

Angelika Feichtner

Schmerzerkennung bei Demenz – empathische Voraussetzungen

Pain-Assessment in Patients with Dementia – Empathetic Requirements

Zusammenfassung

Menschen mit Demenz leiden häufig an unerkannten und damit an unzureichend behandelten Schmerzen. Ihre mangelnde Fähigkeit, den Schmerz entsprechend mitzuteilen, führt dazu, dass ihr Schmerzausdruck fehlgedeutet wird. Um mögliche Schmerzen bei Menschen mit Demenz zu erfassen, wird der Einsatz geeigneter Assessment-Instrumente empfohlen. Darüber hinaus bedarf es einer empathischen Grundhaltung der Betreuenden, mitfühlender Anteilnahme, intensiver Zuwendung und auch entsprechender struktureller Rahmenbedingungen.

Schlüsselwörter: Demenz, Schmerzassessment, Empathie

Abstract

People suffering from dementia are often also affected by undetected and thus poorly treated pain. Their lack of ability to properly communicate their pain is likely to cause misinterpretations of the expressions of their suffering. To assess pain in dementia patients the use of appropriate assessment-tools is recommended. But beyond that it requires compassionate concern, thorough attention and empathy on the part of the carers supported by an appropriate structural framework.

Keywords: dementia, pain-assessment, empathy

Angelika Feichtner MSc (Palliative Care)
Freiberufliche Dozentin und Trainerin für Palliative Care und Hospizarbeit
Mitarbeiterin an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
Freie Mitarbeiterin an der IFF, Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik Klagenfurt/Wien
Lindenstraße 5, A-6020 Innsbruck
angelika.feichtner@gmx.net

Schmerz – chronisch unterschätzt

Während die Therapie chronischer Schmerzen in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewinnt, sind die Schmerzdiagnostik und auch Schmerztherapie alter Menschen mit Demenz noch immer unbefriedigend. Wie eine aktuelle Studie von Schreier et al.¹ belegt, ist davon auszugehen, dass etwa zwei Drittel der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen unter chronischen, unzureichend behandelten Schmerzen leiden. Dies trifft in besonderer Weise auf kognitiv eingeschränkte Menschen zu. Aufgrund ihrer mentalen und kommunikativen Einschränkungen werden ihre Schmerzen häufig unterschätzt oder gar nicht erkannt.

Menschen mit Demenz leiden besonders häufig an unerkannten und unzureichend behandelten Schmerzen.² Mit zunehmendem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung nimmt nicht nur die Häufigkeit des Schmerzberichtes, sondern auch der Analgetika-Verschreibung deutlich ab.³ Das wird auch durch die Tatsache belegt, dass demenziell veränderte Patienten durchschnittlich um zwei Drittel weniger Analgetika erhalten, als Patienten ohne kognitive Beeinträchtigungen.⁴

Eine schwerere kognitive Beeinträchtigung hat zur Folge, dass die betroffenen Patienten ihren Schmerz meist nicht mehr adäquat mitteilen können. Der Schmerz wird häufig nicht erkannt und damit auch nicht behandelt.⁵ Die mangelnde Behandlung chronischer Schmerzen demenziell veränderter Menschen führt zu einer tiefgreifenden Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität, es beeinflusst ihre körperliche und psychosoziale Situation, letztlich wird dadurch auch ihre Sterbensqualität negativ beeinflusst.⁶ Damit wird nicht nur die verbleibende Lebenszeit demenziell veränderter Menschen belastet, sondern möglicherweise auch ihr Sterbeprozess erschwert.

„Schmerz ist das, was die Person, die ihn erfährt, über ihn angibt, er ist vorhanden, wenn sie sagt, dass er da ist“.⁷ Dieses Zitat von Mc Caffery gilt als grundlegend für die Erfassung

von Schmerzen. Es lässt jedoch außer Acht, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, wie etwa bei Demenz, oft nicht in der Lage sind, ihren Schmerz entsprechend mitzuteilen. Die kognitiven Einbußen führen nicht nur zu einer fehlenden Schmerzerinnerung und zu einer mangelnden Fähigkeit zur Schmerzkommunikation, sondern insgesamt zu einer veränderten Schmerzverarbeitung.⁸

