen zeitlichen Cut-Off Punkt, ab wann ein Schmerz als akut oder chronisch beschrieben wird, gibt es nicht. Es hängt von den Schmerzarten ab. Wo beim Kreuzschmerz eine Dauer von mehr als 12 Wochen auf eine Schmerzchronifizierung hindeutet, wird bei Schmerzen in der Beckenregion der Frau eine Zeitdauer von sechs Monaten als Kriterium für den Chronifizierungsprozess genommen (DNQP 2014). Deshalb wird ein Durchschnittswert von drei Monaten für die Differenzierung des akuten und chronischen Schmerzes verwendet.

Des Weiteren gehört zum pflegerischen Schmerzassessment eine Schmerzanalyse in Bezug auf verschiedene Charakteristika. Die Pflegekräfte sollen nachfragen, ob die Schmerzen z. B. strahlend, bohrend, stechend, dumpf, hell, pochend, etc. sind, wo sie herkommen und wie sie ausstrahlen. All diese Dimensionen ermöglichen es der Pflege, den Schmerz qualitativ gut zu beschreiben. Durch Selbsteinschätzung der Schmerzintensität wird das Schmerzempfinden quantifiziert. Dafür stehen mehrere Schmerzskaleten zur Verfügung. Die gängigste Skala ist die Numerische Rating Skala (NRS), bei der auf einem Lineal die Werte von 0-10 angegeben werden können. Bei einem Wert von > 3 in Ruhe und > 5 bei Bewegung bei akutem Schmerz gilt der Schmerz als behandlungsbedürftig. Durch die Verbal Rating Skala (VRS) und Gesichter Rating Skala (VAS) kann auch eine Auskunft über die Schmerzintensität ausgedrückt werden. Bei diesen Skalen werden Smileys und Beschreibungen, wie „kein Schmerz“ bis „stärkster vorstellbarer Schmerz“ angeboten. Je nach Alter des Schmerzpatienten soll zwischen den verfügbaren standardisierten Skalen gewählt werden. Gesichter Rating Skalen kommen eher bei Klein- und Vorschulkindern zur Anwendung, wogegen die NRS bei Erwachsenen und älteren Menschen zum Einsatz kommt. Wichtig ist, dass bei einem Patienten immer die gleiche Skala angewendet wird, somit werden die Aussagen vergleichbarer. Die Messung der Schmerzintensität ist bei akuten Schmerzen von größerer Bedeutung als bei chronischen Schmerzen. Bei diesen ist entscheidend, welche Bedeutung der Schmerzpatient selbst den Schmerzen zumisst. So kann bei einem Patient der Schmerz mit Intensität von 5/10 auf NRS akzeptabel sein, wo hingegen bei einem anderen die Schmerzintensität von 3/10 unerträglich und damit nicht akzeptabel erscheint.

Diese gängigen und für die Quantifizierung des Schmerzerlebens gut geeigneten Skalen sind bei Menschen mit geistiger Behinderung (AWMF 2011)- sowie bei Menschen mit Demenz nur bedingt anwendbar. Je größer der Schweregrad der geistigen Beeinträchtigung und Intelligenzminderung, desto unzuverlässiger sind die Selbstbeurteilungen anhand dieser Skalen.

Nach dem pflegerischen initialen Schmerzassessment und der ersten Schmerzbeschreibung sowie Differenzierung zwischen akuten und chronischen Schmerzen wird je nach Schmerzart das entsprechende Verfahren in Gang gesetzt (s. Abbildung 1).

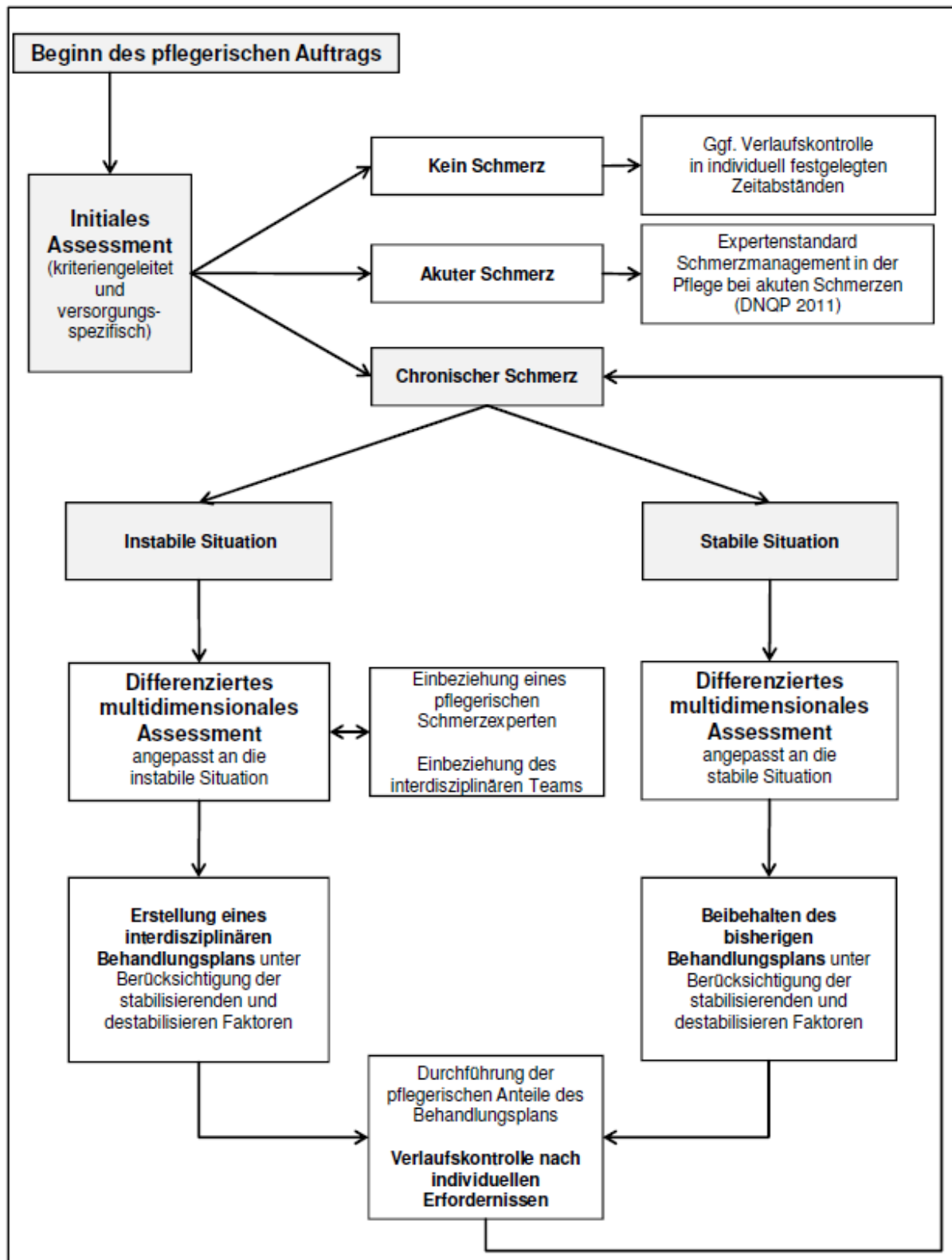


Abb. 1: Ablaufdiagramm zum pflegerischen Schmerzassessment (GNASS et al. 2013)

Verfahren bei akuten Schmerzen

Das Ziel des pflegerischen Schmerzmanagements bei akuten Schmerzen ist, dass *„jeder Patient/Bewohner mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement (...) erhält, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.“* (DNQP 2011, 25). Somit zielen alle nachfolgenden Aktivitäten darauf ab, schnellstmöglich neben einer kausalen Diagnostik und Therapie eine supportive Schmerzbehandlung einzusetzen. Die Durchführung der Diagnostik sowie Therapieverordnung ist und bleibt ärztliche Aufgabe. Die Pflege spielt dabei aber eine entscheidende Rolle. Je höher die Qualität der Schmerzanalyse ist, desto besser und zutreffender kann die Diagnostik gemacht und Therapie verordnet werden. Der Schmerz selbst soll so schnell wie möglich medikamentös behandelt werden und zwar so, dass der Schmerz für den Patienten erträglich wird, der Patient nicht unter Durchbruchschmerzen leiden muss und den Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung vorgebeugt bzw. diese erkannt und ebenso behandelt werden.

Eine gute medikamentöse Behandlung verlangt, dass das adäquate Schmerzmittel in richtiger Dosis und zu gleichen Zeiten verabreicht bzw. eingenommen wird. Für eventuelle Durchbruchschmerzen bei Tumoren muss ein schnell wirkendes Analgetikum zur Verfügung gestellt werden. Die Prinzipien der medikamentösen Therapie basieren auf dem WHO-Stufenschema (<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>). Jeder Schmerzpatient soll zuerst mit einem Basisanalgetikum therapiert werden. Gleichzeitig kann im Bedarfsfall eine unterstützende (adjuvante) Therapie durchgeführt werden. Unter Adjuvantien werden Medikamente oder physikalische bzw. psychosoziale Maßnahmen verstanden, die unangenehme Nebenwirkungen von Analgetika, insbesondere von Opiaten, wie z.B. Übelkeit, Erbrechen und Obstipation, vorbeugen oder sie reduzieren (RALIC 2013). Wenn die Behandlung mit einem Basisanalgetikum in Kombination mit einer unterstützenden Therapie nicht ausreicht, sollen schwache Opiode eingesetzt werden. Sie können mit unterstützenden Medikamenten sowie mit Stufe 1 kombiniert werden. Wenn die Schmerzen für Patienten immer noch unerträglich sind, sollen starke Opiode eingenommen werden. Beim Durchbruchschmerz und Auftreten von starken akuten Schmerzen kann die Therapie in umgekehrter Reihenfolge angewandt werden, beginnend mit starken Opioiden bis hin zu nicht-opioiden Analgetika (DNQP 2011). Bei der Opioid Therapie ist insbesondere auf Nebenwirkungen zu achten und die Beobachtungen sind dem Arzt mitzuteilen. Bei einer medikamentösen Therapie soll die Wirksamkeit der Therapie zeitnah geprüft werden. Das erfordert eine neue Schmerzeinschätzung je nach Halbwirkzeiten des Schmerzpräparates. Bei oraler Gabe eines schnell wirkenden Medikaments soll eine erneute

Schmerzintensitätsmessung bei stärksten Schmerzen schon nach 15 Minuten erfolgen.

