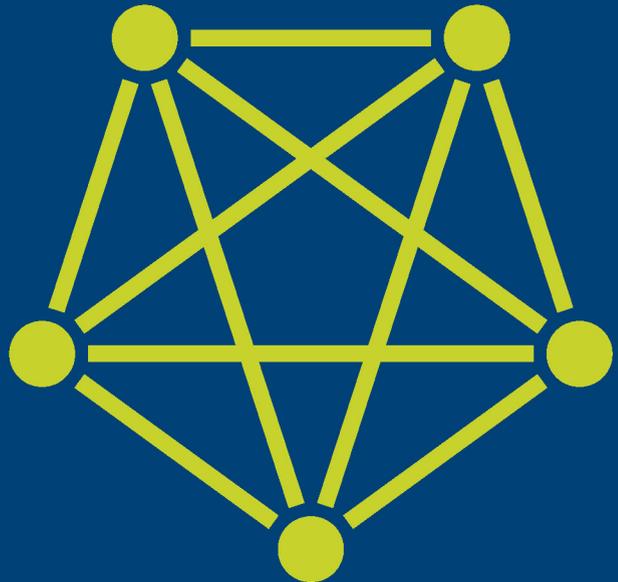


Thomas Fischer

Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz

Das Beobachtungsinstrument für das
Schmerzassessment bei alten Menschen
mit schwerer Demenz (BISAD)



Fischer
**Schmerzeinschätzung bei
Menschen mit schwerer Demenz**

**Projektreihe der
Robert Bosch Stiftung**



Reihe Multimorbidität im Alter

Seit Mitte 2004 eröffnet das Graduiertenkolleg «Multimorbidität im Alter» jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Chance, über ein Thema im Zusammenhang mit multimorbiditätsbezogenen Phänomenen im höheren Lebensalter zu promovieren. Kennzeichen dieses – von der Robert Bosch Stiftung geförderten – Kollegs ist Interdisziplinarität im Sinne einer Bündelung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven auf Probleme von mehrfach erkrankten älteren Menschen.

Erste Sprecherin des Kollegs: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
Geschäftsführung: Dr. Stefan Blüher

Weitere Informationen: www.gradmap.de

Ahnis

Bewältigung von Inkontinenz im Alter
ISBN 978-3-456-84709-2

Boguth

Harninkontinenz im Pflegeheim
ISBN 978-3-456-84710-8

Bornschlegel

**Erkennen von Schmerzzuständen bei
aphasischen Menschen**
ISBN 978-3-456-84712-2

Braumann

**Information und ihre Bedeutung bei Harnin-
kontinenz**
ISBN 978-3-456-84713-9

Fischer

**Schmerzeinschätzung bei Menschen mit
schwerer Demenz**
ISBN 978-3-456-84714-6

Holzhausen

**Lebensqualität multimorbider älterer
Menschen**
ISBN 978-3-456-84715-3

Kopke

**Schmerzreduktion durch Atemstimulie-
rende Einreibung bei älteren mehrfach
erkrankten Menschen**
ISBN 978-3-456-84716-0

Kummer

Kommunikation über Inkontinenz
ISBN 978-3-456-84717-7

Seither

**Lebensqualität von pflegenden
Angehörigen älterer Menschen**
ISBN 978-3-456-84719-1

Seizmair

**Bedingungen von Therapiemotivation bei
Menschen im höheren Lebensalter**
ISBN 978-3-456-84720-7

Struppek

Patientensouveränität im Pflegeheim
ISBN 978-3-456-84721-4

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter www.verlag-hanshuber.com.

Thomas Fischer

Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz

**Das Beobachtungsinstrument für das
Schmerzassessment bei alten Menschen mit
schwerer Demenz (BISAD)**

Verlag Hans Huber

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Fischer, Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz, 1. Auflage

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Thomas Fischer, MPH
Evangelische Hochschule Dresden
Dürerstraße 25
DE-01307 Dresden

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Shatuna Sellaiah
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

Zugleich Dissertation Charité – Universitätsmedizin Berlin.

