

Schmerzen- wer kann sie (er)messen
Schmerzen und Schmerzerkennung bei Menschen mit Komplexer Behinderung

helga.schlichting@uni-leipzig.de

**Menschen mit Komplexer Behinderung sind mehr als
jede andere Bevölkerungsgruppe von Schmerzen betroffen
(und das über ihre gesamte Lebensspanne)**

Von „Innen“

Mund- und Zahnschmerzen infolge Karies, Zahnstellungsfehlern, Aphten...

Muskel- und Gelenkschmerzen infolge Spastik, Luxationen (Auskugelungen), Skoliosen, „Knochenreibung“, Kontrakturen, Osteoporose...

Schmerzen infolge Spontanfrakturen durch Immobilitätsosteoporose

Bauchschmerzen infolge Transportstörungen im Magen-Darm- Trakt, Opstipation (Verstopfung), Blähungen, ...

Schmerzen infolge Reflux (Rückfluss von Mageninhalt), Speiseröhrentzündung, Magenschleimhautentzündungen, ...

Kopfschmerzen infolge 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 Entzündungen der Nieren bzw. ableitenden Harnwege, ...

Schmerzen infolge selbstverletzenden Verhaltens

In Anlehnung Nüsslein 2009, 74

Von „Außen“

Schmerzen infolge von Maßnahmen der Behandlungspflege:

- Absaugen
- Sondenversorgung (entzündete Sonde)
- Katheterisieren
- Abführen, „Ausräumen“
-

Schmerzen bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik

- Blut abnehmen
- Orthopädische Diagnostik
-

Schmerzen nach Operationen

Schmerzen infolge zu langer Lagerung in einer Position, ungünstiger Lagerung

Schmerzen 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, beim „Aufdehnen“ von Kontrakturen, ...

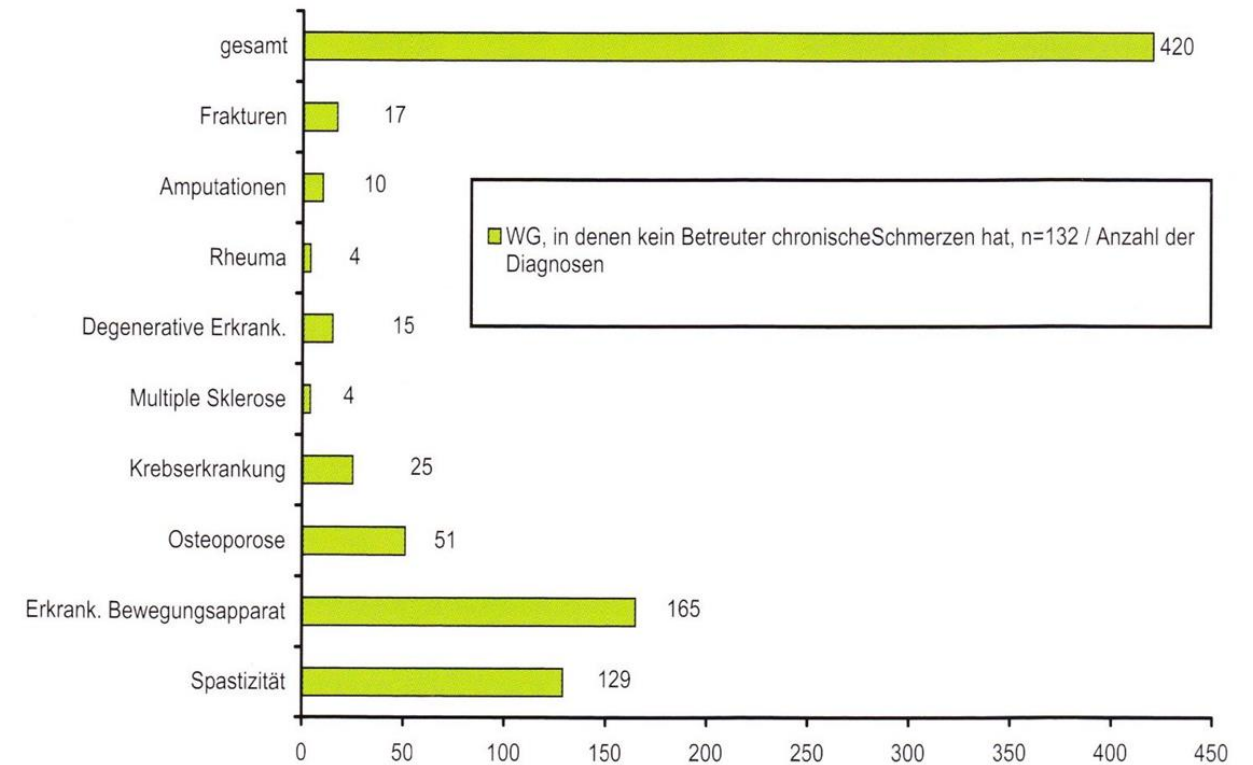
Schwerste Erkrankungen (die mit schweren Schmerzzuständen einhergehen) werden bei Menschen mit (schwerer) geistiger Behinderung oft erst sehr spät erkannt