In der Regel 30 Minuten erfolgt dies nach intravenöser und parenteraler Gabe, 60 Minuten nach oraler Gabe, vor der OP und alle 2 Stunden postoperativ in den ersten 24 Stunden, ohne prozeduralen Anlass alle 8 Stunden bei kontrollierter Schmerzsituation (DNQP 2011). Ergänzend zur medikamentösen Therapie können nicht-medikamentöse Therapien eingesetzt werden wie Bewegungs-, Musik- und Physiotherapie, Kälte- und Wärmeanwendungen. Solange der Schmerz nicht ausreichend reduziert bzw. beseitigt wird, muss die Wirksamkeitsprüfung engmaschig durchgeführt werden. Bei zufriedenstellender Schmerzsituation soll die Wirksamkeitsprüfung in längeren Zeitabständen gemacht werden. Parallel hierzu werden Patienten/Pflegebedürftige beraten und soweit möglich befähigt, ihre Schmerzintensität selbständig zu messen und Schmerzen zu kontrollieren.

Verfahren bei chronischen Schmerzen

Das Ziel des chronischen Schmerzmanagements ist, dass *„jeder Patient/Bewohner mit chronischen Schmerzen (...) ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhält, das zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt.“* (DNQP 2014, 25).

Das Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen geht weit über die alleinige Schmerzlinderung hinaus. Denn bei chronischen Schmerzen ist häufig eine kausale Therapie ausgeschöpft und der Schmerz hat sich zu einer eigenständigen Schmerzkrankheit entwickelt. Dieser Zustand beeinflusst die Lebensqualität enorm, denn er wirkt sich negativ auf das körperliche, psychische und soziale Befinden des Betroffenen aus. Daher gibt es wesentliche Unterschiede bei den Vorgehensweisen bei akuten und chronischen Schmerzen (s. Abb. 2).

Wenn der Schmerz als chronisch diagnostiziert wurde, soll die Schmerzsituation, in der sich der Schmerzpatient befindet, genau erfasst werden. Wenn der Patient/Pflegebedürftige mit chronischen Schmerzen seine Schmerzsituation subjektiv als akzeptabel und nicht veränderungsbedürftig erlebt, sprechen wir über eine *stabile* Schmerzsituation. Sie ist gekennzeichnet durch eine bestehende medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Therapie auf Basis eines Behandlungsplans. Die Funktionsfähigkeiten des Patienten/Pflegebedürftigen werden durch chronische Schmerzen nicht beeinträchtigt, es bestehen keine gesundheitsbezogene Krisen, therapiebedingte Komplikationen oder Versorgungsbrüche. Der Patient/Pflegebedürftige kann an seinem Alltagsleben teilhaben (DNQP 2014). Dabei ist

zu beachten, dass das Alltagsleben individuell ist und die gesamte Situation in seiner individuellen Lebenswelt durch Schmerzen nicht beeinträchtigt werden soll.

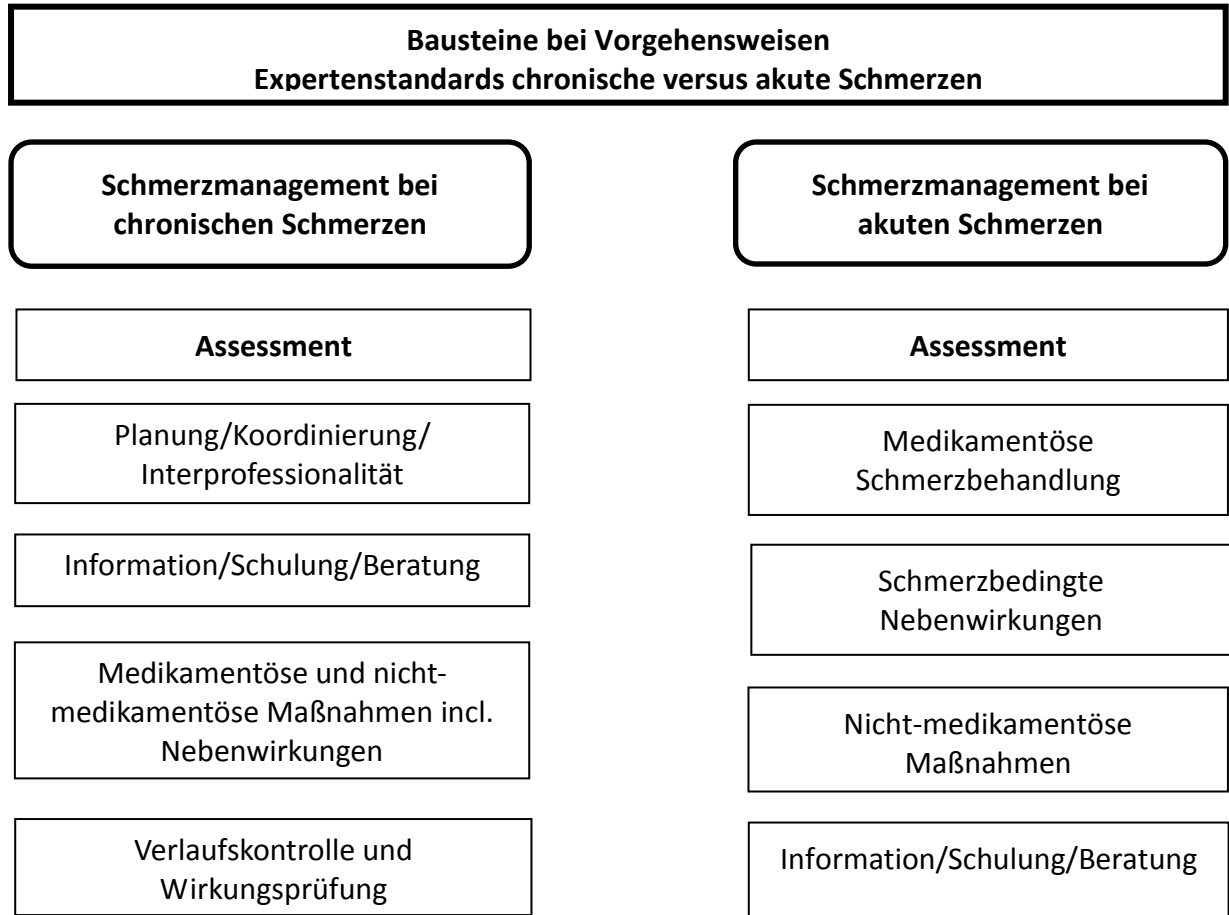


Abb. 2: Vergleich Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und chronischen Schmerzen (OSTERBRINK 2013, 10, Präsentationsfolien unveröffentlicht)

Wenn diese Kriterien nicht erfüllt sind, wird die Schmerzsituation als *instabil* gekennzeichnet. Bei einer instabilen Situation wird durch ein differenziertes Schmerzassessment eine vertiefende Einschätzung der Pathophysiologie des Schmerzes und gegebenenfalls des Grades der Chronifizierung erhoben. Wichtig ist dabei, die Faktoren herauszufinden, die eine Schmerzsituation destabilisieren, um Einfluss auf sie zu nehmen und somit eine Stabilisierung der Schmerzsituation zu erreichen. Dafür werden zielgruppen- und versorgungsspezifische multidimensionale Assessmentinstrumente eingesetzt. Das differenzierte multidimensionale Schmerzassessment basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell des Schmerzes und ist die Voraussetzung für ein gelungenes interprofessionelles Schmerzmanagement. Die Pflegefachkräfte ziehen in diesem Prozessschritt einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu. Diese haben umfangreiche spezifische Kompetenzen und Kenntnisse zum

chronischen Schmerzgeschehen und kennen die Bedeutung und den Umfang eines interprofessionellen Behandlungsplans. Auch andere Berufsgruppen neben den Ärzten sind einzubeziehen. In so einem multiprofessionellen Team werden gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner Maßnahmen vor dem Hintergrund der individuellen Zielerreichung geplant.

Der Schmerzpatient selbst spielt dabei eine entscheidende Rolle. Der Betroffene kann seinen Zustand am besten beurteilen und wesentlich zu der angestrebten Verbesserung beitragen. Deshalb wird der Schmerzpatient im Gegensatz zum Verfahren bei akuten Schmerzen bereits nach dem Assessment ausführlich informiert und beraten, wie er sich verhalten soll, welche Maßnahmen er selbst durchführen, wie er seine Situation selbst stabilisieren kann, etc. Es werden verschiedene Alternativen unterbreitet, sodass der Patient befähigt werden soll seine Medikation einzunehmen und die Schmerzen unter Kontrolle zu halten. Im Kontext von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung bedarf es hierzu der Unterstützung durch das Umfeld.

Danach wird das komplette Behandlungsprogramm angepasst und umgesetzt. Das Behandlungsprogramm bei chronischen Schmerzen unterscheidet sich nicht wesentlich von dem bei akuten Schmerzen.

Die Verlaufskontrolle sowie die Wirksamkeit des Behandlungsprogramms soll individuell festgelegt werden. Das hängt von vielen Faktoren ab, z.B. von Schmerzarten, vom Verhalten und vom zeitlichen Verlauf des Schmerzes vom Versorgungskontext, von der Stabilität der Schmerzsituation und der Versorgungskontinuität. So können die Verlaufskontrolle und die Wirksamkeitsprüfung bei einem Schmerzpatienten, der sich in einer stationären Langzeitversorgungseinrichtung befindet und dessen Schmerzsituation stabil ist, im Rahmen der Evaluation des Pflege- und Betreuungsprozesses erfolgen. Bei einem Patient, dessen Schmerzsituation instabil ist, soll die Wirksamkeitsprüfung engmaschig durchgeführt werden, bis die instabile Situation in eine stabile übergeleitet wird.

All diese Aspekte stellen an die Pflege große Herausforderungen. Es erfordert einen umfangreichen Fundus an Erfahrungen, Kenntnissen und aktuellem Wissen. und vor allem die Entscheidungsfähigkeit, um durch Fachwissen eines der verschiedenen zielgruppenspezifischen Instrumente in bestimmten Prozessabfolgen anzuwenden und diese zu interpretieren.

Die oben beschriebenen Verfahren können bei den Personen angewandt werden, die ihre Situation selbst beschreiben können. Aber was ist mit Personen, die keine Selbstauskunft liefern können.

Grenzen und Möglichkeiten des Schmerzmanagements

Wie schon mehrfach erwähnt ist Schmerz das, was eine Person über ihr Gefühlerlebnis sagt. und immer dort, wo sie ihn spürt (MCCAFFERY 1997). Dies setzt voraus, dass die Selbstausskunftsfähigkeit einer Person zum Schmerz intakt ist. Bei Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung, Menschen im Wachkoma, Säuglingen, etc. kann dieses Prinzip nicht eingesetzt werden. Bei diesen Menschen muss eine Fremdeinschätzung durchgeführt werden. In diesem Artikel wird auf den Versorgungsstand von Menschen mit Demenz und Fremdeinschätzung bei dieser Personengruppe eingegangen.