1. Auflage 2012

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN 978-3-456-94714-3)

ISBN 978-3-456-84714-6

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus: Fischer, Schmerz einschätzen bei Menschen mit schwerer Demenz, 1. Auflage

Inhalt

1 Einleitung / Hintergrund	9
1.1 Epidemiologie der Demenzen	9
1.1.1 Die wichtigsten Formen der Demenz.....	11
1.1.2 Stadieneinteilung.....	11
1.1.3 Stationäre Versorgung	12
1.2 Schmerz.....	13
1.2.1 Dimensionen des Schmerzes.....	13
1.2.2 Akute Schmerzen und chronische Schmerzen	14
1.2.3 Schmerzverarbeitung	15
1.2.4 Schmerz und Alter	16
1.2.5 Schmerz und Demenz	17
1.2.6 Schmerzeinschätzung bei Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit	19
1.3 Beobachtungsinstrumente zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz.....	20
1.3.1 Gütekriterien und inhaltliche Begrenzung	23
1.3.2 Inhaltliche Begrenzung der Instrumente	24
1.3.3 Erfasste Dimension des Schmerzes.....	25
1.3.4 Deutsche Fassungen und alternative Ansätze	26
1.4 Theoretischer Rahmen.....	27
1.4.1 Ein Kommunikationsmodell als theoretischer Rahmen für das Verständnis der Selbstauskunft und der Verhaltensbeobachtung bei Schmerz	27
1.4.2 Ein konzeptuelles Modell für die Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz, die sich nicht mehr verbal mitteilen können	30
2 Aufgabenstellung	33
2.1 Zielsetzung	34
3 Methode	35
3.1 Auswahl eines Instruments.....	35
3.2 Übersetzung und Pretest	35
3.2.1 Übersetzungstheorie.....	36
3.2.2 Überlegungen zum Vorgehen	38
3.2.3 Zielsetzung, Vorgehen und Pretest im Rahmen der Übersetzung	40
3.3 Reliabilitätsprüfung	41
3.3.1 Interraterreliabilität	42
3.3.2 Test-Retestreliabilität (Stabilität)	42
3.3.3 Interne Konsistenz	42

3.4	Validitätsprüfung.....	43
3.4.1	Exkurs: Validierung diagnostischer Tests.....	43
3.4.2	Konzeptuelles Modell für diese Studie.....	44
3.4.3	Hypothesensystem.....	46
3.5	Schmerzkorrelate.....	47
3.5.1	Schmerzverursachende Erkrankungen.....	47
3.5.2	Schmerz in Ruhe und bei Bewegung.....	48
3.5.3	Selbstauskunft bei Schmerz.....	49
3.5.4	Herausforderndes Verhalten bei Demenz und Schmerz.....	50
3.5.5	Schmerzbezogene Mimik.....	53
3.6	Hintergrundparameter.....	61
3.6.1	Einschätzung des Schweregrades der Demenz.....	61
3.6.2	Sonstige Hintergrundparameter.....	64
3.7	Praktisches Vorgehen bei der Datenerhebung.....	65
3.8	Stichprobenbildung.....	65
3.8.1	Schutz der Studienteilnehmer.....	67
3.8.2	Ein- und Ausschlusskriterien.....	68
3.9	Statistische Planung.....	69
4	Instrumentenauswahl und Übersetzung: ECPA / BISAD.....	71
4.1	Auswahl.....	71
4.2	Übersetzung.....	72
4.3	Pretest.....	73
5	Stichprobe.....	75
5.1	Die Teilnehmer der Studie.....	76
5.1.1	Alter und Geschlecht.....	76
5.1.2	Art der Demenz.....	77
5.1.3	Komorbiditäten.....	77
5.1.4	Demenzstadium.....	78
5.1.5	Schmerzverursachende Erkrankungen.....	79
5.1.6	Selbstauskunft Schmerz.....	80
5.1.7	Analgetika.....	81
5.1.8	Psychopharmaka, Antidementiva, Nootropika.....	82
6	Ergebnisse.....	83
6.1	Skalenstruktur BISAD.....	85
6.1.1	Faktorenanalyse.....	85
6.1.2	Interne Konsistenz.....	87
6.2	BISAD-Score in Ruhe und Bewegung.....	88
6.3	BISAD-Score bei schmerzverursachenden Erkrankungen.....	88
6.4	BISAD-Score und Selbstauskunft.....	89
6.5	BISAD-Score und Mimikanalyse.....	89
6.6	BISAD-Score und herausfordernde Verhaltensweisen.....	91
6.7	BISAD-Score und weitere Faktoren.....	94