- Erleben **50% der Gesamtbevölkerung**, je nach Krebserkrankung, noch das fünfte Jahr nach einer Krebsdiagnose, verstarben **81% der Menschen mit geistiger Behinderung vor Ablauf des zweiten Jahres** (Caritasverband 2011, 90)
- Bei **mehr als der Hälfte** der Verstorbenen war die Todesursache auf eine Erkrankung zurückzuführen, die **weniger als ein halbes Jahr** vor Todeseintritt diagnostiziert wurde; **bei einem Viertel der Verstorbenen lag die Diagnosestellung sogar weniger als 4 Wochen** vor dem Todeseintritt (ebd., 89).
- Ein **Arztbesuch wird oft erst nach deutlichen Krankheitszeichen**, wie Gelbfärbung der Haut, bläuliche Körperfärbung, Knoten, vergrößerte Hoden oder wegen ungewohnter Schwäche, extremer Müdigkeit und andauernder Appetitlosigkeit erfolgte. **Oft ging auch ein Notarzteinsatz mit darauffolgender Krankenhauseinweisung einer Diagnosestellung voraus** (ebd., 90f.)
- **Untersuchung:** Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. (2011): **In Würde. Bis zuletzt. Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.** Augsburg: Eitzenberger
- In den teilnehmenden Einrichtungen lebten zum Erhebungszeitraum 3419 Menschen mit Behinderungen

Erkennen von Schmerzen/Schmerzäußerungen bei Menschen mit Behinderungen in Wohngruppen

- In **fast der Hälfte der Wohngruppen** lebt nach Aussagen der MitarbeiterInnen **kein Betreuer** mit (chronischen) Schmerzen
 - Nach den Befragungen der MA haben 202 der insgesamt 2796 Betreuten chronische Schmerzen, das entspricht 7,2 % (Normalbevölkerung 32,9% nach Häuser et.al. 2013, 46ff.)
- Diese Feststellungen stehen im starken Kontrast zur Anzahl schmerzrelevanter Erkrankungen als auch mit der zu erwartenden Zunahme chronisch schmerzhafter Erkrankungen im höheren Lebensalter!!!

Diagnostizierte Erkrankungen in Wohngruppen (n=132), in denen nach Einschätzung der Wohngruppenleitungen kein Betreuer mit chronischen Schmerzen lebt.