Menschen mit Demenz weisen einen Verlust der geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientieren und Verknüpfen von Denkinhalten auf. Sie haben eine verstärkte Vergesslichkeit bis hin zum Gedächtnisschwund, Orientierungsstörungen, erhebliche Sprachprobleme bis hin zum Sprachverlust, Verständnisprobleme, sich mitzuteilen und Gesagtes zu verstehen, Gefühlsstörungen, verändertes Körpergefühl, zum Teil auch Wahnvorstellungen. Sie zeigen herausfordernde Verhaltensweisen wie z.B. motorische Unruhe, veränderten Tages/- und Nachtrhythmus, Schreien, Weinen. All diese Beeinträchtigungen führen dazu, dass sie ihre alltäglichen Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchführen können. Mittels „Mini-Mental-Status-Tests“ [MMST/MMSE] können die geistigen Beeinträchtigungen bei Menschen mit Demenz erkannt werden und einer der vier Demenzgraduierungen zugeordnet werden. So sind Menschen, die bei dem Test mehr als 24 Punkte erreichen (Maximalwert = 30 Punkte), in ihrer Kognition nicht eingeschränkt, bei weniger als 24 Punkte haben sie eine leichte, bei weniger als 20 Punkten haben sie eine mittlere und bei weniger als 10 Punkten eine schwere Demenz (FOLSTEIN et al. 1975).

Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Schmerzwahrnehmung des Menschen mit Demenz besagen, dass

- die subjektive Schmerzschwelle (Intensität und Zeitintervall, ab der/dem ein Reiz als Schmerz wahrgenommen wird) bei Demenzkranken und nicht-Demenzkranken gleich ist (JENSEN-DAHM et al. 2013).
- die vegetative Schmerzschwelle (die Reizintensität, ab der Blutdruck und Pulsschlag ansteigen) bei Demenzkranken höher ist als bei Nicht-Demenzkranken.
- die Schmerztoleranz (die Reizintensität, ab der der Schmerz als unerträglich wahrgenommen wird) bei Demenzkranken niedriger ist als bei Nicht-Demenzkranken (Ebd).

Die oben genannten Aspekte der Schmerzwahrnehmung bei Menschen mit Demenz werden folgendermaßen erklärt: Die kognitiven Beeinträchtigungen, psychischer Stress und Angst beeinflussen eher die Schmerztoleranz als die

Schmerzschwelle, für die der sensorischer Cortex zuständig ist. Dieser bleibt bis zum Spätstadium der Alzheimer-Krankheit weitgehend unbeschadet (ÄRZTE ZEITUNG ONLINE 2014)

Auch bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung sind ähnliche Phänomene beobachtet worden. So wurde festgestellt, dass die Schmerzwahrnehmung nicht herabgesetzt ist. Eher ist eine erhöhte Schmerzsensibilität sowie bei wiederholten und nicht behandelnden Schmerzreizen erhöhte Schmerzsensitivität beobachtet worden. Negative Schmerzerfahrungen reduzieren die Lebensqualität in Bezug auf Schlafen, Essen, Mobilisation, Schulbesuch, soziales und emotionales Wohlbefinden (AWMF 2011; BIENSTEIN & SARIMSKI 2011).

Auch wenn Menschen mit Demenz erhebliche Probleme haben, ihr Schmerzerleben so zu kommunizieren, dass die Pflegenden und Betreuenden die Informationen verstehen, sollen sie zuerst nach ihrem Schmerz befragt werden. Denn verschiedenen Studien zufolge kann bei ca. 60% der Menschen mit Demenz eine der Schmerzskaalen (NRS, VRS, WAS) angewandt werden, meistens die Verbale Rating Skala (DNQP 2011). Bei Menschen mit leichter Form der Intelligenzminderung können auch zuerst Selbsteinschätzungen anhand von nicht abstrakten, eher visuellen Analogskalen durchgeführt werden (AWMF 2011). Bei starken Beeinträchtigungen der Kognition mit einem MMSE-Wert < 10 gilt eine Selbstauskunft als nicht mehr zuverlässig (FOLSTEIN et al. 1975).

Der Schmerzversorgungsstand von Menschen mit Demenz ist im Vergleich zu dem von Menschen ohne Demenz schlechter. Sie bekommen beispielsweise nach einer Schenkelhalsfraktur eine dreifach geringere Dosis Morphinäquivalent als Menschen ohne Demenz – oder anders ausgedrückt, Pflegeheimbewohner ohne Schmerztherapie haben einen signifikant geringeren MMST (MORRISON et al. 2000).

Dementen alten Menschen werden – sowohl für den „Bedarf“ als auch regelmäßig – weniger Analgetika verschrieben als nicht dementen alten Menschen (KASSALAINEN et al. 1998). Ursachen unzureichender Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung sind vielfältig: Vorurteile, die Kommunikation gelingt nicht, indirekte Schmerzzeichen werden nicht beachtet, übersehen oder fehlinterpretiert (AWMF 2011) – aus Zeitgründen und wegen mangelnder interprofessioneller Zusammenarbeit. Statt Schmerzen werden Folgestörungen (Verweigerungsverhalten) behandelt, es fehlt Kompetenz in der Schmerztherapie, usw.

Da sich mit zunehmenden geistigen Beeinträchtigungen mimische Reaktionen auf Schmerzreize (SCHWARZ 2004) verstärken, geben sie wichtige Hinweise auf mögliche Schmerzen. Angespannter Ausdruck, verkrampfte Haltung,

Schonhaltung, beschleunigter Sprachzerfall, unsicheres Gehen, zunehmende Bewegungsunlust, häufige Stürze, verstärkter Rückzug, Verschlechterung des Allgemeinzustands, veränderter Atemrhythmus, Appetitlosigkeit, Tachykardie, erhöhter Blutdruck, Unruhe, Schreien, Anklammern, ständiges Läuten, Ratlosigkeit, Verwirrtheit oder Schlaflosigkeit können Ausdruck von Schmerzen sein. Die Liste ist nicht vollständig, da Menschen sich unterschiedlich verhalten. Der Schmerzausdruck bei Menschen mit schwerstmehrfacher Behinderung kann unvollständig oder verändert sein, so dass eine Interpretation äußerst schwierig ist. Die Kinder mit leichter bis mittelgradiger Intelligenzminderung verfügen i.d.R. über verbale Mitteilungsfähigkeiten, während die Kinder mit schwersten Formen der Intelligenzminderung eher mit veränderten Verhalten auf die Schmerzreize reagieren (AWMF 2011).

Für beide dieser Gruppen, sowohl für Menschen mit Demenz als auch für Menschen mit geistiger Behinderung ist wichtig, dass die Beobachtungen durch die Personen vorgenommen werden, die die betroffene Person gut kennen. Nur so können sie Verhaltensänderungen registrieren. Es soll eine systematische Fremdeinschätzung von Verhaltensmerkmalen anhand eines zuverlässigen Instruments durchgeführt werden. Für den Einsatz dieses Instruments sollen die „Beobachter“ geschult werden. Wenn es mehrere Beobachter gibt, bzw. Pflegepersonen die Beobachtung durchführen, muss bei der Interpretation der Ergebnisse die Inter-Rater-Reliabilität berücksichtigt werden. Denn die Fremdbeobachtung ist niemals eine „objektive“, sie kann nicht mit dem selbst artikulierten subjektiven Empfinden gleichgesetzt werden. Sie wird durch eigene Vorerfahrungen und Einstellungen sowie den Beziehungsstatus des Beobachters zu der beobachteten Person verfälscht. Die Beobachtungen finden in verschiedenen Situationen und zu unterschiedlichen Zeiten statt. Dadurch werden die zu beobachtenden Personen durch mehrere Beobachter und Professionen betrachtet. In einer interdisziplinären Zusammenarbeit soll ein Interpretationskonsens erreicht und bewertet werden. Bei bestätigtem Verdacht auf Schmerzen sollen die Schmerzmittel versuchsweise verabreicht werden. Die Wirksamkeitsprüfung erfolgt wie in oben erläuterten Verfahren, nur mit anderen Instrumenten.

Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz und Menschen mit geistiger Behinderung

Mehrere Skalen für die Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz werden angewandt. Sie alle verbindet, dass die verschiedenen Verhaltensmerkmale beobachtet werden, dass diese Verhaltensmerkmale in verschiedenen Alltagssituationen sowie Kontexten zu betrachten sind und daher kein einmaliger Einsatz des Instruments ausreicht. Viele der Skalen sind mit Punktwerten versehen.

- ECPA [Echelle comportementale de la douleur pour personnes agees non communicantes] (MORELLO et al. 2007) wurde in Frankreich und danach in der Schweiz entwickelt und erprobt. Die ECPA – Skala wurde in die Deutsche BISAD [Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz] (FISCHER 2007, 2009) Skala übersetzt. Zu drei Beobachtungsdimensionen außerhalb der Pflege, während der Pflege und Auswirkungen auf Aktivitäten wie z.B. Essen, Schlaf, Bewegung und Kommunikation werden elf Items abgefragt. Sie können mit einem Wert von 0 (= keine Auffälligkeit) bis 4 (=stärkste Auffälligkeit) bewertet werden. Es empfiehlt sich, die Skala mindestens einen Tag und eine Nacht lang in verschiedenen Situationen einzusetzen, am besten über drei Tage. Danach sollen die Ergebnisse analysiert und bewertet werden.
- Die PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)-Skala = BESD [Beurteilung von Schmerzen bei Demenz] (BASLER et al. 2006) wird zurzeit am häufigsten angewandt. Bei dieser Skala werden Merkmale wie Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost beobachtet. Sie sind mit mehreren Items in drei Ausprägungen (0-2) versehen. Bei einem Wert ≥ 6 (Maximal =10) in einer Mobilitätssituation wird der Zustand als behandlungsbedürftig angesehen. Auch hier gilt eine Beobachtung in verschiedenen Situationen, in Ruhe und bei Mobilisation.
- Die DOLOPLUS ©-Skala (RUETTER 2008) hat 10 Kategorien mit 4 Ausprägungen und ist aus der ECPA-Skala abgeleitet.

Wie bereits erwähnt, kann die Fremdeinschätzung mit der Selbsteinschätzung nicht gleichgesetzt werden. Daher kann der Summenscore dieser Skalen nicht als Gradmesser für die Schmerzintensität genommen werden. Wenn auch in der BESD-Skala ein Schwellenwert angegeben wird, ab dem Behandlungsbedürftigkeit besteht, haben diese Beobachtungsskalen keinen allgemeingültigen Cut-Off Point, der benennt, ab wann ein Schmerz vorhanden ist oder nicht. Die Punktwerte sind als Basiswerte zu ermitteln, damit im weiteren Verlauf und nach der probatorischen Gabe von Schmerzmitteln und anderen eingesetzten schmerzreduzierenden Maßnahmen eine Veränderung „quantifiziert“ wird. Bei einer Reduzierung des Scores vom ersten Zeitpunkt (ohne schmerzreduzierende Maßnahme) zum zweiten Zeitpunkt (nach schmerzreduzierender Maßnahme) kann davon ausgegangen werden, dass Schmerzen vorlagen!