7	Diskussion	97
7.1	Studienablauf und Übersetzung	97
7.1.1	Auswahl des Instruments	97
7.1.2	Ablauf und Organisation	98
7.1.3	BISAD-Anwendung.....	99
7.1.4	Beobachtungssequenzen	100
7.2	Stichprobe.....	101
7.2.1	Stichprobenbildung	101
7.2.2	Schmerzprävalenz	103
7.2.3	Demenzdiagnostik.....	104
7.2.4	Diagnosedaten / schmerzverursachende Erkrankung.....	106
7.2.5	Stadieneinteilung der Demenz	107
7.2.6	Analgetika	109
7.2.7	Psychopharmaka	109
7.3	Reliabilität	110
7.3.1	Skalenstruktur BISAD	110
7.3.2	Interraterreliabilität und Stabilität	112
7.4	Validität.....	114
7.4.1	Mimikanalyse.....	115
7.4.2	Selbstauskunft.....	120
7.4.3	Herausforderndes Verhalten	121
7.4.4	BISAD im Vergleich zu BESD.....	123
8	Implikationen	125
8.1	Klinischer Nutzen / Implikationen für die Praxis	125
8.2	Implikationen für Forschung und Wissenschaft	126
8.3	Ethik	129
9	Zusammenfassung.....	131
	Danksagung	133
	Literatur	134
	Anhang.....	145
	Anhang A: ECPA	145
	Anhang B: BISAD	147

1 Einleitung / Hintergrund

Menschen mit Demenz gehören zu den vulnerabelsten Personengruppen einer Gesellschaft, weil sie nicht oder nicht mehr vollständig selbst für Ihre Interessen eintreten können. Damit sind sie auf den Schutz und die Vertretung durch andere angewiesen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Belange. Das Gesundheitswesen und speziell die Angehörigen der Gesundheitsberufe müssen dafür Sorge tragen, dass gesundheitliche Bedarfe von Menschen mit Demenz rechtzeitig erkannt und im Interesse der Betroffenen befriedigt werden.

Das stellt in vielen Fällen eine große Herausforderung dar, so auch im Bereich möglicher Schmerzen. Insbesondere bei schweren Demenzen, die mit dem Verlust der verbalen Kommunikationsfähigkeit einhergehen, ist es nicht ohne weiteres möglich, Schmerzen zu erkennen, geschweige denn in ihrer Stärke einzuschätzen. Die Entwicklung angepasster Ansätze steht erst am Anfang und insbesondere in Deutschland fehlen Instrumente, die Pflegefachpersonen, aber auch Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe dabei unterstützen könnten. Diesem Entwicklungsbedarf wird mit der hier vorliegenden Arbeit nachgegangen. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung eines auf Beobachtungen basierenden Instruments zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz.

Das Erkennen von Schmerzen ist die Grundvoraussetzung für ein angemessenes Schmerzmanagement im therapeutischen Team. Ein angemessenes Schmerzmanagement wiederum ist ein Grundanspruch jedes einzelnen Bürgers an die gesundheitliche Versorgung. Und so ist die mit der demographischen Alterung der Bevölkerung verbundene Zunahme der von Demenz betroffenen Personen auch nur ein Grund für die Beschäftigung mit der Fragestellung im Rahmen dieser Arbeit. Die wachsende Anzahl Betroffener bedingt zum zweiten die immer größer werdende Bedeutung von demenziellen Erkrankungen in der Pflege alter Menschen, insbesondere im Pflegeheim. Der dritte und vielleicht wichtigste Grund ist die ethische Verpflichtung aller Pflegefachpersonen und aller anderen in den Gesundheitsberufen Tätigen, alles zu unternehmen, um jedem einzelnen Menschen Leid zu ersparen. Das Ergebnis dieser Arbeit soll dazu beitragen, dies zu erreichen.

