



Umgang mit Schmerz bei Demenz

2018

Dr. Thomas Günnewig



Schmerz und Demenz



Häufigkeit von Demenz

65 bis 79 Jahre

→ **6,0 %**

85 bis 89 Jahre

→ **23,9 %**

Häufigkeit Schmerz

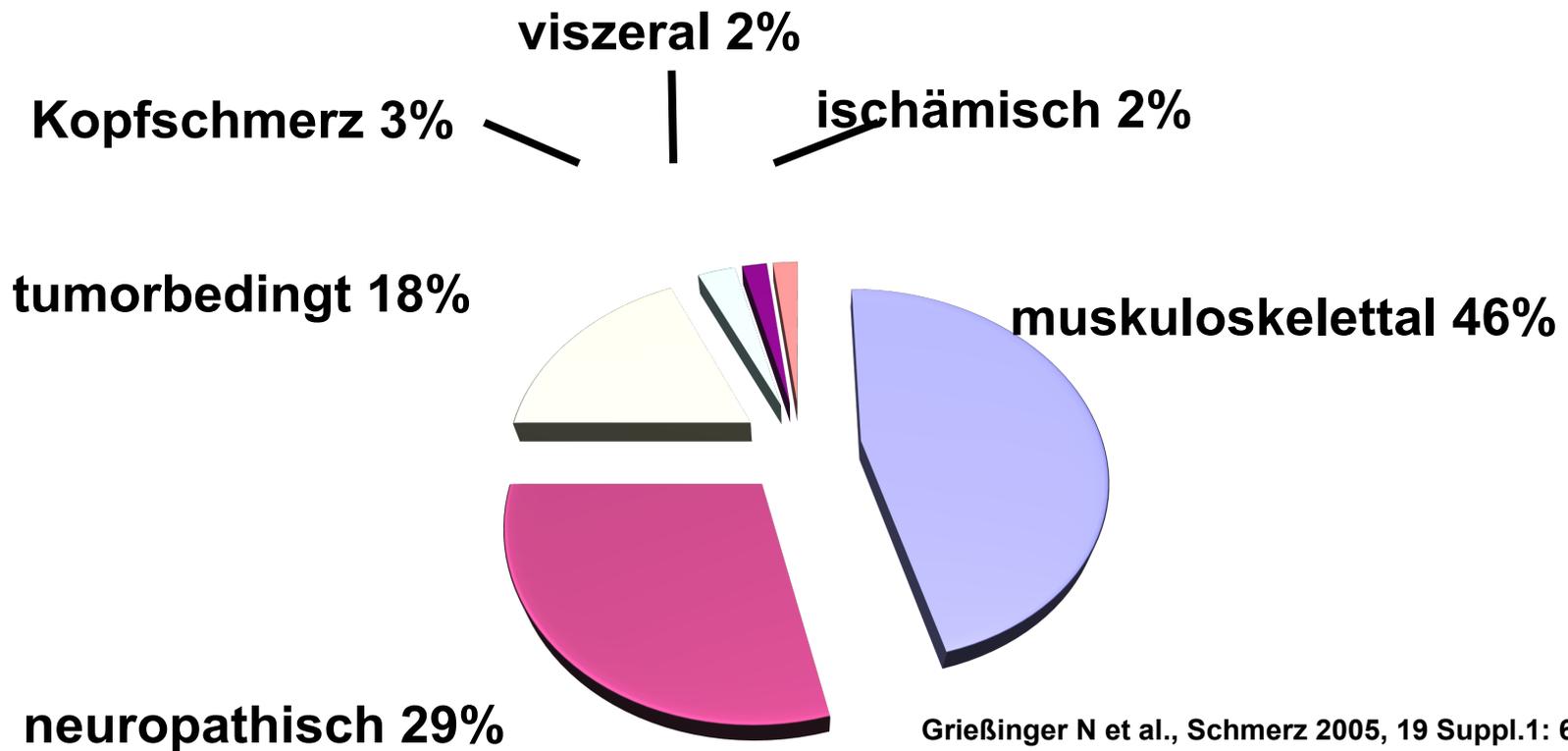
- Älter als 75 Jahre

→ **ca. 90 %**

Schmerz im Alter



Schmerzdiagnosen in einer Schmerzambulanz
N = 122, Alter $76 \pm 4,8$ Jahre



Schmerz und Demenz



Demente erhalten weniger Analgetika als nichtdemente
Kassalainen et al.; Gerontol. Nursing 1998