Aber anstatt sich auf die Veränderung des Gesamtscores zu fokussieren, sollen Veränderungen der einzelnen Items und Dimensionen erkannt werden. Zum Beispiel, ob sich die Atmung oder die Mimik in bestimmter Situation zum Positiven verändert. Da der Summenscore in der Praxis zu einer falschen Interpretation verleitet, wurde die ZOPA© Skala [Zürich Observation Pain Assessment] (HANDEL 2010) mit 13 Items entwickelt. Sie ist eindimensional

und bildet keine Gewichtung der Verhaltensmerkmale und Bildung des Summenscores ab.

Die chronischen Schmerzen sollen außerdem mit multidimensionalen Schmerzassessments beurteilt werden. Dafür eignet sich ein strukturiertes Schmerz-Interview für geriatrische Patienten. Es ermöglicht valide Ergebnisse bei leichter bis mittlerer kognitiver Beeinträchtigung. Zum Screening in Bezug auf eine eventuelle kognitive Beeinträchtigung sind drei abgewandelte Fragen aus dem MMSE (Mini-Mental State Examination) enthalten. Bei positiven Zeichen zu allen drei Fragen wird dieses Verfahren komplett zur Durchführung empfohlen. Es enthält 14 Fragen mit allerdings größerer Itemanzahl und ist daher vom Umfang der Durchführung schwer einzuschätzen. Zusätzlich sind einige fremdanamnestic Fragen enthalten, z.B. bezüglich Medikation und Therapien. Die Items sind überwiegend dichotom bzw. kategorial mit bis zu sechs Antwortkategorien.

Untersuchungen haben gezeigt, dass keine standardisierte Messmethode für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung existiert (MESCHIK 2010). Gezielte Beobachtungen sind fast die einzig mögliche Methode der Schmerzerfassung bei diesen Menschen (AWMF 2011). Damit so genau wie möglich eine zuverlässige Schmerzerfassungs-Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt werden kann, sollen Bezugspersonen, die über Kenntnisse des grundlegenden Verhaltensmusters des Menschen mit schwerer geistiger Behinderung verfügen, einbezogen werden.

- FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability) (MALVYA et al. 2006). Das Instrument beinhaltet 5 Kategorien (siehe Abb. 3). Der revidierte FLACC wurde ergänzt um zusätzliche spezifische Faktoren wie verbale Ausbrüche, Zittern, verstärkte Spastik, ausfahrende Bewegungen, Veränderung der Atmung, z.B. Atemanhalten oder Lautäußerungen, sowie bestimmte individuelle Verhaltensweisen einzelner Kinder, die von deren Eltern beschrieben wurden. Siehe auch das Schmerzbeurteilungstool revised FLACC (MALVYA et al. 2006; ZERNIKOW 2009).

Kategorie	Beobachtung	Punkte
Gesichtsausdruck Face	Kein besonderer Gesichtsausdruck oder Lächeln	0
	Gelegentliches Grimassieren/Stirnrunzeln; zurückgezogen oder desinteressiert (erscheint traurig oder besorgt).	1
	Permanentes Grimassieren oder Stirnrunzeln; häufiges Kinnzittern; angespannter Kiefer (angespannt schauerndes Gesicht, Gesichtsausdruck von Angst und Panik).	2

Beine Legs	Normale entspannte Position der Beine (normale Anspannung und Bewegung der Beine).	0
	Unruhig, angespannt, ruhelos (gelegentliche Zuckungen, Tremor).	1
	Beine strampeln, Beine angezogen (Anstieg spastischer Bewegungen, permanenter Tremor oder Zuckungen)	2
Aktivität Activity	Stilles Liegen, normale Position, bewegt sich leicht/problemlos (regelmäßige, rhythmische Atmung).	0
	Sich drehen und wenden, schaukelnde Bewegungen (angespannte, vorsichtige Bewegungen, mäßig agitiert z.B. Kopfbewegungen vor und zurück; oberflächliche, kurze Atmung, gelegentliches Seufzen).	1
	Sich krümmen, steife, zuckende Bewegungen (starkes Agitieren, Kopfschlagen; zittern; Atem anhalten, Keuchen oder scharfes Einatmen, sehr oberflächliche, kurze Atmung).	2
Weinen Cry	Kein Weinen oder Verbalisieren.	0
	Stöhnt und jammert; gelegentliches Klagen (gelegentlicher verbaler Ausbruch, permanente Lautäußerungen).	1
	Kontinuierliches Weinen, Schreien oder Schluchzen, häufiges Klagen (wiederholte Ausbrüche, permanente Lautäußerungen).	2
Trösten/ Beruhigen Consolability	Zufrieden und entspannt.	0
	Beruhigt sich durch gelegentliche Berührungen, Umarmungen oder Ansprechen; ablenkbar.	1
	Schwer zu trösten oder zu beruhigen (schiebt Bezugsperson/Betreuer weg, wehrt sich gegen Versorgung oder Beruhigungsversuche).	2

Abb. 3: FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability; MALVYA et al. 2006)

- Das NCCPC-Revised (Non – Communicating Children’s Pain Checklist-Revised) – Schmerzbeurteilungsinstrument ist mittlerweile in die deutschsprachige Version übersetzt und zur Schmerzerfassung für nicht – kommunizierende Kinder und Jugendliche mit mentaler Beeinträchtigung entwickelt. Sie umfasst 30 Items auf sieben Subskalen zu:
 - o stimmliche Äußerungen

- o Essen/Schlafen
- o Sozial/Persönlichkeit
- o Gesichtsausdruck
- o Körper/Körperpartien
- o Aktivität
- o Psychologische Aspekte

Einzelne Items werden bewertet, daraus wird einer Gesamtscore von maximal 90 Punkten errechnet. Der Cut off point liegt bei > 7 , dann sollte eine Schmerztherapie eingeleitet werden (MESCHICK 2010; AWMF 2011).

Unter allen Dimensionen ist der Gesichtsausdruck bei Menschen mit schweren geistigen Behinderungen wie auch bei Menschen mit Demenz der zutreffendste Schmerzindikator (KUNZ et al. 2007). Alle Skalen und Assessments sind im Internet zugänglich.

Trotz aller verfügbaren Instrumente bleibt bei Fremdeinschätzungen ein Dilemma. Fremdeinschätzungen von Schmerzen sind unzuverlässig und beurteilen die Schmerzstärke in weniger als 50 % der Fälle korrekt (GERHARD 2010). Nur mit einem umfassenden Ansatz nach Art einer „phänomenologischen“ Schmerzerfassung lässt sich dem Phänomen Schmerz mit seinen vier Dimensionen (gemäß dem „Total Pain Model“: körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz) gerecht werden. Deshalb muss auf zusätzliche Informationen zurückgegriffen werden. Schmerz kann sich als Unruhe, Depression, Aggressivität, Schlaflosigkeit oder Nahrungsverweigerung äußern. Unersetzliche Hinweise liefern die Beobachtungen durch Menschen, die den Betroffenen am längsten kennen und in seiner Emotionalität und emotionalen Ausdrucksweise daher am besten einschätzen können.

Um auf das herausfordernde Verhalten bei Menschen mit Demenz adäquat zu reagieren und eventuelle Schmerzandeutungen rechtzeitig zu erkennen und zu therapieren empfiehlt sich die sogenannte „Serial Trial Intervention“ (STI) (FISCHER et al. 2007).

Im ersten Schritt ① wird geprüft, ob unbefriedigte körperliche Bedürfnisse vorliegen, zum Beispiel akute Erkrankungen oder Ereignisse, Verschlechterung des Allgemeinzustands, etc. Wenn ein möglicher Auslöser für das Verhalten gefunden wird, sollte er behandelt und möglichst beseitigt werden. Wenn nach bestimmter Zeit keine Verhaltensverbesserung eintritt, soll im zweiten Schritt ② ein affektives Assessment durchgeführt werden. Das affektive Assessment umfasst psychosoziale und umgebungsbezogene Bedürfnisse. Wenn nach Einsatz von passenden Interventionen nennenswerte Erfolge ausbleiben, sollen im dritten Schritt ③ nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie zum Beispiel Spaziergehen, Musiktherapie, Massagen, Basale Stimulation, Snouzenen, etc. erprobt werden. Greifen diese nicht, ist der nächste Schritt ④ die Gabe vom

Schmerzmittel. Erst wenn die Schmerzmittel das Verhalten nicht positiv verändern, sollen Psychopharmaka versuchsweise gegeben werden ⑤ . Ein ähnliches Vorgehen ist bei Menschen mit geistiger Behinderung möglich.

Aufklärung, Beratung, Edukation

Aufklärung, Beratung und Edukation haben insbesondere bei Menschen mit chronischen Schmerzen große Bedeutung. Sie tragen zur Akzeptanz bei und stärken die Bewältigungskompetenzen des Patienten. Dafür können verschiedene Medien genutzt werden, wie z.B. Broschüren, Flyer oder Videos. Bei Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven und geistigen Beeinträchtigungen müssen die Bezugspersonen beraten und eduziert werden. Wie sie Schmerzeinschätzungen durchführen können, welche Instrumente geeignet sind, welche schmerzreduzierenden Maßnahmen eingesetzt werden können, wie stabile Situationen aufrecht erhalten werden können, wie Schmerzmittel verabreicht werden sollen, wie der Verlauf dokumentiert werden kann, etc.

Planung, Koordinierung, Interprofessionalität

Die pflegerischen Aufgaben im Schmerzmanagement sind vielfältig und umfangreich. Pflege ist ein Zahnrad, sogar ein sehr wichtiges, aber nicht alleiniges in der Versorgungskette bei Menschen mit Schmerzproblematik. Anders als bei vielen anderen Aufgaben, wo die Pflege autorisiert ist, die Aufgaben selbständig zu planen und durchzuführen, ist sie hier auf eine multiprofessionelle Zusammenarbeit angewiesen. Von der pflegerischen Schmerzexpertin über Ärzte bis hin zu Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen und Seelsorgern. Im pflegerischen Schmerzmanagement übernimmt die Pflegefachkraft eine Lotsenfunktion. Sie schätzt die Situation ein, informiert die anderen Professionen, entscheidet, wen sie zu welchem Zeitpunkt in den Prozess einbezieht, koordiniert deren Einsätze, fasst alle ihr zugetragenen diagnostischen und therapeutischen Vorschläge und Anordnungen zusammen und „übersetzt“ diese für den Patienten.