Unspezifischer Ausdruck von Schmerz

Um einen bestehenden Schmerz mitteilen zu können, bedarf es bestimmter kognitiver Fähigkeiten. Zunächst muss der Patient, die Patientin, in der Lage sein, den sensorischen Stimulus des Schmerzes interpretieren zu können. Dann erfordert es gewisse kommunikative Kompetenz, um die Wahrnehmung des Schmerzes und dessen Lokalisation mitteilen zu können. Letztlich müssen die Patienten auch über ein bestimmtes Erinnerungsvermögen verfügen. Bei fortgeschrittener Demenz stehen den Patienten jedoch alle diese Fähigkeiten nicht mehr zur Verfügung. Zugleich ist das begriffliche Konzept von Schmerz verlustig gegangen. Das bedeutet, dass die quälende Empfindung eines Schmerzes für die Betroffenen nicht mehr mit einer Erkrankung oder einer Verletzung ihres Körpers verbunden ist. Das kann unter Umständen dazu führen, dass demenziell veränderte Menschen selbst bei stärksten Schmerzen, wie etwa nach einer Oberschenkel-Fraktur, das verletzte Bein belasten, ohne eine Schonhaltung einzunehmen, ohne erkennbare Veränderung ihrer Mimik und möglicherweise auch ohne den mit Sicherheit massiven Schmerz zu äußern.

Ähnliches muss auch für alle anderen Schmerzzustände gelten, wie etwa Rücken- oder Gelenkschmerzen, gastro-intestinale Schmerzen oder Zahnschmerzen: Menschen mit fortgeschrittener Demenz drücken ihren Schmerz eher unspezifisch durch Veränderung gewohnter Verhaltensweisen oder durch sogenanntes herausforderndes Verhalten aus. Mit diesem Begriff werden alle auffälligen Verhaltensweisen wie das ziellose Umherwandern,

lautes Rufen oder Schreien, Agitation, Aggressivität oder auch Apathie zusammengefasst. Vor allem die vokalen Störungen (wie Schreien, Rufen, Geräusche machen) können zu einer beträchtlichen Belastung des Umfeldes führen.

Häufig wird nicht erkannt, dass diese unerwünschten Verhaltensweisen auch darauf hindeuten, dass die Betroffenen selbst unter einem starken Leidensdruck stehen. Vielfach sind diese auffälligen Verhaltensweisen zugleich auch ihre einzige Möglichkeit, ihren Schmerz auszudrücken. Mit herausforderndem Verhalten werden aber auch alle verhaltensbezogenen und psychologischen Symptome⁹ der Demenz als BPSD – Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia – bezeichnet. Zu diesen Symptomen zählen unter anderem auch Aggression, Unruhe, ständiges Rufen oder Schreien, Umherwandern und Agitation. Für die Pflege und Betreuung können diese Verhaltensweisen eine beträchtliche Belastung darstellen, zugleich stellen sie jedoch ein Resultat der Unfähigkeit (der Patienten) dar, „sich verständlich zu machen“, sie sind eine Reaktion auf eine Welt, die einem nicht mehr vertrauensvoll und verlässlich erscheint.¹⁰

Obwohl Schmerz als eine der häufigsten Ursachen für dieses herausfordernde Verhalten bzw. für BPSD¹¹ gilt, besteht für Patienten mit Demenz ein hohes Risiko, dass ihre Schmerzen nicht als solche erkannt werden oder ihr Schmerzausdruck fehlgedeutet wird und sie damit eher ein Psychopharmakon anstelle einer wirksamen Schmerztherapie erhalten. Wenn Menschen mit Demenz unter chronischen Schmerzen leiden müssen, dann also deshalb, weil diese von den Pflegepersonen, den Ärzten und Therapeuten zu selten erkannt und daher entweder gar nicht oder nur unzureichend behandelt werden.¹²

Bei Demenz sinkt die subjektive Schmerzschwelle

Herausforderndem Verhalten von demenziell veränderten Patienten (...) wird in der Praxis vor allem mit psychotrop und zentralnervös wirksamen

Medikamenten und weit seltener mit Schmerzmitteln begegnet.¹³ Damit bleiben die Schmerzen unverändert bestehen, die Möglichkeit, dem Schmerz Ausdruck zu verleihen, wird jedoch noch weiter eingeschränkt.¹⁴ Durch den Einsatz von Antipsychotika werden den Patienten aber auch beträchtliche Nebenwirkungen zugemutet, ohne dass die Medikation einen Nutzen für die Betroffenen bedeutet.