1.1 Epidemiologie der Demenzen

Bei der Demenz handelt es sich um „eine erworbene Verschlechterung einer vorher größeren intellektuellen Leistungsfähigkeit“ (Zaudig & Möller 2005a: 171). Sie kann reversibel oder irreversibel sein, betrifft die Gedächtnisfunktionen, beinhaltet nicht-kognitive Symptome (wie Depressivität, Apathie, Angst, Rastlosigkeit, Wahn) und zeichnet sich durch eine deutlich verschlechterte Alltagsbewältigung aus (ebd.).

Es wird unterschieden zwischen primär-degenerativen Demenzen und sekundären (oder symptomatischen) Demenzen, die auf eine oft behandelbare Grunderkrankung zurückgehen. Primäre Demenzen sind zwar teilweise behandelbar aber nicht heilbar

und nicht reversibel. Häufigste Demenz ist die Alzheimer-Demenz (AD), die den primären Demenzen zuzurechnen ist. Die vaskuläre Demenz (VaD) als zweithäufigste Demenzform gehört zu den sekundären Demenzen. Es treten Mischformen zwischen diesen beiden Demenztypen auf, denen eine zunehmend größere Bedeutung zugerechnet wird (Stewart 2005). Es wird diskutiert, ob im höheren Lebensalter die Demenz mit Lewy-Körperchen (meist primäre Demenzform) häufiger auftritt als bisher angenommen (Zaudig & Möller 2005, Thürauf et al. 2005.)

Nach einer Synthese vorliegender epidemiologischer Studien (Bickel 2000) kann in Deutschland im Mittel von einer Demenzprävalenz von 7,22 % bei allen Menschen im Alter von 65 Jahren oder darüber ausgegangen werden, wobei die Ergebnisse einzelner Studien zwischen 5,97 % und 8,75 % liegen. Die Höhe der Schätzungen variiert in erster Linie danach, ob auch leichte Demenzgrade mit eingeflossen sind oder nicht. Eine deutliche Stufung der Prävalenz im Altersgang ist erkennbar.

Aus diesen Werten ergibt sich für Deutschland eine Zahl von 928 000 (Mittel) Demenzkranken, wobei die Schätzungen zwischen 770 000 und 1,1 Millionen variieren. In den Schätzungen nicht berücksichtigt ist die geringe Anzahl derjenigen Menschen mit Demenz, die jünger als 65 Jahre sind. Die Demenz vom Alzheimer-Typ stellt mit einem Anteil von 65 % bis 72 % nach den ausgewerteten Studien die häufigste Demenzart dar.

Bei Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren liegt nach der gleichen Quelle (Bickel 2000) die durchschnittliche bevölkerungsbezogene Inzidenz aller Demenzen pro Jahr bei 1,9 %. Daraus ergibt sich, dass jährlich im Mittel etwa 226 000 (Median 192 000) Menschen in Deutschland neu an einer Demenz erkranken, darunter 70 % Frauen. Für die Alzheimerdemenz liegt die geschätzte Inzidenz bei allen über 65jährigen im Mittel bei 1,01 %, was einer Anzahl von 121 000 neu erkrankten Personen pro Jahr entspricht (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 1: Demenzprävalenz in Deutschland (Bickel 2000)

Alter	Demenzprävalenz (Median) %	Demenzprävalenz (Mittel) %
65 – 69	1,4	1,2
70 – 74	2,7	2,8
75 – 79	5,9	6,0
80 – 84	13,0	13,3
85 – 89	22,2	23,9
90 und darüber	33,0	34,6
65 und darüber	7,04	7,22

Tabelle 2: Demenzinzidenz in Deutschland (Bickel 2000)

Alter	Demenzinzidenz (Median) %	Demenzinzidenz (Mittel) %
65 – 69	0,33	0,43
70 – 74	0,70	0,88
75 – 79	1,62	1,88
80 – 84	3,36	4,09
85 – 89	5,36	6,47
90 - 94	9,14	10,11
65 und darüber	1,61	1,90