**Nach Schenkelhalsfraktur erhalten nicht demente Senioren
3mal soviel Morphium-Äquivalent wie Demente**

Morrison et al.; J Pain Sympt. M. 2000; 19: 240-48

**Patienten ohne kognitive Schwäche erhalten 3mal mehr
Analgetika als Demente**

Cohen-Mansfield 2002, Research Institute on
Aging at the Hebrew Home of Greater Washington

Aktueller Stand heute?

Prevalence of Analgesic Use and Pain in People with and without Dementia or Cognitive Impairment in Aged Care Facilities:

Stand 2015

**Metaanalyse aus 7 Studien bei Heimpatienten
Vergleichbare Prävalenz schmerzhafter Erkrankungen
bei kognitiv Gesunden und Dementen**

Analgetikagebrauch bei Demenz und MCI OR 0,57

Schmerz bei Demenz und MCI angegeben / erhoben OR 0,35

**Fazit: Schmerz bei Demenz
zu wenig berichtet, zu wenig bekannt, unterbehandelt**

Tan EC et al., Curr Clin Pharmacol. 2015;10(3):194-203.



Demenz-Patienten mit Schmerz



**Die verbale Kommunikation versagt
Krankenbeobachtung zunehmend relevant
Fremdanamnese der Angehörigen**

**Immer bedenken als Schmerzursache
Immobilität, Decubitus
Frakturen, Osteoporose
Magenulkus, Gastritis, Koprostase
Restless Legs Syndrom**

Leitsätze Schmerz u. Demenz



Möglichst Selbstauskunft des Patienten

Verbale Rating Skala mit Schmerzthermometer vorteilhaft

Unterschiedliche Skalen anbieten

Fremdeinschätzung besser wenn Betreuungskontinuität, z.B. Heim

Einschätzung durch nahestehende Personen empfohlen

Korrelation mit Selbsteinschätzung sinkt mit zunehmender Demenz

Fazit

Erst Selbsteinschätzung, Verbale Rating Skala

Dann Fremdeinschätzung

Bornemann-Cimenti H et al., 2012, Nervenarzt 83:458-66

Demenz und Schmerzevaluation



Visuelle Analog-Skala zur
Schweregrad-Beurteilung von Symptomen
Bitte markieren Sie auf der Skala, wie stark Sie das Symptom bewerten



Bei fortgeschrittener Demenz ungeeignet

Demenz und Schmerzevaluation



Demenz und Schmerz



Bei fortgeschrittener Demenz:

Die verbale Kommunikation versagt

Wichtigkeit der Krankenbeobachtung

Hinweise auf Schmerz bei Dementen



Vegetative Zeichen
Verbale Äußerungen
Gesichtsausdruck
Spontane Ruhehaltung
Reaktionen während der Pflege
Schlafveränderungen
Appetitveränderungen
Ängstliche Abwehr
Reaktionen bei Mobilisation

nach Landendörfer, Hesselbarth, Der Allgemeinarzt 10/2003



Bei fortgeschrittener Demenz erfolgreiche Methoden

Verbale Schmerzskala

Visuelle Schmerzskala

Smiley Schmerzskala

Geeignete Schmerzevaluation bei fortgeschrittener Demenz

Dolo-Plus

PAINAD

MOBID

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)



Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	nein	ja	Punkt- wert
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lautstark angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Negative Lautäußerung			
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wiederholt beunruhigt rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
laut stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)



Gesichtsausdruck	nein	ja	Punktwert
lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Körpersprache			
entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trost			
trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL	/ von max.		__/10