Sie sorgt für die Umsetzung des Behandlungsplans, beobachtet die Wirksamkeit aller Maßnahmen, dokumentiert und leitet die Informationen wiederum an alle Beteiligten weiter. Das setzt ein hohes Maß an fachlichen, kommunikativen und organisatorischen Kompetenzen voraus. Die Pflege soll sich dieser Herausforderung stellen, denn das Schmerzmanagement ist eindeutig auch eine pflegerische Aufgabe. Es gibt keinen Ort, an dem nicht gepflegt wird, zu Hause, in Krankenhäusern, in pflegerischen und rehabilitativen Einrichtungen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und zwar temporär und auf Dauer. In Deutschland sind im Jahr 2011 18.797.989 vollstationäre Patientinnen und Patienten aus Kliniken entlassen worden (STATISTISCHES JAHRESBUCH 2013).

2,5 Millionen Menschen sind nach den Kriterien des SGB XI pflegebedürftig (PFLEGESTATISTIK 2011). 17% der Bevölkerung leiden unter chronischen Schmerzen, das heißt 13,6 Millionen! (DNQP 2014.) 56% der Krankenhauspatienten berichten über „moderate“ Schmerzen. In 2011 sind es demnach ca. 10 Millionen gewesen (DNQP 2011).

Literatur

- ÄRZTE ZEITUNG ONLINE (2014): Auch Alzheimer-Patienten haben Schmerzen. <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=854036&pid=847507> (Zugriff am 30.1. 2014)
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN E.V. (AWMF) (2011)– Intelligenzminderung und Lernbehinderung: Registernummer 028-042. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/028-042.html>. (Zugriff am 06.09.2014)
- BASLER, H.D., HUGER, D., KUNZ, R., LUCKMANN, J., LUKAS, A., NIKOLAUS, T., SCHULER, M.S. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. Schmerz 20:519-526
- BIENSTEIN, P., SARIMSKI, K. (2011): Unterstützung von psychischer Gesundheit als psychologischer Beitrag zur Förderung von Lebensqualität. In: Fröhlich, A., Heinen, N., Klauß, T. & Lamers, W. (Hrsg). Handbuch schwere und mehrfache Behinderung. Athena Verlag, S. 109-128.
- BREU, L.M., FINLEY, G.A., MCGRATH, P.J., CAMFIELD, C.S. (2002): Validation of the Non-communicating Children's Pain Checklist-Postoperative Version. Anesthesiology. 96(3): 528-535
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE(DNQP) (2011): Expertenstandard in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung. Osnabrück
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP) (2014): Expertenstandard in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück
- FISCHER, T. (2007): Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD). Deutsche Version. Charité – Universitätsmedizin Berlin, <http://www.dgss.org/die-gesellschaft/arbeitskreise/schmerz-und-alter/downloads/>(Zugriff am 06.08.2014) von MORELLO, J.A. (2007) Echelle comportementale de la douleur pour personnes agees non communicantes (ECPA).
- FISCHER, T. (2009): Entwicklung eines Instruments zum Assessment von Schmerzen bei alten Menschen mit schwerer Demenz, Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Charité Universitätsmedizin Berlin
- FISCHER, T., SPAHN, C., COVACH, C. (2007): Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die „Serial Trial Intervention“ (STI). Pflegezeitschrift 7/2007: 370-373
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN. S.E., MCHUGH, P.R. (1975): Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research12(3): 189-198
- GERHARD, C. (2010): Schmerzerfassung bei fortgeschritten neurologisch Erkrankten. Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin. 12•10. 28-30. www.ASTUP.de (Zugriff am 06.09.2014)
- GNASS, I.; SIRSCH, E.; RALIC, N. & HÜBNER-MÖLLER, B. (2013). Ablauf des pflegerischen Schmerzmanagement. In: Expertenstandard in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück

- HANDEL, E. (Hrsg) unter Mitarbeit GNASS, I.; MÜLLER, W. & SIRSCH, E. (2010): ZOPA© (Zürich Observation Pain Assessment). Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und/oder Bewusstseinsstörungen. Verlag Hans Huber. Bern.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) (1986): In: ANALGESIE MANAGEMENT DURCH EDUKATION UND SERVICE (A.M.A.D.E.U.S.): Manual zum Schmerzzirkel. Grundkurs Therapie chronischer Schmerz. Janssen-Cilag GmbH, Neuss, S.11
- JENSEN-DAHM, C., U. WERNER, M., B. DAHL, J., STAEHELIN JENSEN, T., BALLEGAARD, M., HEJL, A-M., WALDEMAR, G. (2013): [http://www.Painjournalonline.com/article/S0304-4959\(13\)00694-5/abstract](http://www.Painjournalonline.com/article/S0304-4959(13)00694-5/abstract) (Zugriff am 05.03.2014)
- KAASALANIEN, S., MIDDLETON, J., KNEZACEK, S., HARTTLEY, T., STEWART, N., IFE, C., ROBINSON, L. (1998): Pain and cognitive status of institutionalized elderly: Perceptions and interventions. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(8), 24-31
- KUNZ M, SCHARMANN, S, HEMMETER U, SCHEPELMANN, K, LAUTERBACH S (2007): The facial expression of pain in patients with dementia. *Pain*. 133(1-3) 221-228.
- MALVYA, S., VOEPEL-LEWIS, T.; BURKE, C.; MERKEL, S.; TAIT, AR. (2006): The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatr Anaesth*. 2006 16(3):258-265.
- MCCAFFERRY, M., BEEBE, A.; LATHAM, J. (1997): Schmerz: Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Ullstein Mosby. Berlin
- MESCHIK, J.M. (2010): Diplomarbeit Akutschmerztherapie Schmerzerfassung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Medizinische Universität Graz. Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Graz
- MORRISON, R.S. & Siu A.L., Pain Symptom Management (2000); 19:240-248. In: Präsentationsfolien von Dr. med. NOT-RUPPRECHT SIEGEL. Eching, März 2009.
<http://aufschwungalt.de/Downloads/schmerzundDemenz.pdf> (Zugriff am 20.01.2014)
- OSTERBRINK, J. (2013). Präsentationsfolien bei der Konsensuskonferenz zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, unveröffentlicht, S. 10)
- RALIC, N. (2013): Expertenstandards in der ambulanten Pflege. W. Kohlhammer. Stuttgart
- RUETTER, P. (2008) Dokumente und Einstellungen\patrick.ruetter\Desktop\Doloplus2.xls. S 1.
<http://www.gesundheitundalter.ch/Portals/3/media/geriatrische/PDF/Doloplus2.pdf>
(Zugriff am ?)
- SCHWARZ, G. (2004): Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. 18.11.2004. Impulsveranstaltung: Schmerzwahrnehmung und Umgang mit Schmerzen bei demenzkranken Menschen. Einige Zahlen und Fakten. Präsentation am 18.11.2004. http://www.alzheimer-bw.de/cms/_data/Schmerz (Zugriff am 10.05.2009)
- STATISTISCHES JAHRESBUCH (2013): Deutschland und Internationales. (Hrsg) STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN
- PFLEGESTATISTIK (2011, 2013): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. (Hrsg) STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN
- ZERNIKOW, B. (2009): Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 4. Auflage. Springer Medizinverlag, Heidelberg. S.430

Internet:

www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/ (Zugriff am 30.03.2014)

Schmerzen kommunizieren können

Julia Schellen

Ausgangslage

Zum Thema Schmerzen und Unterstützte Kommunikation finden sich in Deutschland in der entsprechenden Fachliteratur weder Artikel noch publizierte Studien. Dies ist verwunderlich angesichts der Tatsache, dass die meisten Eltern in Beratungssituationen den Wunsch äußern, dass ihr Kind u.a. lernen soll Schmerzen zu äußern. In den in Deutschland am häufigsten genutzten Symbolsammlungen und -systemen findet sich ein breites Angebot an grafischen Darstellungen zur Kommunikation von Schmerzen und gesundheitlichen sowie medizinischen Aspekten.

Im englischsprachigen Raum sieht die Forschungslage anders aus, hier liegen bereits seit einigen Jahren Studien und Veröffentlichungen vor, die sowohl die präoperative als auch eine postoperative Versorgung mit Kommunikationshilfsmitteln und den Umgang mit nichtsprechenden Patienten in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens beleuchtet haben. Daraus resultieren beispielsweise Kurse, Handbücher und Kommunikationstafeln mit Vokabular rund um Krankheit und Gesundheit für Mitarbeiter in (Akut-)Krankenhäusern. Einen Überblick hierüber findet man bei BLACKSTONE (2012) und unter <http://www.patientprovidercommunication.org>. Dennoch lässt sich übergreifend sagen, dass nur ein Bruchteil der Personen, die täglich im Gesundheitswesen mit Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten zu tun haben, von den Möglichkeiten und Hilfen wissen.

Schmerzen bei Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten

Schmerzen werden in der Regel bei lautsprachlich und anders kommunizierenden Menschen vor allem über körpereigene Signale von ihren Bezugspersonen wahrgenommen. So kann es vorkommen, dass eine Person bei Schmerzen u.a. weint, stöhnt, eine Schonhaltung einnimmt, empfindlich auf Berührungen reagiert, unruhig oder sehr passiv ist, einen erhöhten oder verringerten Muskeltonus aufweist und wenig aufmerksam für Umweltereignisse ist. Diese Aufzählung macht deutlich, dass es sehr viele unterschiedliche Ausdrucksformen für Schmerzen gibt. Das bloße Wahrnehmen, dass jemand unter Schmerzen leidet, hilft jedoch wenig diese zu

mindern bzw. deren Ursache zu behandeln. Hierfür wird in der Regel eine Beschreibung benötigt, wo die Schmerzen lokalisiert, wie stark sie sind und in welcher Form (stechend, dumpf, etc.) sie auftreten.

Menschen mit einer geistigen Behinderung und Bedarf an Unterstützter Kommunikation haben hier unter Umständen gleich zwei Handicaps: Ihre kognitiven Fähigkeiten ermöglichen es ihnen nicht sich differenziert auszudrücken, und/oder ihre sprechmotorische Beeinträchtigung hindert sie an einer Verbalisierung. Dies führt dazu, dass je *„(.) mehr Schwierigkeiten eine Person hat, sich auszudrücken, umso mehr unterschiedliche Bedeutungen haben die einzelnen Zeichen.“* (BELOT 2012, 95). Zur Einschätzung von Schmerzen wurden von BELOT et al. (2012) die EDAAP Skala entwickelt. Sie beruht auf der Beobachtung und dem Vergleich des Verhaltens einer kranken Person vor und während schmerzhafter Krankheitsphasen. Es wird davon ausgegangen, dass die Person sich nicht sprachlich dazu äußern kann.