1.1.1 Die wichtigsten Formen der Demenz

Die Alzheimer-Demenz, als häufigste Demenzform, beginnt meist schleichend und verläuft langsam progredient. Die Symptome weisen ein eher kortikales Profil auf: Anfänglich kommt es vor allem zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und zu räumlichen Orientierungsstörungen. Später treten Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten sowie apraktische, aphasische und agnostische Störungen hinzu. Oft bleibt die Persönlichkeit lange als Fassade erhalten. Der Beginn liegt meist nach dem 60. Lebensjahr, mit einem Krankheitsverlauf von acht bis zehn Jahre. Bei einem frühen Beginn vor dem 60. Lebensjahr beträgt die Krankheitsdauer bis zum Tod etwa drei bis sechs Jahre. Die Diagnosestellung erfolgt aufgrund klinischer Merkmale, kann aber erst post-mortem durch eine Autopsie gesichert werden (Zaudig & Möller 2005 b, Thürauf et al. 2005). Pathophysiologisch ist die Alzheimerdemenz durch die Bildung von Neurofibrillen (Tangles) und Amyloid-Plaques in verschiedenen Gehirnarealen gekennzeichnet (Frölich & Padberg 2005).

Die Vaskuläre Demenz, als zweithäufigste Demenzform, beginnt im Vergleich zur AD eher plötzlich und fluktuiert in der Symptomatik stärker (Hamann & Liebrau 2005). Die Risikofaktoren entsprechenden denen, die für zerebrovaskuläre Erkrankungen bekannt sind. Es existieren unterschiedliche Theorien zur Ätiopathogenese, denen gemein ist, dass es aufgrund einer Mangelversorgung (durch größere oder viele kleine ischämische Ereignisse) zum Untergang einer kritischen Masse an Gehirngewebe kommt. Zusätzlich zu den bei der AD genannten Symptomen, kommen laut der vierten Revision des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen DSM IV (Saß et al. 2003) noch fokale-neurologische Störungen (gesteigerte Muskeleigenreflexe, Gangstörungen etc.) oder zusätzliche Hinweise auf das Vorliegen einer zerebrovaskulären Erkrankung bei der VaD hinzu.

Demenzen können auch nach der Lokalisation des vornehmlich betroffenen Gehirnareals unterschieden werden (Zaudig & Möller 2005a):

- Kortikale Demenzen (vorherrschend: Störungen von Lernen, Gedächtnis, Sprache, Denkvermögen, Praxie und räumlichen Leistungen bei geringen Veränderungen der Persönlichkeit), z.B. Alzheimer Demenz
- Subkortikale Demenzen (vorherrschend kognitive Symptome, Verlangsamung des psychischen Tempos, Persönlichkeitveränderungen, Affektlabilität, psychomotorische Verlangsamung), z.B. bei M. Parkinson, Chorea Huntington
- Frontotemporale Demenz (vorherrschend: ausgeprägter Wandel der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens und organisierten Denkens), z.B. Morbus Pick.

1.1.2 Stadieneinteilung

Es existieren verschiedene Stadieneinteilungen der Demenzerkrankung. Häufig verwandt werden die s.g. Reisbergskalen, zu denen die oft synonym gebrauchte Global Deterioration Scale (GDS) zählt (Collegium Internationale Psychiatriae Salarum 2005, Ihl & Frölich 1991, Reisberg 1982).

Nach den Reisbergskalen gibt es sieben voneinander abgrenzbare Schweregrade der Demenz (Tabelle 3).

Tabelle 3: Schweregrade der Demenz nach Reisberg-Skalen (Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum 2005, Ihl & Frölich 1991).

Stadium des kognitiven Abbaus	Klinische Beschreibung	Klinische Bewertung (original)
1 <i>kein Abbau</i>	Keine Einbußen	Normal
2 <i>sehr leicht</i>	Subjektive Klagen, keine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit	Altersgemäß (forgetfulness)
3 <i>gering</i>	Leistungsminderung in Einzelbereichen, etwa bei komplexen Aufgaben, jedoch Beherrschen von Routineaufgaben	Beginnende AD (early confusional)
4 <i>mäßig</i>	Fehler bei komplexen Routineaufgaben (Einkaufen, Bezahlen), jedoch weitgehender Erhalt der Selbstfürsorge (Waschen, Kleiden etc.)	Leichte AD (late confusional)
5 <i>mittelschwer</i>	Schwierigkeiten bei der Auswahl situationgerechter Kleidung, Vernachlässigung des Waschens, Affektlabilität	Mäßige AD (early dementia)
6 <i>schwer</i>	Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen wie dem Waschen oder der Ausscheidung, Inkontinenz, Agitiertheit oder psychotische Symptomatik	Mäßig schwere AD (middle dementia)
7 <i>sehr schwer</i>	Benötigt viel Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, Verlust der Sprache, Einschränkung der Gehfähigkeit, der Rumpfkontrolle	Schwere AD (late dementia)