Schmerzrealität bei Menschen mit Komplexer Behinderung

- Menschen mit (schwerer) geistiger Behinderung sind aufgrund vielfältiger chronischer Erkrankung mehr als jede andere Bevölkerungsgruppe von Schmerzen betroffen.
- Sie sind Schmerzen in besonderer Weise ausgeliefert, weil sie
 - Schmerzen nicht einordnen (**nicht verstehen, Ursachen nicht erkennen, ihnen keinen Sinn zuordnen...**) können.
 - Schmerzen **nicht wirkungsvoll kommunizieren** können.
 - Wenige Strategien/Selbsthilfemöglichkeiten haben, mit Schmerzen umzugehen.
- Ihre Schmerzen werden oft **spät erkannt und häufig nicht ausreichend behandelt.**
- Ihnen wird auch heute noch (ähnlich wie Menschen mit Demenz) eine **reduzierte Schmerzwahrnehmung** unterstellt.

Medikamentöse Schmerzversorgung bei Menschen mit geistiger Behinderung

- Menschen mit schweren Behinderungen sind zumeist völlig unterversorgt in der medikamentösen Therapie von Schmerzen (gilt für postoperative Versorgung genauso wie für die Behandlung von chronischen Schmerzen sowie für die letzte Lebensphase).
- bei Kindern mit geistiger Behinderung wurden nach Operationen **Schmerzen signifikant weniger gemessen bzw. dokumentiert**, ihnen wurde seltener eine schwesternkontrollierte Analgesie verschrieben (Zernikow 2005).
- Kinder mit schweren geistigen Behinderungen wurde weniger Morphin verabreicht als Kindern mit einer leichten geistigen Behinderung (Zernikow 2005).
- Bei gleichem Krankheitsbild erhalten **Menschen ohne kognitive Einschränkungen dreimal mehr Analgetika als Menschen mit kognitiven Einschränkungen** (Fricke 2011, 40)

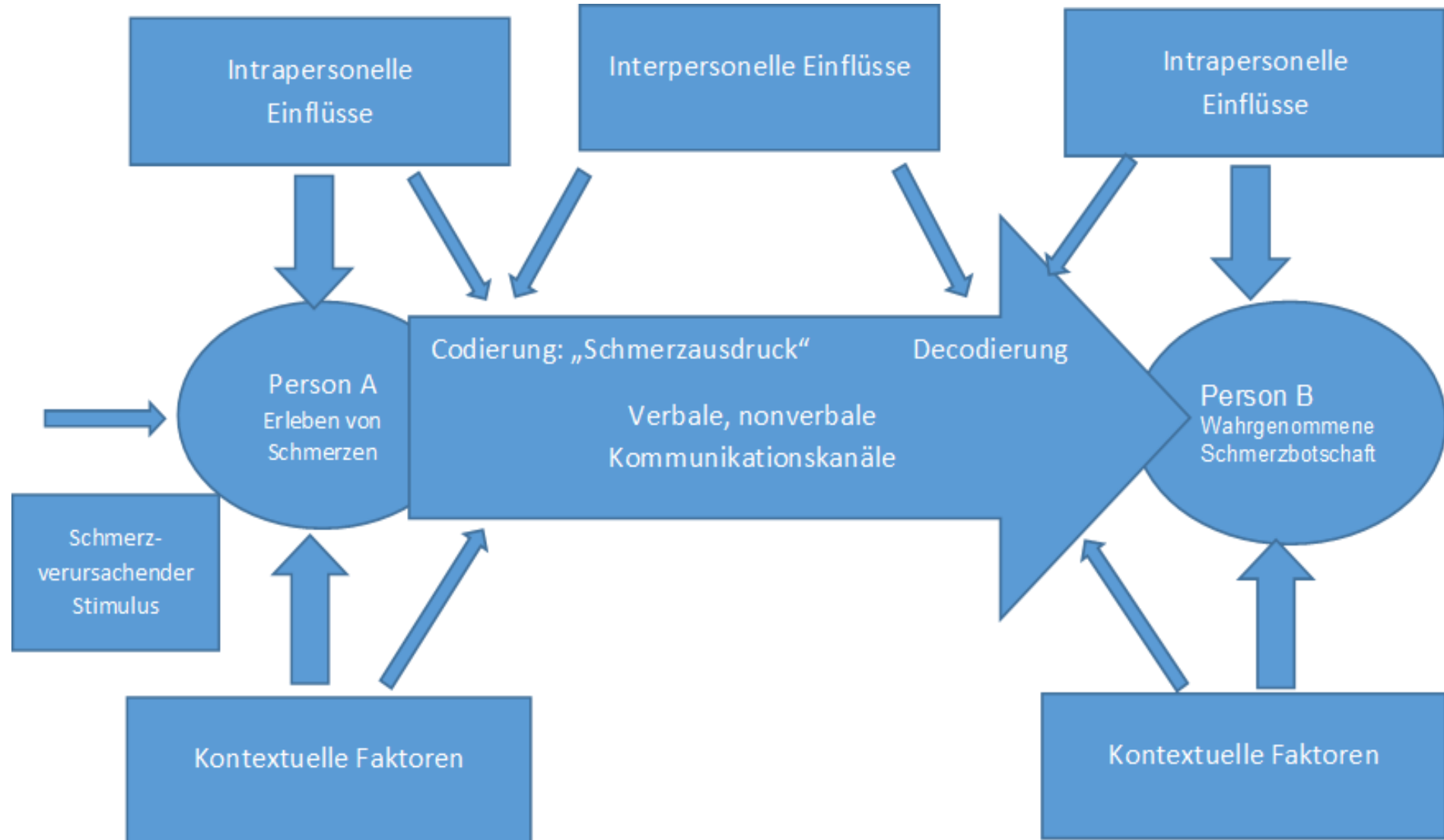
Während Ärzte oft bei der Gabe von Analgetika zurückhaltend sind, werden Psychopharmaka sehr häufig (wenig reflektiert) verordnet!!