Dies macht es umso wichtiger in der Kommunikationsförderung auch ein Augenmerk auf belastende Situationen wegen Krankheiten zu legen. Unterschiedliche Begleiterkrankungen wie Anfallsleiden, häufige Atemwegserkrankungen, Asthma, Herzfehler, etc. machen deutlich, dass es nicht nur in Akutsituationen wie einem Unfall zu Arztbesuchen, zum Einsatz von Medikamenten oder auch Krankenhausaufenthalten kommt. Auch reguläre Arztbesuche im Sinne der Prävention, wie beispielsweise beim Zahn- und Augenarzt oder Impftermine können Stress auslösen und unter Umständen rein verbalsprachlich nicht verstanden werden.

Daher muss im Sinne der Unterstützten Kommunikation multimodal gedacht und sowohl auf die Sprachverständnismöglichkeiten als auch die Möglichkeit zur Sprachproduktion eingegangen werden.

Kernvokabular

„Kernvokabular bezeichnet die am häufigsten verwendeten Wörter einer Sprache. Das Kernvokabular macht 80% des Gesprochenen aus und wird unabhängig von der individuellen Lebenssituation und vom Thema flexibel eingesetzt. Es sind vor allem situationsunspezifische Funktionswörter (Pronomen, Hilfsverben, Adverbien, Präpositionen, Artikel, Konjunktionen), die durch einzelne Inhaltswörter (Nomen, Verben, Adjektive) ergänzt werden. In der Regel umfasst das Kernvokabular die 200 – 300 am häufigsten verwendeten Wörter in der lautsprachlichen Kommunikation.“ (BOENISCH 2013, 19): Dies entspricht englischsprachigen Studien zum Kernvokabular.

Die aktuelle Studie von BOENISCH (2013) mit insgesamt 58 Kindern und Jugendlichen ohne kognitive Beeinträchtigung und 44 SchülerInnen mit kognitiver Beeinträchtigung (lautsprachlich kommunizierend) befasste sich mit

dem Vergleich des produktiven Wortschatzumfangs und der Vokabularzusammensetzung im Sinne einer Spontansprachanalyse des Alltagswortschatzes beider Gruppen. Es erfolgte keine Kontextanalyse bei der Zuordnung der einzelnen Wörter zu Wortarten, da die Kinder und Jugendlichen der Stichprobe auf einem Sprachentwicklungsniveau kommunizieren, auf dem sie die Wörter zwar nutzen, jedoch nicht über deren Wortartenzugehörigkeit reflektieren. Die Sprachverstehensleistungen wurden nicht erhoben. Boenisch kommt zu dem Ergebnis, dass sich das Kernvokabular trotz hoher kognitiver Abstände nicht unterscheidet.

Die 100 meist gesprochenen Wörter der Kinder aus beiden Gruppen machen einen Anteil von 70% bei insgesamt ca. 260.000 transkribierten Wörter der Alltagssprache aus. In Hinblick auf die Wortschatzzusammensetzung stellt Boenisch eine gleiche Wortartenverteilung fest. Noch erstaunlicher ist das Ergebnis, dass die Anzahl der verschiedenen Wörter (Number of Different Words) lediglich um 14% bei den Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung von denen der Schülerinnen der Regelschulen abweicht. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der Wortschatz von Kindern und Jugendlichen mit und ohne geistige Behinderung kaum voneinander unterscheidet und somit der Wortschatz der unterstützten Kommunizierenden zur Verfügung gestellt werden muss *„weder alters- noch bildungsgangabhängig ist“* (BOENISCH 2014, 20). Die Ergebnisse sind im Einzelnen bei BOENISCH 2013 und 2014 nachzulesen. Weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben liegen bisher nicht vor. Forschungsarbeiten aus anderen Kontexten als Schule und mit weiteren Probanden können die Ergebnisse verändern oder unterstützen.

BOENISCH zu Folge kommt dem Kernvokabular eine herausragende Bedeutung in der Wortschatzförderung zu. Es ist in der Regel der erste Wortschatz, den ein Kind erwirbt und in vielen Situationen einsetzen kann. Nur mit Kernwörtern sind z.B. folgende Aussagen und Fragen möglich: *ich auch, du nicht, was machen wir, was machst du, wollen wir das machen, ich will das nicht, was hast du da, ...* Hat eine Person nun Schmerzen, so kann sie hiermit bereits Einiges ausdrücken, wenn sie ergänzend auf das Spezifische in der Situation, z.B. eine Spritze oder den Zahnarztbohrer, zeigen kann. Dieses Arzt- bzw. Krankheitsspezifische zählt zum themenabhängigen Randvokabular und ist wichtig, um differenziert über unterschiedliche Aspekte, wie die Schmerzlokalisierung und -intensität oder den Behandlungsverlauf sprechen zu können.

Methoden und Formen der Unterstützten Kommunikation

So groß wie die unterschiedlichen Fähigkeiten von Menschen mit einer geistigen Behinderung ohne oder mit schwer verständlicher Lautsprache sind,

so groß ist auch das Feld der ergänzenden und ersetzenden Methoden der Unterstützten Kommunikation.

Sie umfasst Angebote für nicht oder kaum lautsprachlich kommunizierende Menschen aller Altersgruppen. Zu den Kommunikationsformen zählen körpereigene Zeichen, z.B. Mimik, Gestik, Zeigen und Gebärden. Der Bereich der nichtelektronischen körperfernen Hilfen umfasst einzelne Symbolkarten genauso wie Symbol- oder Buchstabentafeln und -ordner. Die elektronischen Kommunikationshilfen reichen von einfachen Hilfen mit nur einer Aussage, bis hin zu die Lautsprache vollständig ersetzenden, komplexen Kommunikationssystemen. Die Methoden in der UK sind vielfältig und müssen individuell an die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigung angepasst werden. Meistens werden verschiedene Kommunikationsformen im Sinne der multimodalen Kommunikation miteinander kombiniert, um der nicht lautsprachlich sprechenden Person in möglichst allen kommunikativen Situationen ihres Alltags Interaktionen zu ermöglichen.

So verstehen die Lehrer und die Familie in der Regel die Gebärden, aber außerhalb der Schule und des Elternhauses bzw. bei Erwachsenen außerhalb der Werkstatt und dem Wohnheim benötigt die Person z.B. eine Kommunikationstafel, um sich ein Eis zu bestellen und mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen.

Bei vielen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung spielt auch die Strukturierung des Umfeldes eine wichtige Rolle. Daher zählen auch die Raumgestaltung mit strukturierenden Elementen sowie die Visualisierung von Abläufen z.B. nach dem TEACCH Ansatz zu den Methoden der Unterstützten Kommunikation.

Mögliche Kommunikationsthemen im Gesundheitswesen

Der US amerikanische Sprachtherapeut John COSTELLO (2009) arbeitet vor allem mit Kindern mit progredienten Erkrankungen im Krankenhaus. Für ihn zeichnen sich vor allem drei Kategorien von Kommunikationsthemen ab:

Ein Kernbereich stellt das Leben in Beziehungen und sozialen Bindungen dar. Jeder Mensch braucht ein Vokabular, mit dem er um Hilfe oder Nähe bitten kann, aber auch Wörter, die ihm Ablehnung ermöglichen. So kann das Verhalten anderer bei der Blutabnahme beeinflusst werden, wenn jemand sagt „Ich will jetzt nicht“. Ebenso wichtig ist das Äußern von Wünschen für gemeinsame Aktivitäten. Die Beschäftigung lenkt in der Regel ab und mindert die Wahrnehmung der Schmerzen. Kosenamen oder familiäre Besonderheiten dürfen auch nicht fehlen, um Geborgenheit zu vermitteln und damit einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf auszuüben.

Eine weitere Kategorie nimmt der Wortschatz ein, mit Hilfe dessen man seine Gedanken und Gefühle zu Krankheiten, Schmerzen und dem Tod austauschen kann. Je nach Entwicklungsstand der Person versteht diese die Zusammenhänge unterschiedlich und es ist wichtig, ihr auf angemessene Weise beizustehen und Abläufe von Untersuchungen oder Krankheiten zu erklären. Hierbei sollte ihr ein Vokabular zur Verfügung stehen, mit dem sie eigeninitiativ Fragen stellen kann. Diese können den eigenen Körper, die Behandlung oder auch die Sorge um die Mitmenschen oder Haustiere betreffen. Für die meisten Menschen ist es äußerst wichtig zu wissen, wer sich um das Haustier kümmert, wenn man im Krankenhaus ist. Hier hinein spielt auch die Abgrenzung von anderen: Es kann wichtig sein, sagen zu können, „Du darfst nicht gucken“, wenn beispielsweise ein Verband gewechselt wird. Diese Möglichkeit der Selbstbestimmung und Wahrung der Persönlichkeitsrechte ist für Menschen in jedem Alter ein wichtiger kommunikativer Aspekt. Schließlich spielen spezifische Wörter zur Behandlung, dem Verlauf einer Erkrankung und der Pflege eine wichtige Rolle. Die vorgenannten Aspekte sind hiermit eng verbunden, wenn es z.B. darum geht, wer bei einem Arzttermin begleiten darf oder wer die Pflege durchführt (vgl. COSTELLO 2009). Für alle drei Bereiche wird sowohl Kern- als auch Randvokabular benötigt.

Nicht immer ist es möglich dies alles auf einer Kommunikationshilfe zu berücksichtigen. Eine Auseinandersetzung mit der Thematik und gegebenenfalls eine schnelle Anpassung von Hilfsmitteln im Vorfeld haben jedoch Vorteile für alle Beteiligten. Die erkrankte Person hat schon in unbelasteten Situationen den Umgang mit der Kommunikationshilfe erlernt und ist vertraut mit der Handhabung, dem Vokabular und dessen Anordnung. Beispielsweise kann in Rollenspielen auch mit dem Vokabular zu Krankheit der Umgang spielerisch geübt werden. Die Familienangehörigen oder Wohnheimmitarbeiter sind ebenfalls vorbereitet und müssen sich so nicht parallel um mehrere Dinge kümmern, wie das Einrichten der Kommunikationshilfe und die optimale Versorgung. Außerdem ist es wesentlich schneller möglich die Ursache für Schmerzen oder Krankheiten herauszufinden, wenn uns die unterstützt kommunizierende Person dies mitteilen und auch auf Fragen hierzu reagieren kann. Das medizinische und Pflegepersonal in der Arztpraxis oder im Krankenhaus muss dann nicht mehr so viele Krankheitssymptome interpretieren und kann auch über nicht medizinische Inhalte mit dem kranken Menschen reden. Die Sicherheit und der Kontrollgewinn für die unterstützt kommunizierende Person selber und für ihre Bezugspersonen setzen Ressourcen frei für die Behandlung.