Die deutsche klinische Bewertung weicht von der Originalbewertung ab, da sie nur vier Stufen (normal, leicht, mittel und schwer) umfasst. Die Reisbergskalen beruhen auf der Vorstellung des retrograden Abbaus der in der Kindheit erworbenen Fähigkeiten. Sie sind explizit auf Alzheimer-Demenzen bezogen, werden oft aber auch für andere Demenzformen angewandt. Die Erhebung beruht auf einer Fremdbeurteilung. Die Stadieneinteilung nach Reisberg wird international häufig angewandt, so dass eine gute Vergleichbarkeit bei nachgewiesener Validität gewährleistet ist.

1.1.3 Stationäre Versorgung

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist die Krankheitslast durch Demenzen in Alten- und Pflegeheimen sowohl hinsichtlich der Prävalenz als auch der Inzidenz deutlich erhöht, wenn auch die genauen Raten in der Literatur leicht differieren. Laut drittem Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2000: 103) sind in Alten- und Pflegeheimen „bis zu 75 Prozent der Bewohner/innen chronisch psychisch erkrankt, dabei dominieren depressive und demenzielle Erkrankungen“. An anderer Stelle des Berichts wird die Quote psychisch kranker Heimbewohner mit 50 % im Jahr 1998 angegeben, bei einer Streuung zwischen unter 30 % und 80 % (BMFSFJ 2000: 131 unter Bezug auf Schneekloth und Müller 2000). In der aktuellen Repräsentativerhebung zu Möglichkeiten und Grenzen unabhängiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MUG IV) wurde eine Quote von 69 % Bewohnern mit Demenz in Pflegeheimen ermittelt (Schäufele, Köhler, Lode et al. 2007).

Weitere Angaben finden sich im vierten Altenbericht (BMFSFJ 2002: 168). Demnach sind 60 % der Pflegeheimbewohner an „fortgeschrittenen Demenzen“ erkrankt. Diagnostisch sollen etwa die Hälfte der Erkrankungen auf eine Demenz

vom Alzheimer-Typ, ein Drittel auf eine vaskuläre Demenz und etwa 10 % auf Demenzen anderer Ursache zurückzuführen sein.

Jakob et al. (2002) kommen bei einer repräsentativen Untersuchung in der Stadt Leipzig zu dem Schluss, dass insgesamt 47,6 % der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen demenziell erkrankt sind. In den Pflegeheimen allein, liegt der ermittelte Wert bei 64,3 %. Nach dieser Erhebung litten 28,7 % aller Pflegeheimbewohner unter einer schweren Demenz. Die Verteilung auf die unterschiedlichen Krankheitstypen geben Jakob et al. (ebd.) mit etwa 80 % für Demenzen vom Alzheimer-Typ, 10 % für Vaskuläre Demenzen und weitere 10 % für andere Demenztypen an. Die jährliche Inzidenz für alle Demenzarten liegt im Heim nach dieser Studie bei 17,2 %.

Ein wichtiger Grund für die Übersiedlung ins Heim ist das Bestehen einer Demenz und der dadurch entstehende, in der häuslichen Umgebung nicht mehr zu bewältigende Pflege und Versorgungsbedarf (BMFSJ 2000, Bickel 1995). Etwa 40 % aller Demenzkranken in Deutschland leben dauerhaft in stationären Einrichtungen (BMFSJ 2002: 167, Jakob et al. 2002).

Unabhängig von den im Detail differierenden Daten, prägen nach den vorhandenen Veröffentlichungen demenzielle Erkrankungen das Geschehen in Pflegeheimen. Insbesondere schwere Demenzen stellen wegen des großen Pflege- und Versorgungsbedarfs sowie der gleichzeitig großen Anzahl an Betroffenen eine enorme Herausforderung für Struktur und Konzept der stationären Pflegeeinrichtungen sowie das dort tätige Personal dar.