Hinzu kommt, dass sich der Mythos, Menschen mit Demenz würden weniger stark unter ihren Schmerzen leiden als kognitiv intakte Personen,¹⁵ hartnäckig hält. Tatsächlich leiden Menschen mit kognitiven Einschränkungen aber noch intensiver unter ihren Schmerzen als andere Patienten. Es gibt Hinweise, dass Menschen mit Demenz nicht nur für die Schmerzintensität, sondern auch für eine Schmerzchronifizierung empfänglicher sind.¹⁶

Die subjektive Schmerzschwelle, die Intensität, ab der ein Reiz als Schmerz wahrgenommen wird, ist bei Patienten mit demenzieller Veränderung und bei Gesunden gleich. Die Schmerztoleranz, die Reizintensität, ab der ein Schmerz als unerträglich wahrgenommen wird, ist bei Patienten mit demenzieller Veränderung jedoch signifikant geringer. Die vegetative Schmerzschwelle, die Reizintensität, ab der Blutdruck und Pulsfrequenz ansteigen, liegt bei Patienten mit demenzieller Veränderung höher.¹⁷ Damit müssen die jeweiligen Vitalparameter als unzuverlässige Indikatoren zur Schmerzeinschätzung betrachtet werden.

Auch Kojer und Schmidl¹⁸ beschreiben, dass sich im Alter durch die Dysfunktionalität der afferenten Schmerzfasern einerseits die Schmerzschwelle erhöht, andererseits jedoch aufgrund der Abnahme der endogenen Schmerzhemmung die Schmerztoleranzgrenze sinkt.¹⁹ Daher muss davon ausgegangen werden, dass im Alter und ganz besonders bei bestehenden demenziellen Veränderungen Schmerz intensiver wahrgenommen und auch weniger toleriert wird. Durch demenzbedingte neurologische Veränderungen und ein gestörtes Körpergefühl kann der Schmerz jedoch nicht mehr zugeordnet werden, er kann nicht

verstanden, nicht interpretiert, auch nicht ausgedrückt werden. Jeglicher Schmerz wird daher mutmaßlich als sehr bedrohend erlebt.

Es ist daher von größter Bedeutung, dass Pflegepersonen mögliche Schmerzen von demenziell beeinträchtigten Menschen möglichst frühzeitig erkennen und ihren Schmerzausdruck mittels herausforderndem Verhalten nicht fehldeuten. Wenngleich herausfordernde Verhaltensweisen häufig auf bestehende Schmerzen hinweisen, so gilt es doch, auch andere, indirekte Schmerzzeichen bei Patienten mit Demenz zu beachten. Dazu zählen ein angespannter Gesichtsausdruck, eine verkrampfte Körperhaltung oder Schonhaltung, veränderter Atemrhythmus, Blutdruckanstieg, Tachykardie oder auch eine allgemeine, unspezifische Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Aber auch zunehmende Bewegungsunlust, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen oder ein verstärkter Rückzug der Patienten könnten auf bestehende Schmerzen hinweisen.

Assessment-Instrumente zur Schmerzerfassung

Da die Selbstauskunft von Patienten mit Demenz nicht als zuverlässig gelten kann, muss die Erfassung möglicher Schmerzen durch Fremdeinschätzung erfolgen. Dafür stehen verschiedene Assessment-Instrumente zur Verfügung. Exemplarisch sollen hier zwei dieser Instrumente näher beschrieben werden:

Eines der am häufigsten eingesetzten Instrumente ist die deutsche Übersetzung der amerikanischen PAINAID-Skala, im deutschen Sprachraum als BESD-Skala²⁰ bekannt. Der maximale Score bei BESD liegt bei 10 Punkten. Während Zwakhalen et al.²¹ (2012) feststellen, dass bei einem BESD-Wert von zwei oder höher davon ausgegangen werden muss, dass Schmerzen vorliegen, ermitteln Lukas et al.²² (2013) in ihrer Studie einen Grenzwert von 4, ab dem vom Vorhandensein von Schmerzen auszugehen ist. Grundsätzlich können Schmerzen aber auch bei einem Wert von 0 Punkten in der BESD-Skala nicht mit Sicherheit ausge-

schlossen werden. Denn es könnte durchaus sein, dass Patienten mit fortgeschrittener Demenz gar kein erkennbares Schmerzverhalten zeigen. Es gilt daher folgende Empfehlung der Deutschen Schmerzgesellschaft:²³

0 Punkte	kein Schmerzverhalten erkennbar - Schmerz nicht ausgeschlossen
1 Punkt	erhöhte Aufmerksamkeit für mögliche Schmerzursachen und weitere Schmerzzeichen
2 Punkte	Schmerzen wahrscheinlich

Außerdem sind Schmerzen wahrscheinlich, wenn der BESD-Score bei Aktivität einen höheren Wert zeigt als in Ruhe. Daher ist eine systematische und wiederholte Schmerzeinschätzung mittels BESD sowohl in Ruhe als auch bei der Mobilisation zu empfehlen. Auch wenn bei pflegerischen Maßnahmen eine verstärkte Unruhe des Patienten, der Patientin zu beobachten ist, sollte dies Anlass für ein umfassendes Schmerzassessment sein.