Praxis-Beispiele

Es gibt auch in Deutschland bereits einige konkrete Ideen zur Kommunikation von Schmerzen. Der Kölner Kommunikationsordner enthält beispielsweise beim inneren Randvokabular u.a. eine Seite zu Körper und Körperteilen sowie eine zum Thema Krankheit, außen steht das Kernvokabular zur Verfügung. Diesen gibt es mit METACOM, PCS und MAKATON Symbolen.

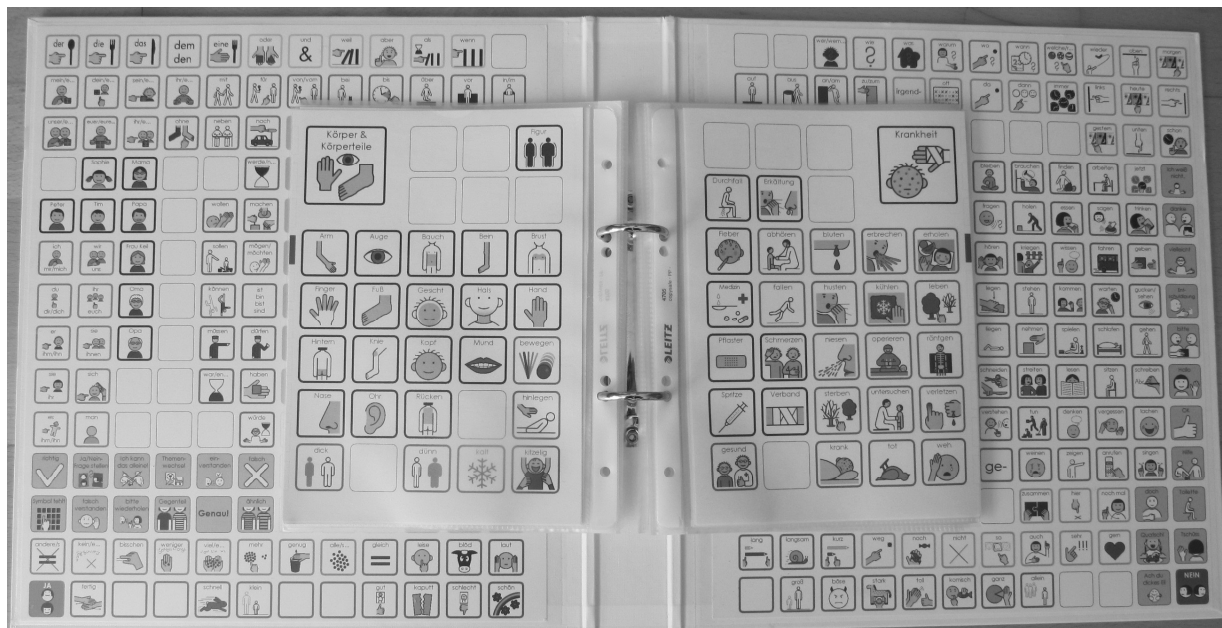


Abb. 1: Kölner Kommunikationsordner (© Boenisch/Sachse, Symbole © METACOM)

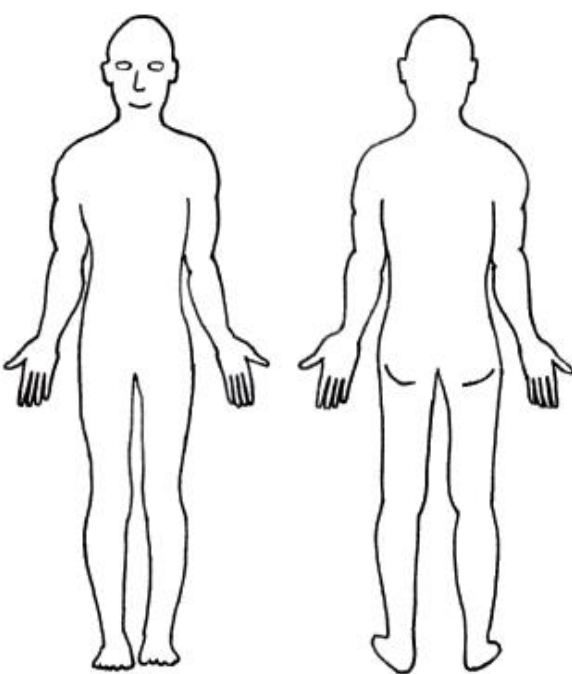
Im Handbuch der Unterstützten Kommunikation veröffentlichten JORDAN & TAPKEN (2013) drei Materialien zur Kommunikation in der medizinischen (Notfall-) Versorgung. Diese bestehen aus einem Informationsblatt für die lautsprachlich kommunizierenden Mediziner, Therapeuten, etc., einer doppelseitigen Kommunikationstafel mit wichtigen Wörtern im Rahmen der medizinischen Diagnosestellung sowie einem Blatt, das wichtige medizinische Informationen über den UK-Nutzer enthält. Hierbei haben sich die Autoren an zwei britischen Artikeln bei der Erstellung orientiert. Die Tafeln stehen zum kostenlosen download und zur Vervielfältigung unter www.vonloeper.de/hduk/hduk_download.html zur Verfügung.

Ich kann nicht sprechen. Aber ich kann Sie hören und verstehen.		Fragen Sie mich. Ich antworte Ihnen gerne, auch wenn ich dafür etwas Zeit brauche.		Persönliche Informationen über mich finden Sie auf einem extra Infoblatt. Ich habe es dabei.		Bitte nehmen Sie Kontakt zu meiner Familie / zu meinen Betreuern auf.		Meine Kommunikationshilfe muss richtig positioniert werden.	
Meine Kommunikationshilfe muss aufgeladen werden.		Achtung: Meine Kommunikationshilfe hat eine Augensteuerung.							

Mein Name ist	Ich/Mich/Mein	Schmerzen	Pfeber	Verletzung	Übelkeit	Atemnot	Notfall/Gefahr	Hilfe/helfen		
Wer?	Du/Dich/Dein	Blut	Anfall	Infekt	Allergie	Angriff	Unfall	Toilett	unzufrieden	traurig
Wo?	Er/Sie/	gebrochen	eingeklemmt	verbrannt	Behinderung	Krankpflege	Krankenwagen	Badezimmer	ängstlich	erschöpft
Was?	Sie/Ihr	Tabletten	Tropfen	Spritze	Medikation	Arzt/Ärztin	Krankenhaus	frische Luft	heiß	kalt
Wann?	Wir/Unser	zu Hause	Betreuer	Familie	Hausarzt	krank	Rezept	Kleidung	trocken	
Warum?	Sie/Ihr	Rollstuhl	Gehhilfe	aufschreiben	buchstabieren	Kommunikationshilfe	sprechen	Decke	nass	
Wie?	Ja	brauchen	können	warten/Geduld	Stoppen/halt	verstehen	zuhören	etwas anderes	Nein	

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
A	B	C	D	E
F	G	H	I	J
K	L	M	N	O
P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y
Z	?	.	!	Leer-taste

Ich zeige, um welchen Teil des Körpers es geht.



10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Kommunikationshilfe für den Einsatz in der medizinischen (Notfall-) Versorgung
 Kopiertvorlage: Isaac - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. / von Loiper (Hrsg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation, Karlsruhe 2013, S. 17.065.001 - 17.066.001
 Download unter: www.vonloiper.de/hduk/hduk_download.html

**Abb. 2: Kommunikationstafel für den Einsatz in der medizinischen (Notfall-) Versorgung:
Vorder- und Rückseite**

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung werden aus unterschiedlichen Gründen seltener präventive Routineuntersuchungen wahrgenommen (vgl. HENNIG et al. 2013). Dies kann unter anderem daran liegen, dass sie nicht wissen, was auf sie zukommt, und dass sie rein verbalsprachlich nicht verstehen, was ihnen diesbezüglich erklärt wird. Hier können Visualisierungen Abhilfe schaffen. BRAUN & ORTH (2012, 114) sagen daher: „Nur wenn eine Situation vorhersehbar ist, hat dieser Mensch die Chance, sich angemessen zu verhalten, seine Bedürfnisse deutlich zu machen bzw. die Situation nach seinen Vorlieben zu variieren.“ Dem trägt MAKATON Deutschland Rechnung, indem die Organisation ein Buch mit dem Titel „Ich gehe zum Zahnarzt“ herausgebracht hat. Hier wird in einfacher Sprache sowie mit Makaton Symbolen und Fotos einer realen Behandlung ein Zahnarztbesuch erklärt.



Abb. 3: Zwei Beispielseiten aus „Ich gehe zum Zahnarzt“ (© MAKATON Deutschland)

Zur Strukturierung des Umfeldes werden je nach Ziel unterschiedliche Formate benötigt. Zur räumlichen Orientierung können Raumschilder helfen

Therapieraum



Abb. 4: Raumbeschilderung (Symbole © METACOM, Gebärden © Spiegelhalter)

Zur zeitlichen Orientierung können strukturierte Tagesabläufe mit grafischen Symbolen helfen, um die Vorhersagbarkeit der Abläufe zu erhöhen und damit Unsicherheiten und Frustrationen bei der nichtsprechenden Person zu verringern. Ebenso kann eine verständliche und vereinfachte Darstellung der selbstständigen Medikamenteneinnahme mit Hilfe von Symbolen erfolgen (Abb. 3 und 4). Dies hat oftmals den Vorteil, dass die Therapie effektiver wird, Nebenwirkungen verringert und ggf. sogar Krankenhausaufenthalte reduziert werden können (vgl. HENNIG et al 2013).