1.2 Schmerz

Die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) definiert Schmerz als „Eine unangenehme körperliche und emotionale Erfahrung, die in Zusammenhang steht mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung oder die mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (Merskey & Bogduk 1994: 210). Diese weltweit anerkannte Definition ist für den klinischen Alltag recht sperrig und nur bedingt handlungsleitend. Daher hat sich eine weitere, ergänzende Definition ebenso behauptet: „Schmerzen sind das, was der Betroffene über Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Betroffene sagt, dass er Schmerzen hat“ (McCaffery 1968: 95). Insbesondere für die Pflege hat diese Sichtweise eine große Bedeutung, weil sie die Subjektivität von Schmerzen betont und die Selbsteinschätzung der Schmerzen als Basis des professionellen Schmerzmanagements festschreibt (vgl. DNQP 2005, McCaffery & Pasero 1999). Andere Autoren betonen allerdings kontrovers, dass auch die Fremdeinschätzung des Verhaltens wichtige Informationen über den Schmerz des Betroffenen liefert (Hadjistavropoulos & Craig 2002).

1.2.1 Dimensionen des Schmerzes

Es werden drei Dimensionen des Schmerzes unterschieden (Melzack & Katz 2006, vgl. Snow et al. 2004 b):

- *Sensorisch-diskriminative Dimension*; vor allem beeinflusst durch schnell leitende Spinalnerven; Empfindungen zur Intensität, Lokalisation, Qualität des Schmerzes.
- *Motivational-affektive Dimension*; auf der Basis von retikularen und limbischen Strukturen, die vor allem durch langsam leitende Spinalnerven beeinflusst werden; betrifft emotionale Valenzen die mit dem Schmerz verbunden werden (der Schmerz ist schrecklich, furchtbar, ängstigend, niederdrückend etc.).
- *Kognitiv-evaluative Dimension*; basierend auf neokortikalen oder höheren Prozessen im Zentralnervensystem, mit Einfluss auf das diskriminative und das motivationale System; bezieht sich auf bewusste Überlegungen / Gedanken zum Schmerz.

Zum Zusammenspiel dieser drei Dimensionen schreiben Melzack & Katz (2006: 291) unter Bezug auf Melzack & Casey (1968):

„It is assumed that these three categories of activity interact with one another to provide perceptual information on the location, magnitude, and spatiotemporal properties of the noxious stimuli, motivational tendency towards escape or attack, and cognitive information based on past experience and probability of outcome of different strategies.“

Nur wenn alle drei Dimensionen berücksichtigt werden, ergibt sich ein vollständiges Bild des Schmerzerlebens der Person. Daher wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren entwickelt, um die unterschiedlichen Dimensionen des Schmerzes eines Patienten erfassen und evaluieren zu können. Die Schmerzstärke, die der sensorisch-diskriminativen Komponente zuzurechnen ist, bildet zwar das Leitsymptom des klinischen Schmerzmanagements, muss aber, insbesondere bei der Behandlung chronischer Schmerzen, immer um die beiden anderen Dimensionen ergänzt werden (vgl. Melzack & Katz 2006, McCaffery & Pasero 1999). In der Literatur wird außerdem zum Teil noch eine behaviorale Schmerzkomponente unterschieden, die sich auf die Auswirkungen des Schmerzes auf willkürliche Handlungen des Betroffenen (d.h. Funktionseinschränkungen durch den Schmerz) bezieht (vgl. Snow et al. 2004 b).

1.2.2 Akute Schmerzen und chronische Schmerzen

Schmerzen lassen sich unter anderem nach ihrer Dauer unterscheiden (vgl. Diener 1997, EFIC o.J.). Akute Schmerzen treten in Zusammenhang mit einem akuten Ereignis auf und haben vor allem eine Warn- und Schutzfunktion. Von chronischen Schmerzen spricht man, wenn der Schmerz mindestens drei oder sechs Monate (je nach Definition) besteht oder wenn Schmerzen über den üblichen Verlauf einer Erkrankung hinaus andauern. Chronische Schmerzen werden heute als eigenständiges Krankheitsbild verstanden. Turk & Melzack (2001) halten diese dichotome Entscheidung für unzureichend und differenzieren entlang des folgenden Kontinuums: