

„Stiefkinder“ der Schmerztherapie

DEMENTZ. Menschen mit geistiger Beeinträchtigung werden hinsichtlich Schmerzen häufig stiefmütterlich behandelt – im Pflegeheim, im Spital, auch nach Operationen.

VON CLAUDIA RICHTER

Sie klagen nicht, weil sie es nicht mehr können. Aber sie leiden, empfinden Schmerzen, mitunter größte Schmerzen. Und weil sie sich nicht artikulieren können, wird ihr Schmerz vielfach übergangen, negiert. Auch und immer noch von ärztlicher Seite.

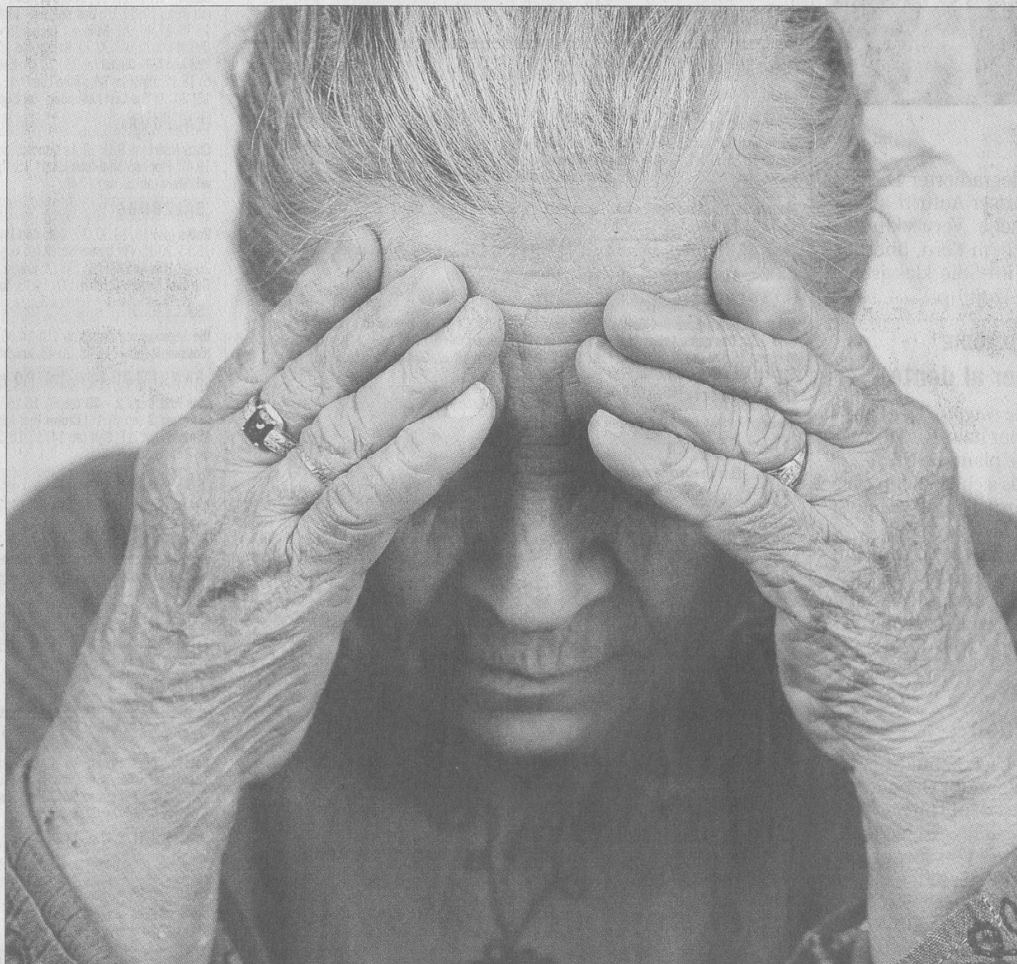
„Auf spezielles Befragen hin klagen sehr wohl bis zu 60 Prozent der Demenzpatienten über Schmerzen, aber nur 15 Prozent erhalten zu diesem Zeitpunkt auch schon eine Therapie“, kritisiert Univ.-Prof. Dr. Peter Kapeller, Leiter der Neurologie im LKH Villach. Auf der heurigen Jahrestagung der österreichischen Alzheimer-Gesellschaft (3. und 4. September, Kongresszentrum Villach) wird der Experte auch über dieses weitverbreitete Problem sprechen.