Eine weitere, häufig eingesetzte Einschätzungsskala ist die Doloplus-2-Skala, die in einer Langform mit einem Maximalwert von 30 Punkten und in einer Kurzform mit 10 Items verfügbar ist. Auch BISAD, ZOPA und PACSLAC sind geeignete Schmerzerfassungsinstrumente für Menschen mit Demenz.²⁴ Dabei ist zu berücksichtigen, dass alle diese Assessment-Skalen keine objektiven Messinstrumente darstellen, aber sie unterstützen das betreuende Team darin, mögliche Schmerzen bei Menschen mit Demenz zu erfassen. Wie die Praxis zeigt, findet durch ein systematisches Schmerzassessment auch eine Sensibilisierung der Betreuenden hinsichtlich der Schmerzerkennung statt.

Die Schmerzerfassung und eine fachgerechte Schmerzeinschätzung sind die Voraussetzungen für eine adäquate Schmerzbehandlung. Sowohl das initiale Schmerzassessment wie auch die regelmäßige und systematische Schmerzerfassung zur Überwachung des Therapieerfolges liegen in der Verantwortung der Pflege. Es ist auch Aufgabe der Pflege, das

dafür geeignete Assessment-Instrument auszuwählen. Des Weiteren sind Pflegepersonen im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches (laut Paragraph 14 und 15 des GuKG) in der Schmerztherapie auch verantwortlich für

- die Erfassung des Bedarfs einer Schmerzbehandlung
- eine frühzeitige Information des Arztes/der Ärztin über Schmerzen und veränderte Schmerzsituationen
- die Ausführung ärztlicher Anordnungen zur Einleitung oder Anpassung der Schmerztherapie
- die Sicherstellung einer zeit- und fachgerechten Applikation von Schmerzmitteln
- die fachgerechte Prophylaxe und Erfassung von Nebenwirkungen
- die Überwachung des Therapieerfolges mittels geeigneter Instrumente.

Besteht der Verdacht, dass ein Patient, eine Patientin mit Demenz unter Schmerzen leidet, empfiehlt sich die probatorische Gabe eines potenten Analgetikums in Verbindung mit einem engmaschigen Schmerzassessment. Vor allem bei herausfordernden Verhaltensweisen sollte zunächst ein Therapieversuch mit einem Schmerzmittel erfolgen, um nicht fälschlicherweise Schmerzen durch eine nicht indizierte Psychopharmaka-Gabe zu behandeln. Wie die Studien von Husebø²⁵ (2011) und von Ahn²⁶ (2013) zeigen, führt eine systematische Schmerztherapie zu einer signifikanten Reduktion von Agitation und aggressivem Verhalten bei Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz. Das legt die Vermutung nahe, dass Agitation und Aggression bei demenziell beeinträchtigten Patienten vielfach in unzureichend behandelten Schmerzen begründet sind.

Anhaltende, starke oder immer wiederkehrende Schmerzen können das Nervensystem nachhaltig verändern. Es bildet sich ein Schmerzgedächtnis aus, in dem die Schmerzempfindung bereits durch geringste Reize ausgelöst wird.²⁷ Selbst wenn die Ursache des Schmerzes (z. B. Entzündung,

Gewebeschädigung) inzwischen behoben wurde, kann die Schmerzwahrnehmung bestehen bleiben.²⁸ Daher ist eine möglichst rasche Behandlung von Schmerzen entscheidend, auch um dem Schmerz-Engramm vorzubeugen.

Den Schmerz annehmen: affektive und effektive Empathie

Demenziell veränderte Menschen sind damit fundamental darauf angewiesen, dass ihre Betreuenden Schmerzen und andere belastende Symptome nicht nur empathisch wahrnehmen, sondern sie auch anerkennen. Denn der Anfang aller Bemühungen liegt in der Würdigung des Schmerzes selbst, das bedeutet, die Betroffenen in ihrem Schmerz wahrzunehmen, ernst zu nehmen, vorbehaltlos anzunehmen²⁹ und entsprechend rasch zu handeln. Dieser Hinweis scheint begründet, denn noch immer werden die Klagen von Menschen mit Demenz, selbst wenn diese ihren Schmerz noch verbal ausdrücken können, von ihren Betreuenden oft nicht ausreichend ernst genommen.

Damit kann Empathie als eine Schlüsselkompetenz in der Pflege betrachtet werden. Eine empathische Grundhaltung ermöglicht den Pflegepersonen gleichsam eine Perspektivenübernahme, sie können sich in einen Patienten, eine Patientin so hineinversetzen, dass sie deren Gefühle, deren Erleben und Handeln nachvollziehen können.