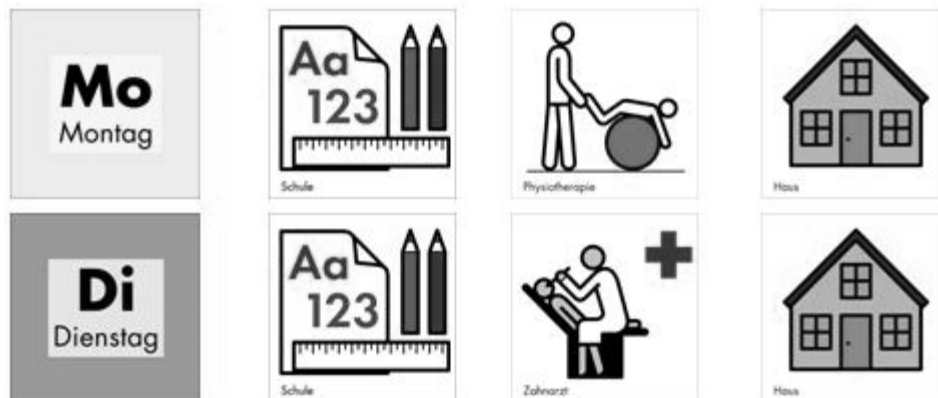


Abb. 5: Strukturierung des Tagesablaufs (Symbole © METACOM)

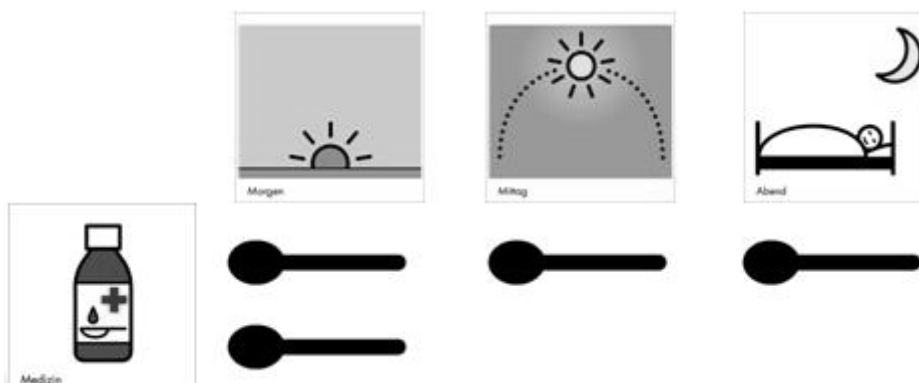


Abb. 6: Strukturierung der Medikamenteneinnahme (Symbole © METACOM)

Annette KITZINGER, Grafikerin und selber Mutter einer Tochter mit Autismusspektrumstörung, zeichnet die METACOM Symbole. Auf der entsprechenden Homepage (www.metacom-symbole.de) lassen sich Beispieldateien herunterladen, u.a. auch Vorlagen zum Erstellen von Alternativenübersichten (Abb. 7). „Das Ziel einer Alternativen-Übersicht ist es, durch das Bereitstellen von bildlicher Information über ein aktuelles Problemverhalten und den gewünschten Verhaltensweg das Problemverhalten abzubauen.“ (HALLBAUER 2007, 21).

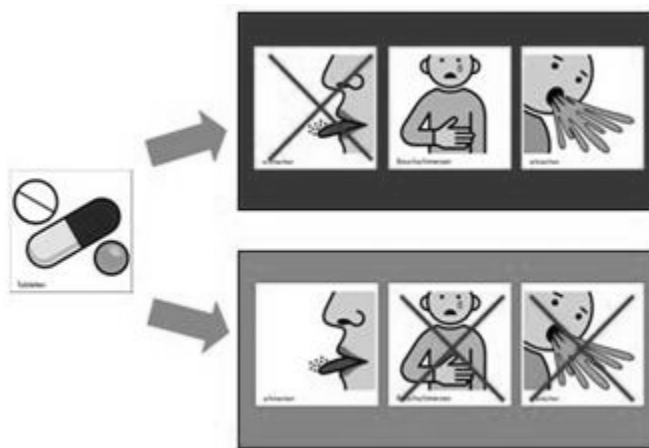


Abb. 7: Alternativenübersicht zur Medikamenteneinnahme (Symbole © METACOM)

CASTANEDA machte 2012 einen Vorschlag zur Erarbeitung von Gefühlen und zum möglichen Wortschatz mit dem selber erstellten Buch „Ganz schön viel Gefühl - Mein Gefühlebuch“ (Abb.8). Dieses kann auch in der

Arbeit mit Kranken eingesetzt werden, um so kleinschrittig zu erarbeiten, in welchen Situationen sie sich gut fühlen, in welchen sie Angst haben oder wütend sind. Dieses Buch kann kostenlos unter www.cluks-forum-bw.de heruntergeladen werden. Hier finden sich viele weitere praktische Ideen für die Arbeit mit Unterstützter Kommunikation.



Abb. 8: Mein Gefühlebuch von Claudio CASTANEDA (Symbole © METACOM)

Literatur

- BELOT, M.(2012): Der Ausdruck von Schmerz bei mehrfachbehinderten Personen: Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung. In: MAIER-MICHALITSCH, N.J. (Hrsg.): *Leben pur – Schmerz bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. selbstbestimmtes leben*, Düsseldorf, S. 88-106.
- BELOT, M., MARRIMPOEY, P., RONDİ, F., JUTAND, M-A (2012): Bogen zur Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung. – die EDAAP Skala -. Sonderdruck aus dem Buch „Leben pur – Schmerz“. Stiftung Leben pur, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (Hrsg.), Düsseldorf.
- BOENISCH, J. (2014): Kernvokabular im Kindes- und Jugendalter. Vergleichsstudie zum Sprachgebrauch von Schülerinnen und Schülern mit und ohne geistige Behinderung und Konsequenzen für die UK. *uk & forschung* 3, 4 – 23.
- BOENISCH, J. (2013): Neue Ergebnisse aus der Kernvokabularforschung. Bedeutung und Relevanz für Förderung und Therapie in der UK-Praxis. In: HALLBAUER, A., HALLBAUER, T., HÜNING-MEIER, M. (Hrsg.): *UK kreativ! Wege in der Unterstützten Kommunikation*. von Loeper, Karlsruhe, 17 – 33.
- BLACKSTONE, S. (2012): Zugang zu Kommunikationsmöglichkeiten in allen Bereichen des Gesundheitswesens. In: isaac (Hrsg.): *Handbuch der Unterstützten Kommunikation Band 2*. von Loeper, Karlsruhe, 17.050.001 – 17.057.001.
- BLACKSTONE, S., PRESSMAN, H. (o.A.): *Effective Communication in Children`s Hospitals. A Handbook of Resources for Parents, Patients, and Practitioners*. [www.patientprovidercommunication.org /pdf/25.pdf](http://www.patientprovidercommunication.org/pdf/25.pdf) (Zugriff am 03.03.2014).
- BRAUN, U., ORTH, S. (2012): Schmerzen kommunizieren als elementarer Bestandteil zur Sicherung von Lebensqualität. In: MAIER-MICHALITSCH, N.J. (Hrsg.): *Leben pur – Schmerz bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. selbstbestimmtes leben*, Düsseldorf, S. 107 - 120
- COSTELLO, J. M. (2009): *Last Words, Last Connections. How Augmentative Communication Can Support Children Facing End of Life*. <http://www.asha.org/publications/leader/2009/091215/Lastwordslastconnections/>, Zugriff 03.03.2014. Deutsche Übersetzung: COSTELLO, J. M. (2011): *Letzte Worte, letzte Verbindungen. Wie Unterstützte Kommunikation Kindern helfen kann, die dem Ende des Lebens entgegensehen*. *Unterstützte Kommunikation* 3/11. 44 – 47.
- HALLBAUER, A. (2007): „Lass mich sehen und verstehen, was du mir sagen willst!“ Ergänzende visuelle Verstehenshilfen für Menschen mit Autismus und problematischen Verhaltensweisen. *Unterstützte Kommunikation* 2/07, 18 – 23.
- HENNIG, B., MISCHO, S., SCHLÜTKEN, H., KUNERT, J. (2013): Unterstützte Kommunikation im Gemeinwesen am Beispiel der Apotheke. In: HALLBAUER, A., HALLBAUER, T., HÜNING-MEIER, M. (Hrsg.): *UK kreativ! Wege in der Unterstützten Kommunikation*. von Loeper, Karlsruhe, S. 444 – 458.
- JORDAN, S. & TAPKEN, M. (2013): Unterstützte Kommunikation in ärztlicher Praxis und medizinischer (Notfall-) Versorgung. In: isaac (Hrsg.): *Handbuch der Unterstützten Kommunikation Band 2*. von Loeper, Karlsruhe, 17.063.001 – 17.068.001.

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Hans-Jürgen Flender

Facharzt für Anästhesiologie, Spezielle Schmerztherapie,
Palliativmedizin, Manuelle Medizin, DESA
Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Transfusions-,
Notfallmedizin und Schmerztherapie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
gGmbH, Chefarzt Professor Dr. med. Fritz Mertzlufft

Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg

Fakultät für Erziehungswissenschaften, Institut für Sonderpädagogik,
Pädagogische Hochschule Heidelberg, 69120 Heidelberg.
Email: theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Peter Martin

Chefarzt der Séguin-Klinik Epilepsiezentrum Kork
Diakonie Kork, Landstrasse 1, D-77694 Kehl-Kork
Tel.: 0049 7851 842470
Email: pmartin@epilepsiezentrum.de

Dr. med. Nada Ralic

Allgemeinärztin, Krankenschwester, Qualitätsmanagerin und Qualitätsauditorin
(TÜV) DIN EN ISO 9000ff , DIN EN ISO 19011, Qualitätsassessorin für EFQM und
Qualitätsmanagementbeauftragte der Diakonie Düsseldorf.
Diakonie Düsseldorf, Gemeindedienst der Evangelischen Kirchengemeinde e. V.
Platz der Diakonie 3, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211 7353 261/Mobil:
01621048037, Fax: 0211 7353 553
Email: nada.ralic@diakonie-duesseldorf.de

Dipl.-Sprachheilpäd. Julia Schellen

Pädagogik für Menschen mit Beeinträchtigungen der körperlichen und
motorischen Entwicklung. Forschungs- und Beratungszentrum für Unterstützte
Kommunikation (FBZ Universität zu Köln), Klosterstr. 79b, 50931 Köln
Email: julia.schellen@uni-koeln.de

Dr. phil. Helga Schlichting

Institut Geistigbehindertenpädagogik Universität Leipzig
Förderschullehrerin am SZ „Janusz Korczak“, 99998 Weinbergen/Höngeda, Th.-
Müntzer-Weg 6; LfbA am Institut für Förderpädagogik der Universität Leipzig,
04109 Leipzig, Marschner-Str. 29
Email: helga.schlichting@uni-leipzig.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGb*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGb) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Druckauflage ist eng begrenzt auf die Mitglieder der DGSGb. Die Bände können über die Website der DGSGb (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGb)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 49 + 521 144-2613
Fax 49 + 521 144-3467
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Nelkenstr. 3
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
 Dipl. Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
 Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
 Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln
 Dr. Knut Hoffmann, Bochum
 Priv.Do. Dr. Tanja Sappok, Berlin

Postanschrift

v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel
 Bethel.regional
 Prof. Dr. Michael Seidel
 Maraweg 9, D-33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-2613
 Fax: 0521 144-3467
 E-Mail: michael.seidel@bethel.de