Schmerzabklärung am Krankenbett bei nicht-kommunikativen Dementen

Blutdruckmessung

Ausschluss hypertensiv bedingte Kopfschmerzen

Zahnstatus

Drückende Prothese, eitriger Zahnprozess

Kauschmerz mit Appetitmangel und Gewichtsabnahme

Zunge und Rachen

Mundsoor, Refluxösophagitis bedenken, ggf. Endoskopie

Oberbauch

Palpation zur Frage Gastritis, Ulcuskrankheit

Gastroskopie zur Frage Helicobacter oder Bezoar

Schmerzabklärung am Krankenbett bei nicht-kommunikativen Dementen

Unterbauch

Koprostase (Rektalpalpation), Sigmadivertikulitis

Achsen skelett Fraktur (spontan / unbeobachteter Sturz)

**Wirbelkörper, Beckenring, Oberschenkelhalsfraktur
erneut Rö, ggf. CT**

Hautstatus

Decubitus, berührungsempfindliche Beinödeme

Muskuloskeletal

Immobilität, Osteoporose, Kontraktur, Liegeschmerz

Restless legs Syndrom

U. a. Anämie, Niereninsuffizienz, Pharmaka, idiopathisch

Therapie von Schmerzen bei Demenz



Ursachenbehandlung steht an erster Stelle
Gleiche Therapieprinzipien wie bei Nichtdementen

WHO Schema, aber anders denken!!!

Antizipation von Nebenwirkungen

Antizipation von Organmalfunktion

Compliance und Resorption bedenken

Schluckfähigkeit, kontrollierte Einnahme

Gezielte Beobachtung von Wirkung und Nebenwirkung

Demenzbedingt keine ausreichende Kommunikation

Nicht-medikamentöse Maßnahmen

DOT

Direkt beobachtete
Therapie



Therapiebesonderheiten bei nicht-kommunikativen Demenzpatienten

Paracetamol oral – Dosis max. 3 g/d bei KG < 50 kg

intravenös – Dosis b. KG < 50 kg max. 75 ml



Novaminsulfon – Schwitzen mit Volumenverlust, RR↓, Übelkeit

NSAR – Kreatininkontrolle im Alter nach wenigen Tagen auch bei Normwerten

Klinische Kontrolle epigastraler Druckschmerz

Auf verringerte Essportionen oder Nahrungsverweigerung achten

Bei Untergewicht Kreatinin Clearance errechnen

GFR (Cockcroft–Gault) ⓘ

Alter 86 y

Gewicht 75 kg

Kreatinin Serum 1.1 mg/dl

Geschlecht Mann Frau

➤ Clearance 43 ml/min

GFR (Cockcroft–Gault) ⓘ

Alter 86 y

Gewicht 45 kg

Kreatinin Serum 1.1 mg/dl

Geschlecht Mann Frau

Clearance 26 ml/min

GFR (Cockcroft–Gault) ⓘ

Alter 86 y

Gewicht 45 kg

Kreatinin Serum 1.8 mg/dl

Geschlecht Mann Frau

Clearance 16 ml/min

Therapiebesonderheiten bei nicht-kommunikativen Demenzpatienten

Tramadol – Meiden! Hohe Interaktionsbereitschaft über CYP-System

Auf verringerte Essportionen bzw. Nahrungsverweigerung achten

Tilidin – cave Übelkeit, Inappetenz.

Auf verringerte Essportion bzw. Nahrungsverweigerung achten

Opiate – cave Obstipation, Nausea, Sedierung

Auf verringerte Essportion oder Nahrungsverweigerung achten

Dokumentation Abführen

Prophylaktisch Macrogol oder andere Laxantien

Auf hypomotorische Delirsymptome achten

Schmerzen bei Pflege / Lagerung

Meist eine palliative Situation

Zunächst konventionell nach WHO Schema

Bei Resistenz oder Nebenwirkungen alternativ

kurz wirksame Opiate vor der Pflege oder Lagerung

Bedarfsweise Morphin akut oder Oxycodon akut oral

Morphin 5-10mg subcutan





Schmerz oder Unruhe





➤ **Essentielle Kriterien**

- ✓ Bewegungsdrang der Beine meist begleitet oder verursacht mit/durch Missempfindungen. Zudem Beteiligung der Arme und anderer Körperareale möglich.
- ✓ Symptombeginn oder -verschlechterung in Ruhe und bei Inaktivität
- ✓ Reduktion der Beschwerden durch Bewegung, solange diese anhält
- ✓ Manifestation oder Beschwerdemaximum am Abend oder in der Nacht