Menschen mit geistiger Behinderung und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit sind bei der Diagnose und Behandlung von Schmerzen in besonderer Weise von einem Hilfe anbietenden Umfeld, von **Bezugspersonen**, die sie gut kennen und die ihre **Äußerungsformen interpretieren** können, abhängig.

Kommunikationsmodell des Schmerzes

(Hadjistavropoulos u. Craig 2002 in SIRSCH 2015, 343)



Kommunikation von Schmerzen

- Weinen, Schreien, Stöhnen, Jammern
- Gesichtsausdruck, Augen, typische Schmerzmimik
- Körperhaltung, Schonhaltung, Verstärkung von Spastik
- Hautfarbe: blass oder hochrot
- Schwitzen oder Frieren, Zittern
- Beschleunigte, flache Atmung
- Beschleunigter (oder stark verlangsamter) Puls
- Appetitlosigkeit, Verweigerung von Essen
- Schlafstörungen
- **„Verhaltensstörung“, Verhaltensveränderungen:**
Selbst- und fremdverletzendes Verhalten
- **Starke Unruhe**
- Rückzug, **Apathie**

„Überformung“ von Schmerzverhalten durch biografisches Lernen (Menschen mit Hospitalisierungserfahrungen)

- Wenn ein Mensch biografisch erfahren hat, dass auf sein (Schmerz-) Verhalten nicht oder gar sanktionierend und bestrafend reagiert wurde, kann es sein, dass er nun bei Schmerzen völlig unübliche Verhaltensweisen zeigt, die für Mitarbeitende nur schwer zu entschlüsseln sind.
- Beispiel (P. Martin 2014):
 - Patient mit schwerer geistiger Behinderung legt anhaltend beide Hände ruhig in den Schoß, während er sonst immer die linke Hand am linken Ohr hält
Ursache: akute Appendizitis

Zusammenhang von selbst- oder fremdverletzendem Verhalten und Schmerzen

- Aggressives (auto- oder fremdaggressives/-verletzendes) Verhalten kann Ausdruck von Schmerzen sein.
- Können die verschiedenen körperlichen Symptome verbal nicht zum Ausdruck gebracht werden, können „Verhaltensstörungen“ eine (letzte) Möglichkeit der Mitteilung sein.
- Je akuter die „Verhaltensstörung“ auftritt, desto stärker müssen körperliche Probleme in Betracht gezogen werden.