Ein Problem, das morgen oder übermorgen jeden von uns treffen kann. Im Jahr 2050 soll es jedenfalls rund 260.000 Demenzkranke in Österreich geben. Und ein jeder, der heute nur jung genug ist, könnte einer von ihnen sein. Und qualvolle Schmerzen erdulden müssen, weil er sich nicht wie ein Gesunder mitteilen kann?



„Obwohl sie kränker sind, erhalten sie weniger Diagnosen und Therapien.“

Prof. Dr. Peter Kapeller, Neurologe



MEINUNG

CLAUDIA
RICHTER



Aggressiv, ruhiggestellt, tot

Ein guter Bekannter von mir, nennen wir ihn Hans B., erkrankte an einer frühen Form von Alzheimer. Er war damals knapp 60, schlank, durchtrainiert, am Herzen gesund. Etwa eineinhalb Jahre später verstarb er plötzlich in einem Wiener Krankenhaus. Herzversagen hieß es seitens der Ärzte.

Herzversagen? So plötzlich? Mit einem gesunden Herzen? Was war die wahre Todesursache? Bekannt war: Hans B. hatte kurz vor seinem plötzlichen Tod wieder besonders starke Aggressionsschübe gehabt. Bekannt war ferner, dass man ihn mit Medikamenten (Sedativa) ruhiggestellt hat. Hat man gar zu viel davon erwischt? Hat man diese zu oft verabreicht? Die Fragen wurde nicht geklärt.

Geklärt ist indes: Zu viele, zu häufig und über zu lange Perioden hin verabreichte Sedativa verdoppeln das Sterberisiko.

Klar ist ferner: Die Aggressionsschübe von Demenzkranken können recht unangenehm ausfallen, von manchem als störend empfunden werden. Der bequemste und einfachste Weg, solch „Unruheherde“ auszuschalten, ist „stilllegen“ oder „niederspritzen“, also: Tabletten oder Injektionen.

Zu oft verabreichte „Ruhigstellungsmittel“ verdonnern

„Das Risiko, dass Demenzpatienten, die gleichzeitig auch Krebs haben, keine ausreichende analgetische Therapie erhalten, ist um 25 Prozent höher als bei Krebskranken mit normaler kognitiver Leistungsfähigkeit“, betont Kapeller. Nicht genug damit: Auch nach chirurgischen Eingriffen werden Alzheimer-Patienten schmerzmäßig immer wieder stiefmütterlich behandelt. Nach einer Schenkelhalsfraktur bekommen beispielsweise nur 24 Prozent jener, die ihre Schmerzen nicht kommunizieren können, Analgetika.

Auch in Pflegeheimen sind geistig Kranke nicht immer gut aufgehoben: Während 80 Prozent der geistig intakten Heimbewohner schmerztherapeutisch behandelt werden, ist es bei den geistig Kranken nur ungefähr die Hälfte. Und: Je dementer Heimbewohner sind, desto seltener erhalten sie Schmerzpräparate; Bewohner mit schwerer kognitiver Dysfunktion bekommen überhaupt nur noch sehr selten eine Therapie.

Massivist bedroht

Aber sie haben Schmerzen, das haben Studien und bildgebende Verfahren mehrfach bewiesen. „Sie können diese nur nicht so verarbeiten wie ein Gesunder“, erwähnt Kapeller. Denn die schmerzverarbeitenden Gehirnzentren sind zu einem großen Teil identisch mit jenen Zentren, die vom Alzheimer-bedingten Abbau besonders betroffen sind. Und weil Demenzkranke den Schmerz nicht einordnen können, bekommen sie häufig Angst, fühlen sich massiv bedroht.