Diagnosekriterium: Mißempfindungen



➤ **Wie sehen diese aus?**

- Kribbeln, Ameisenlaufen
- Kälte, Hitze
- Schraubstock, Druck in der Tiefe / in den Knochen
- Ziehen, Bohren , Brennen
- Stechen, Jucken
- Unbeschreiblich

➤ **Wo sind diese Beschwerden?**

- Meist an den Beinen
 - Knöchel und Unterschenkel > Oberschenkel, Füße
 - Bds, seitenwechselnd, seitenbetont
- In 30% Arme mitbetroffen
- Bauch oder Gesicht?

Diagnose-Kriterien RLS

International RLS Study Group, Allen et al. 2003

ELISABETH KRANKENHAUS
RECKLINGHAUSEN



➤ **Essentielle Kriterien bei Altersdemenz** *(5/5 erforderlich)*

- ✓ **Manuelle Manipulation an den Beinen**
- ✓ **Überaktive Beinbewegungen im Bett, Sitzunfähigkeit**
- ✓ **Manifestation oder Verstärkung in Ruhe oder bei Inaktivität**
- ✓ **Beinbeschwerden durch Aktivität gebessert**
- ✓ **Manifestation oder Beschwerdemaximum abends oder nachts**

Diagnose-Kriterien RLS

International RLS Study Group, Allen et al. 2003

ELISABETH KRANKENHAUS
RECKLINGHAUSEN



➤ **Unterstützende Kriterien bei Altersdemenz**

- ✓ **Ansprechen auf Dopaminergika**
- ✓ **Hinweise in der Fremdanamnese auf frühere RLS Beschwerden**
- ✓ **positive Familienanamnese erstgradiger Verwandter**
- ✓ **Einschlafstörungen**
- ✓ **Schlafqualität tags besser als nachts**
- ✓ **Fixierung nachts im Pflegeheim oder Krankenhaus**
- ✓ **niedriger Eisenserumspiegel**
- ✓ **Niereninsuffizienz**

RLS – Aspekte bei Demenz



- **Diagnostik**
 - Fremdanamnese
 - Komorbidität – PNP, Lumbalkanalstenose, Rheuma, Parkinson etc.
 - Labor Malnutrition und Komorbidität
 - Vit B12, Folsäure, TSH basal, Ferritin, Kreatinin
- **Therapie**
 - Pharmakohygiene
 - Neuroleptika, insbesondere Butyrophenone wie Haloperidol
 - Metoclopramid, Sulpirid
 - Tri- und tetrazyklische Antidepressiva
 - Mianserin, Mirtazapin
- **Setting**
 - Fixierung

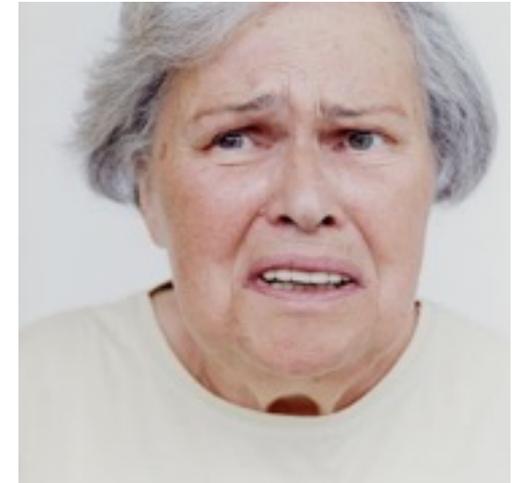
Schmerzen bei Demenz

Fazit

Demente haben die gleichen Schmerzen wie kognitiv Gesunde
Demente mit Schmerzen haben ein Risiko der Unterversorgung
BESD zur Schmerzerfassung sinnvoll
Gezielt aktiv nach Schmerzursachen suchen bei
fehlender Anamnesemöglichkeit
Schmerztherapie auf Wirkung und Nebenwirkungen
klinisch beobachten



Peter Granser, Fotograf



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