(C. Escalera in Z. Medizin f. Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, 5. Jg., Heft 2, 2008, S. 28-32)

Einflüsse beim „Empfänger“ der Schmerzbotschaft

- Vorannahmen, Bild vom Gegenüber, Sichtweisen auf das Verhalten vom Gegenüber, Deutung als Schmerzverhalten
- Vorwissen zu schmerzverursachenden Krankheiten bei schwerer Behinderung bzw. die Kenntnis der individuellen Krankengeschichte und der biografischen Erfahrungen vom Gegenüber
- momentane Aufmerksamkeit, Beobachtungsfähigkeit, Stresserleben, emotionale Befindlichkeit
- gegenwärtige Personalsituation, andere Gruppenmitglieder, die gerade mehr seine Aufmerksamkeit binden
- die eigene Schmerzgeschichte, -betroffenheit
- ...

Unterstellung psychiatrischer Erkrankung bzw. Symptomverstärkung anstatt Frage nach körperlicher Erkrankung mit Schmerzen (P. Martin 2014)

- Patientin zeigt Schonhaltung und Abwehrbewegung des linken Armes
- Verdacht auf Hemiparese und fokale Anfälle: Schonhaltung wird als Lähmung, Abwehrbewegung als epileptische Kloni fehlinterpretiert
- Diagnose: Oberarmfraktur

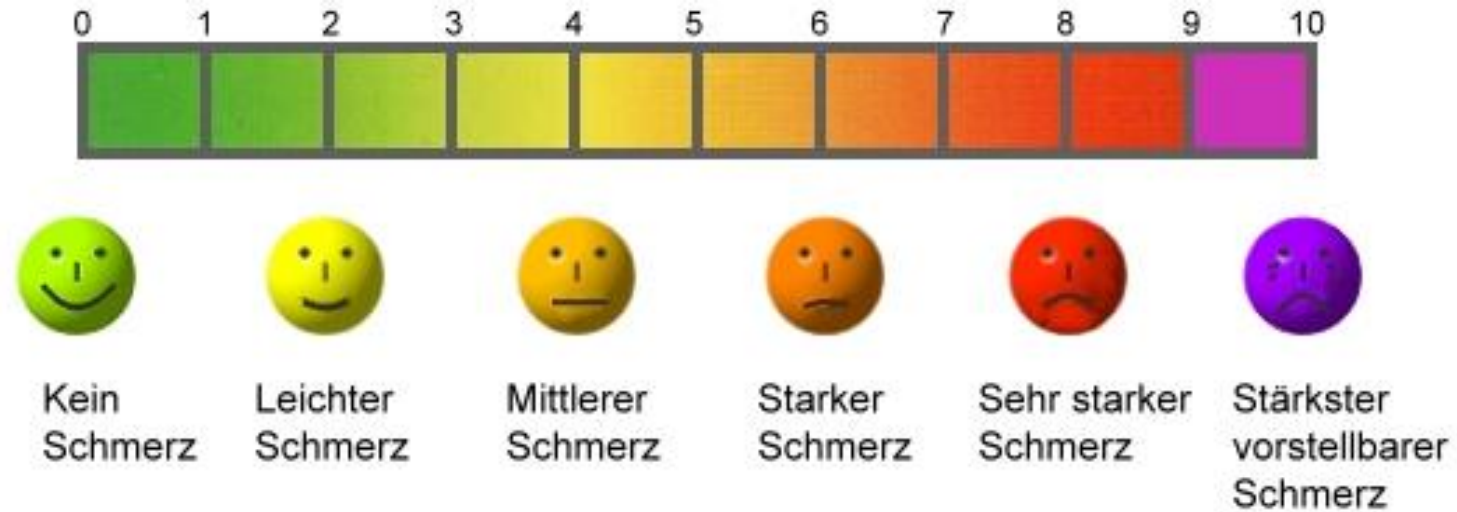
Grundvoraussetzungen für das Feststellen von Schmerzen

- **Entscheidend wichtig ist es, überhaupt die Frage zu stellen, ob eine Person mit kognitiver Einschränkung Schmerzen hat** (Martin, 2014)
- Mitarbeitende müssen über schmerzrelevante Diagnosen und mögliche Komplikationen bei bestimmten Syndromen und Grunderkrankungen Bescheid wissen!!