Dazu kommt noch, dass Demenzpatienten häufig auch Begleiterkrankungen aufweisen. Während es in der geistig fitten Bevölkerung im Alter von über 69 Jahren im Schnitt drei parallele Krankheiten gibt, sind es bei Alzheimer-Patienten 3,5. „Und obwohl sie also kränker sind, erhalten sie weniger Diagnosen und Therapien.“

Der Schluss liegt nahe, dass Demente aufgrund der häufigeren Komorbiditäten auch häufiger Schmerzen haben als die Normalbevölkerung. Und da leiden bereits rund 43 Prozent der über 50-Jähri-

Alzheimer-Patienten lässt man mit ihren Schmerzen oft im Regen stehen.

gen an chronischen Schmerzen, von den über 74-Jährigen klagen rund drei Viertel darüber. Ein Alzheimer-Patient aber klagt nicht, wie erwähnt. Was Pflegepersonal und Ärzte leider nur allzu oft zur Annahme verleitet, es lägen keine Schmerzen vor, und daher wird nichts dagegen unternommen.

Schmerz zu wenig beachtet

Dabei gibt es verschiedene Skalen zur Schmerzerfassung und zudem eine relativ einfache Möglichkeit, auch auf den Schmerz der „Stillen“ aufmerksam zu werden: Den Test BESD, was so viel wie Beurteilung von Schmerz bei Demenz heißt. „Diesen einfachen und relativ kurzen Test gibt es schon seit einigen Jahren, er wird aber leider noch immer viel zu wenig eingesetzt. Weil die Schmerzerfassung generell noch immer nicht so Platz greift, wie wir es gerne hätten“, bedauert Kapeller. Im Routinebetrieb eines Krankenhauses gehe die Schmerzerhebung leider häufig unter, und in den meisten Pflegeheimen werde dies mindestens ebenso vernachlässigt.

Kapellers Forderung daher: Schmerz müsse bei allen Patienten als einer von fünf Vitalparameter

(neben Puls, Blutdruck, Temperatur und Atmung) erhoben werden, und BESD, international Painad (pain assessment in advanced dementia), müsste in jedem Krankenhaus verpflichtend eingeführt und auch in Pflegeheimen etabliert werden. Und da dieser Test auch für Laien geeignet sei, gehöre er auch jedem Angehörigen eines Alzheimer-Patienten in die Hand gegeben.

Es geht dabei darum, auf die Zeichen eines Alzheimer-Patienten zu achten, der Schmerz indirekt äußert und auf der Verhaltensebene auslebt; etwa durch verstärkte Atemfrequenz, durch Lautäußerungen, durch einen ängstlichen Gesichtsausdruck, durch angezogene Knie, durch weinen oder wiederholtes beunruhigtes Rufen.

Weniger Nebenwirkungen

„Wenn das der Fall ist, so hat Schmerzlokalisierung und Schmerztherapie zu erfolgen“, erwähnt Kapeller. Zur Therapie: Hier erweisen sich oft stärkere Schmerzmedikamente – etwa Opiode – als nebenwirkungsärmer als schwächere Arzneien der Stufe eins nach der WHO. „Dann ist es vor allem bei Demenzpatienten mit ihren vielen Begleit-

erkrankungen angebracht, stärkere Schmerzmedikamente in niedrigerer Dosis einzusetzen, da sie oft ein günstigeres Wirkungs-, Nebenwirkungs- und Interaktionsprofil haben. Laut Literatur haben diesbezüglich besonders Substanzen wie Oxycodon oder Hydromorphon einen hohen Stellenwert, da sie bedarfsgerecht gut zu steuern sind.“

Tod durch Beruhigungsmittel

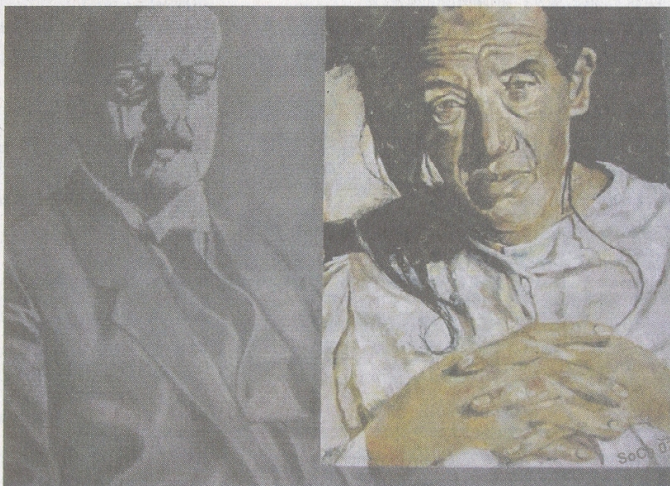
Geringer sollte man Sedativa, also Beruhigungsmittel, bei Demenzpatienten einsetzen. Mit deren Einsatz ist man nämlich häufig gar nicht zimperlich, sie werden vielfach auch routinemäßig verabreicht, ist es doch der einfachste Weg, Ruhelosigkeit und Aggressionen von Alzheimer-Patienten (die vielfach von Angst oder Schmerz herrühren) zu beseitigen. Oft „beseitigt“ man damit auch den Patienten selbst, wie eine im „The Lancet Neurology“ veröffentlichte britische Studie jüngst aufdeckte: Die langfristige Einnahme von Sedativa verdoppelt nämlich das Risiko eines frühen Todes. Dennoch werden sie laut der Studie zu häufig und zu lange gegeben. Und das leider nicht nur in Großbritannien!

ALZHEIMER-KONGRESS

■ **Leiden lassen:** Alzheimer-Patienten können Schmerzen nicht mehr so gut kommunizieren, daher erhalten sie häufig keine (ausreichende) Schmerztherapie.

■ **Dieses Manko** wird eines der Themen auf der 23. Jahrestagung der österr. Alzheimer-Gesellschaft im Kongresszentrum Villach sein.

■ **Der Kongress** findet am 3. und 4. September statt, es werden 300 nationale und internationale Teilnehmer erwartet. Infos: © 04242/208 23 32.



Alois Alzheimer und die erste Alzheimer-Patientin Auguste Deter. [SoCa's Atelier Villach]

„Man kann diesen Aggressionen – die oft nichts anderes sind als verzweifelte Hilfeschreie, die oft nichts anderes sind als Ausdruck von Schmerz oder Trauer – aber auch mit Verständnis, Empathie, respektvollem Umgang begegnen, wie es etwa die Therapiemaßnahme der Validation macht. Aber das braucht natürlich etwas mehr Zeit als das schlichte Verabreichen eines Medikaments. Das braucht auch mehr Schulung als die weitverbreitete Ruhigstellung mit Sedativa.“

Nun höre ich schon die Ökonomen unken, die beim Wort *krank* nur an Sparen und bei Patienten nur an Kostenverursacher denken: Derlei Zuwendung brauche doch mehr Zeit, mehr Personal, das sei nicht leistbar. Dass es das sehr wohl ist, dass Validation den Bedarf an Medikamenten reduzieren kann, die Pflegebedürftigkeit langsamer voranschreiten lässt, dass Validation nicht nur stabilere, spannendere und glücklichere Patienten, sondern auch stabilere, entspanntere und glücklichere Personal bringt, das zeigen unter anderem Beobachtungsstudien in der SeneCura-Demenzstation Grafenwörth.

Freilich: Zuwendung statt Ruhigstellung braucht auch mehr Menschlichkeit, mehr Mitgefühl. Und die sind unbezahlbar, haben oft mehr Heilkraft als Chemie in Pillenform und sind leider selten geworden. Vor allem alten und vor allem dementen Menschen gegenüber. Doch der, der heute dem geistig Verwirrten das Menschsein abspricht, den könnte morgen das Schicksal der Demenz ereilen und dessen Gefühle und Regungen könnten dann genauso missachtet und mit Füßen getreten werden. Das mag vielleicht gerecht sein. Besser macht es die Welt für demente Menschen nicht.

✉ claudia.richter@diepresse.com