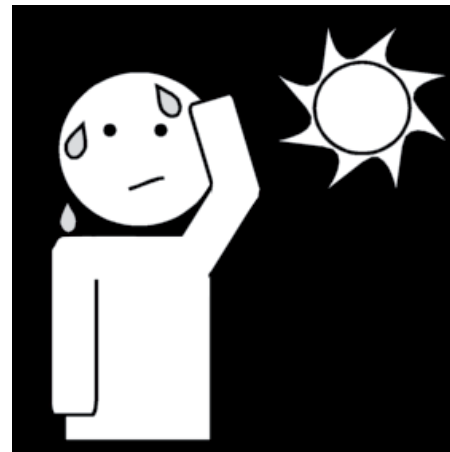
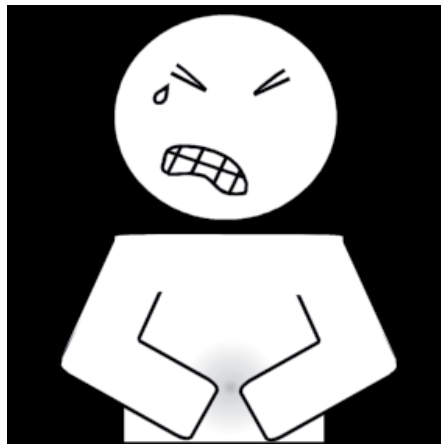
Schmerzdiagnostik

- Selbstauskunft über Schmerzen („Goldstandard“)
 - Schmerzskalen
 - Smileys
 - Schmerztagebuch
 - UK mit Bildern und Symbolen
- **Bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen bleibt oft nur die Schmerz-Fremdbeobachtung!!!**

Schmerzskalen



Möglichkeiten von Unterstützter Kommunikation



Beobachtungsbögen

- Aus der Demenzpflege:
 - BISAD
 - BESD
 - ECPA
- Speziell entwickelt für Menschen mit geistiger Behinderung:
 - EDAAP (Expression de la Douleur chez les Adultes et Adolescents Polyhandicapés, Belot)
 - CPS-NAID (Chronische Schmerzskala für „nonverbale Erwachsene“ mit geistiger Behinderung)

EDAAP- Skala

(Expression de la Douleur chez les Adultes et Adolescents Polyhandicapés von Belot et.al. 2009)

Zweizeitige Erhebung

- Eingangsevaluation
- Evaluation bei möglichem Schmerz

Aufbau

11 Kriterien

- maximal 5 Punkte/ Kriterium
- höchster Punktwert innerhalb der 11Kategorien wird jeweils angekreuzt

Durchführung der Evaluation nach dem EDAAP

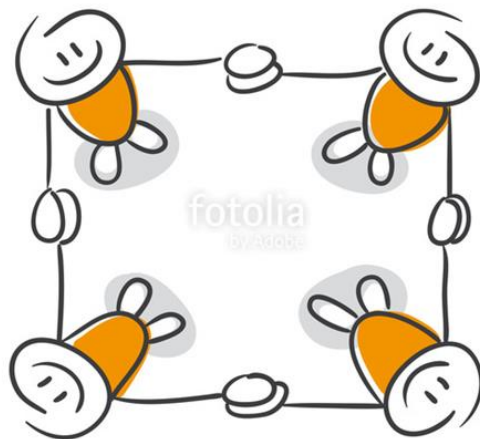
- **Einschätzung im schmerzfreen?? Zustand**
(Grundbewertung) → Maßstab (Nulllinie)
 - Zwei Personen (Angehörige/ Pflegende)
 - Dokumentation der Besonderheiten!!
- Re-Evaluierung bei Verdacht auf Schmerzen
 - Vergleich mit Grundbewertung
- **Verdacht auf Schmerz ab 7 Punkten**

Modell des stufenweisen Vorgehens beim Schmerzassessment der American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) vorsieht (Übersetzung in SIRSCH 2015, 345)

- Versuch, die **Selbstauskunft** des Patienten zum Schmerz mittels einer standardisierten Skala (z. B. visuelle Rating-Skala oder numerische Rating-Skala von 0 bis 10 zu ermitteln)
- Ermittlung potenzieller Schmerzursachen (z. B. chronische Erkrankungen, pathologische Veränderungen oder Eingriffe/Maßnahmen, die üblicherweise Schmerz verursachen)
Wissen um Diagnosen, Schmerzbiografie
- **Fremdauskunft zum Schmerz (-ausdruck)** durch ein Familienmitglied oder eine andere nahestehende Person
- Beobachtung des Verhaltens des Patienten (z. B. Gesichtsausdruck, Weinen) **Beobachtungsbögen (EDAAP, BISAD, CPS-NAID...)**
- **Versuchsweise Gabe eines Analgetikums** und Bewertung der Reaktion des Patienten
- **Interprofessionelle Fallbesprechung** (Angehörige, MitarbeiterInnen, BetreuerInnen, Hausarzt/-ärztin)

In Einrichtungen der Behindertenhilfe muss ein Schmerz (Symptom) -management implementiert werden.

Chronische Erkrankung, Schmerzen und andere Symptome müssen sowohl Themen in der Aus- und Weiterbildung von MitarbeiterInnen als auch in der (Erwachsenen-)Bildung von Menschen mit Behinderungen sein.



Schmerz(Symptom)-erkennung und –behandlung ist nur in einer engen interprofessionellen Zusammenarbeit von MA der Behindertenhilfe, der Pflege, der Medizin und MA der Palliativ- und Hospizdienste möglich.

Literatur

- **BELOT, Michel; MARRIMPOEY, Phillipe; RONDI, Fabienne** (2009): Bogen zur Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung - die EDAAP-Skala. Sonderdruck. In: Maier-Michalitsch, Nicola (Hg.): Leben-pur Schmerz. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben.
- **CARITASVERBAND FÜR DIE DIÖZESE AUGSBURG e.V.** (2011): In Würde. Bis zuletzt. Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Augsburg: Eitzenberger.
- **FISCHER, Thomas** (2012): Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz. Bern: Huber.
- **Martin, Peter** (2014): Schmerzdiagnostik bei Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung. Online verfügbar: http://www.stiftung-st-franziskus.de/fileadmin/user_upload/pdf/behindertenhilfe/tb-kongress/v_do_1_martin_schmerzdiagnostik.pdf
- **MARTIN, Peter; WALTER-FRÄNKEL, Sabine; LAUKANT, Karina** (2014): Schmerzerkennung bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. In: Bruhn, Ramona & Strasser, Benjamin (Hg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung: Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Kohlhammer, 86-94.
- **SCHLICHTING, Helga** (2014): Schmerzen bei Menschen mit schweren Behinderungen begegnen- Fragen einer palliativen Pädagogik. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 83 (2), 137-148.
- **Sirsch, Erika; Gnass, I.; Fischer, Th.** (2015): Diagnostik von Schmerzen im Alter- Perspektiven auf ein multidimensionales Phänomen. In: Z. Schmerz 2015, 29/4, 339–348
- **ZERNIKOW, Boris** (2009): Schmerz und Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen mit schwersten Behinderungen. In: Maier-Michalitsch, Nicola (Hg.): Leben pur – Schmerz. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben, 121-126.