Dabei kann zwischen affektiver und kognitiver Empathie unterschieden werden. Die affektive Perspektive der Empathie stellt eine vorübergehende Identifikation mit dem (emotionalen) Erleben anderer dar. Nachdem hierbei zuerst die Emotionen kommen und erst dann die Gedanken, ist dies ein aufsteigender Vorgang. Das bedeutet, die vom Körper gefühlten Emotionen werden in einem zweiten Schritt vom Gehirn analysiert und bewertet.³⁰

Kognitive Empathie, also zu verstehen, was ein anderer Mensch fühlt und denkt und damit die kognitive Perspektive einnehmen können, bedeutet eine willentliche Perspektivenübernahme mit dem Ziel, den Bezugsrahmen, die Gefühle und

die Gedanken anderer zu erfassen, jedoch ohne die Gefühle nachzuvollziehen³¹ bzw. zu übernehmen. Hier kommt zuerst der willkürliche Denkkakt. Erst in einem zweiten Stadium werden Emotionen dazu generiert. Dies ist daher ein absteigender Prozess. Für Preston et al. (2007) ist das erste Stadium jenes der Perspektivenübernahme, erst das zweite Stadium ist dann kognitive Empathie.

In der Pflege und Betreuung von demenziell eingeschränkten Patienten werden Pflegepersonen häufig primär durch affektive Empathie auf möglicherweise vorhandenes Schmerzerleben aufmerksam. In der Betreuung von Menschen mit Demenz sind Pflegepersonen stets gefordert, die Bedürfnisse der kommunikativ meist sehr eingeschränkten Patienten gleichsam zu erraten und emotional zu erfassen. In der Praxis zeigt sich, dass Pflegenden über ein besonders hohes Maß von Einfühlungsvermögen verfügen. Im täglichen, oft hautnahen Kontakt mit den demenziell veränderten Menschen entwickeln sie eine feine Wahrnehmung für Veränderungen, für unkonventionelle Schmerzäußerungen und für unausgesprochene Bedürfnisse. Im Sinne einer transpersonalen Zuwendung nach Watson³² ist die Beherrschung des pflegerischen Handwerks, ergänzt durch pflegerisches und medizinisches Fachwissen, die Grundlage für eine empathische Pflege-Beziehung. Pflege bedeutet intensive Zuwendung und Beziehung. Die Qualität dieser Zuwendungsbeziehung hängt laut Watson von 5 Faktoren ab:

1. der moralischen Verpflichtung, die Würde der Person zu schützen und zu achten, sodass die Person die Bedeutung ihrer Erfahrungen selbst bestimmen kann;
2. dem Willen und der Bereitschaft der Pflegekraft, die Subjektivität der Person zu bejahen (Ich-Du versus Ich-Es-Beziehung);
3. der Fähigkeit der Pflegekraft, die Gefühle und innere Verfassung der Person wahrzunehmen und genau zu erfassen; dies kann durch Verhaltensweisen, Worte, Kognition, Körpersprache, Gefühle, Gedanken, Sinne, Intuitionen usw. geschehen;

4. der Fähigkeit der Pflegekraft, das „In-der-Welt-Sein“ der Person wahrzunehmen und eine innere Einheit mit ihr zu verspüren. Die Pflegekraft muss in der Lage sein, den Seinszustand zu erfassen und mit Hilfe unterschiedlichster Mittel – seien es Bewegungen, Gesten, Blicke, Handlungen, Worte (...) darauf einzugehen. Die Subjektivität der Patientin bzw. des Patienten wird dabei ebenso wertgeschätzt wie die der Pflegekraft. Die Gemeinsamkeit gilt als moralische Grundlage der pflegerischen Beziehung;
5. dem Bewusstsein der Pflegekraft für die eigene Lebensgeschichte (kausale Vergangenheit), ihre eigenen Gefühlserlebnisse und ihre Erfahrungen mit den verschiedensten Gefühlen anderer.³³

In der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist Empathie eine wesentliche Voraussetzung. Die Qualität einer Pflege-Beziehung wird nicht zuletzt durch die Empathiefähigkeit der Pflegepersonen bestimmt. Bei Patienten mit kommunikativer Beeinträchtigung wie bei einer fortgeschrittenen Demenz, ist Empathie von besonderer Bedeutung, gilt es doch oft, gleichsam zu erraten oder zu entschlüsseln, was die Patienten aktuell quält. Empathische Kompetenz, also die Fähigkeit, (innerhalb des beruflichen Kontextes) stellvertretend die Perspektive und Gefühlswelt eines anderen Menschen nachzuvollziehen und danach zu handeln, kann somit als Teil einer professionellen Berufsauffassung und Expertenpflege betrachtet werden. Ihre Entwicklung und Förderung muss insofern ein Anliegen von Forschung, Lehre und Praxis aller pflegenden Berufe sein.³⁴

Während Empathie sich darauf beschränkt, die Gefühls- und Erlebenswelt eines anderen Menschen nachzuempfinden, besteht bei Mitgefühl zusätzlich eine klare Handlungsmotivation. Mitgefühl wird definiert als ein tiefes Gewahrsein des Leids eines Anderen in Verbindung mit dem Wunsch, dieses zu lindern.³⁵ In diesem Verständnis ist Mitgefühl sowohl eine Emotion (ein Gefühl

der Anteilnahme) als auch eine Motivation (der Wunsch, das Leid zu lindern). Auch Goleman³⁶ stellt fest: „Mitgefühl ist (...) eine Anteilnehmende, tiefempfundene Fürsorge, ein Wunsch, etwas zu tun, um das Leid des Menschen zu lindern.“ In der Pflege bedeutet Mitgefühl, die Situation eines anderen Menschen zu verstehen und Anteil zu nehmen, ohne jedoch zwingend emotional verbunden zu sein. Zugleich besteht aber auch eine mehr oder weniger hohe Motivation, das Leiden des anderen zu reduzieren. Anders als bei Mitleid bleibt bei Mitgefühl die Handlungsfähigkeit des Mitfühlenden erhalten.

In der Betreuung demenziell veränderter Menschen mit herausforderndem Verhalten setzt die Entwicklung von Mitgefühl aber in jedem Fall voraus zu erkennen, dass diesem Verhalten ein Leidensdruck zugrunde liegt. Neben der empathischen Voraussetzung, das Leiden eines Menschen mit Demenz als solches zu erkennen, bedarf es in der Pflege und Betreuung also auch der Fähigkeit zu tiefem Mitgefühl. Um aber Empathie und Mitgefühl zu entwickeln, so beschreibt Goleman,³⁷ sind gewisse Voraussetzungen erforderlich. So sind Empathie und Mitgefühl bei starken Stress-Reaktionen nicht möglich. Goleman³⁸ zufolge setzt Empathie eine gewisse Gelassenheit und Aufnahmebereitschaft voraus, damit das emotionale Gehirn die feinen Signale eines anderen Menschen aufnehmen und nachahmen kann.

Strukturelle Voraussetzungen für optimale Betreuung

Damit wird auch die Bedeutung entsprechender struktureller Voraussetzungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz deutlich. Neben den erforderlichen Qualifikationen der Betreuenden ist ein bedarfsgerechter Personalschlüssel unabdingbar. Der derzeitige Personaleinsatz in Institutionen für die Pflege und Betreuung von demenziell veränderten Menschen entspricht meist nicht dem tatsächlichen Bedarf. Der Mangel an personellen und zeitlichen

Ressourcen führt zu einer permanent hohen Belastung der Pflegenden. Erstrebenswert wäre ein Betreuungsverhältnis von 1:2,4. In der Praxis betreut jedoch eine Pflegeperson durchschnittlich 8 bis 9 Menschen mit Demenz, manchmal auch noch mehr. Dieses Verhältnis steht im Widerspruch einer bedürfnisorientierten Betreuung. Eine überlastete, unter Zeitdruck arbeitende Pflegeperson wird nur begrenzt in der Lage sein, die oft subtilen Signale eines demenziell veränderten Menschen wahrzunehmen.

Häufig gerät dann das „störende“ Verhalten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, die Interventionen der Pflegenden zielen auf die Beeinflussung und Vermeidung dieses als störend empfundenen Verhaltens ab, sehr oft durch die Verabreichung von sedierenden Psychopharmaka. Die zugrunde liegende Ursache des auffälligen Verhaltens, häufig ist es Schmerz, gerät in den Hintergrund. Das eigentliche Leiden des Demenzkranken wird nicht erkannt.

Neben der professionellen Qualifikation, pflegerischem Wissen und Können, Empathiefähigkeit und der grundsätzlichen Bereitschaft zu Mitgefühl spielen auch Spiegelneuronen eine wesentliche Rolle in der Schmerzerkennung bei Patienten mit Demenz. Die Gehirnforschung belegt, dass starke Emotionen bei Beobachtenden dieselben Zentren im Gehirn aktivieren, wie das bei eigenem Erleben der Fall wäre.³⁹ Daher erzeugt die (pflegerische) Nähe zu schmerzgeplagten Patienten meist einen dringenden Handlungsbedarf bei den Betreuenden. Diese Resonanz- und Spiegelphänomene sind zumindest mitverantwortlich dafür, dass sensible Pflegepersonen oft auch bei nicht-kommunikationsfähigen Patienten wahrnehmen können, wenn diese an Schmerzen oder an anderen belastenden Symptomen leiden. Zugleich bilden die Spiegelneuronenzellen aber auch die Grundlage für Empathie, für Mitgefühl und für Intuition.⁴⁰

Pflegerische Tätigkeiten und Fähigkeiten sind wesentlich durch implizites Wissen geprägt. Dieses Wissen baut auf kognitiven Prozessen auf. Es

wird oft auch als Erfahrungswissen bezeichnet⁴¹ Implizites Wissen zeigt sich im Können. Es kann nicht vollständig sprachlich rekonstruiert werden. Pflegende sprechen häufig von einem Gefühl oder von einer Ahnung dessen, was Patienten brauchen, wenn diese ihre Bedürfnisse nicht mehr adäquat äußern können. Implizites Wissen tritt in zwei Formen auf: als Ahnung und als Intuition.⁴² Auch wenn ausgewiesenes Hintergrundwissen und entsprechende Erfahrung Voraussetzungen für implizites Wissen darstellen, so ist dieses Wissen doch konstitutiv für professionelles pflegerisches Handeln. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass erfahrene Pflegepersonen über eine hohe Fähigkeit verfügen, jenseits sprachlicher Kommunikation zu erfassen, worunter Patienten leiden. Diese Fähigkeit beansprucht mehrere Systeme im Gehirn, es erfordert entsprechendes Erfahrungswissen und auch eine gewisse persönliche Kompetenz.

Alle diese Fähigkeiten kommen jedoch nur begrenzt zum Tragen, wenn strukturelle Rahmenbedingungen die Pflegepersonen dazu zwingen, unter permanentem Zeitdruck zu arbeiten. Speziell für die Menschen mit Demenz stellt die Konfrontation mit einer gestressten, unter zeitlichem Druck arbeitenden Pflegeperson eine hohe Belastung dar. In der Betreuung von Patienten mit dementiellen Veränderungen sind Langsamkeit, Behutsamkeit und strikte Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten wesentliche Qualitätsmerkmale. Einen demenziell beeinträchtigten Menschen unter Zeitdruck pflegen zu müssen, bedeutet aber auch für die Pflegenden ein ethisches Dilemma.

Nicht selten erfolgt die Betreuung von Menschen mit Demenz daher im Widerspruch zu pflegerischem Berufsethos. Eine zugewandte und wahrnehmende Pflege hängt damit nicht zuletzt auch von den strukturellen Rahmenbedingungen ab.

Im Sinne einer mutuellen Beeinflussung reagieren Menschen mit Demenz sehr sensibel auf emotionale Belastungen ihrer Umgebung. Sie können sie nicht verstehen, aber in Resonanz mit ihren belasteten Betreuenden zeigen sie ih-

rerseits Belastungsreaktionen wie etwa Unruhe, herausforderndes Verhalten oder Aggression. Demenziell erkrankte Menschen sind in besonderer Weise auf ein verlässliches Umfeld und auf eine kompetente Betreuung angewiesen. Sie brauchen qualifizierte Pflegende, die in der Lage sind, ihre Schmerzen wahrzunehmen, auch wenn sie nicht mehr verständlich mitgeteilt werden können. Damit kommt der Pflege eine Schlüsselrolle in der Schmerztherapie bei demenziell veränderten Patienten zu. Um mögliche Schmerzen Demenzkranker möglichst frühzeitig wahrzunehmen, braucht es daher nicht nur eine entsprechende fachliche Kompetenz der Betreuenden, sondern ebenso ein hohes Maß an Empathiefähigkeit, Mitgefühl und oft auch Intuition.

Im Wissen, dass bei Menschen mit Demenz selbst bei starken Schmerzen, die sonst bekannten Schmerzzeichen fehlen können, muss ein umfassendes und regelmäßiges Schmerzassessment bei demenziell eingeschränkten Patienten als Verpflichtung gelten. Eine fortgeschrittene Demenz führt dazu, dass die Betroffenen ihrem Schmerz hilflos ausgeliefert sind, wenn ihre Betreuenden diesen Schmerz nicht wahrnehmen. Das macht sie in besonderer Weise verletzlich und schutzbedürftig. Die Menschenrechtsorganisation Human Rights Watch hat bereits 2009 festgestellt: "The poor availability of pain treatment is both perplexing and inexcusable."⁴³ Der Zugang zu Schmerztherapie gilt als ein Menschenrecht, und es besteht damit eine ethische Verpflichtung, die Schmerzen von Menschen mit Demenz ebenso effektiv zu behandeln, wie jene von kognitiv nicht beeinträchtigten Patienten.

Referenzen

- 1 Schreier M. M., Stering U., Pitzer S., Iglseider B., Osterbrink J., *Schmerz und Schmerzerfassung in Altenpflegeheimen - Ergebnisse der OSiA-Studie*, Schmerz (2015); 29: 203-210
- 2 McGuire B. E., Daly P., Smyth F.; *Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated?* J. Intellect Disabil Res (2010); 54: 240-5

- 3 Closs S. J., et al., A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment, *J Pain Symptom Manage* (2004); 27: 196-205
- 4 McLachlan A., Bath S., Naganathan V., Hilmer S., LeCouteur D., Gibson S., Blyth F., *Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment*, *British Journal of Clinical Pharmacology* (2011); 71(3): 351-364, The British Pharmacological Society
- 5 Ferrell B. A., The management of pain in long-term care, *Clin J Pain*. (2004); 20: 240-3
- 6 Shega J. W., Hougham G. W., Stocking C. B., et al., *Patients dying with dementia: experience at the end of life and impact of hospice care*, *J Pain Symptom Manage* (2008); 35: 499-507
- 7 McCaffery M., Beebe A., Latham J., *Schmerz, ein Handbuch für die Pflegepraxis*, Ullstein Mosby GmbH, Berlin/Wiesbaden (1997), S. 59-61, Zitat: S. 12
- 8 Schwermann M., *Kompetenz in Palliative Care, Haltung, Wissen, Umsetzung*, Vincentz-Verlag, Hamburg (2009), S. 78
- 9 Lawlor B., *Managing behavioural and psychological symptoms in dementia*, *British Journal of Psychiatry* (2002); 181: 463-65
- 10 Jantzen W., Schnittka T., *Verhaltensauffälligkeiten ist eine soziale Konstruktion: Über Vernunft-fallen und andere Angriffe auf das Selbst*, in: Theunissen G. (Hrsg.), *Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung?* Klinkhardt, Bad Heilbrunn (2001), 2: 39-62
- 11 Corbett A., Husebo B, Malcangio M., et al., *Assessment and treatment of pain in people with dementia*, *Nat Rev Neurol*. (2012); 8(5): 264-274
- 12 Schmidl M., *Schmerzen bei demenzkranken Menschen: ein alltäglicher Befund*, in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, Springer Verlag, Wien/ New York (2011), S. 213
- 13 Corbett A., Husebo B, Malcangio M., et al., siehe Ref. 11
- 14 Corbett A., Smith J., Creese B., Ballard C., *Treatment of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease*, *Curr Treat Options Neurol* (2012); 14, 113-125
- 15 Achterberg W., Gambassi G., Finne-Soveri H., Liperoiti R., Noro A., Frijters D., Cherubini A., Dell'Aquila G., Ribbe M., *Pain in European long-term care facilities: Cross national study in Finland, Italy and the Netherlands*, *Pain* (2010); 148: 70-74
- 16 Schwermann M., Münch M., *Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz: Ein Leitfaden für die Pflegepraxis*, 1. Auflage, W. Kohlhammer Druckerei, Stuttgart (2008), S. 15
- 17 Jensen-Dahm C. et al., *Quantitative sensory testing and pain tolerance in patients with mild to moderate Alzheimer disease compared to healthy control subjects*, *Pain* (2014); 155: 1439-45
- 18 Schmidl M., siehe Ref. 12, S. 51
- 19 Cole L. J., Farrell M., Duff E. P., Barber J., Egan F., Gibson S., *Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease*, *Brain* (2006); 129: 2957-2965
- 20 *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014) S. 103
- 21 Zwakhalen S. M., van der Stehen J. T., Najim M. D., *Which score most likely represents pain on the observational PAINAD pain scale for patients with dementia?* *J Am Med Dir Assoc* (2012); 13: 384-9
- 22 Lukas A., Barber J. B., Johnson P., Gibson S. J., *Observer-rated Pain Assessment Instruments Improve Both the Detection of Pain and the Evaluation of Pain Intensity with Dementia*, *Eur J Pain* (2013); 17: 1558-68
- 23 *BESD-Kurzanleitung*, http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf (letzter Zugriff am 03.02.2016)
- 24 *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*, siehe Ref. 20
- 25 Husebø B. S., Ballard C., Sandvik R. et al., *Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial*, *BMJ* (2011); 343
- 26 Ahn H., Horgas A., *The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia*, *BMC Geriatrics* (2013); 13: 14
- 27 Nauck F., Klaschik E., *Schmerztherapie. Kompendium für Ausbildung und Praxis*, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart (2002), S. 7
- 28 Heinke B., Sandkühler J., *Schmerzgedächtnis*, in: Standl T., Schulte am Esch J., Treede R. D., Schäfer M., Bardenheuer H. J., *Schmerztherapie*, Thieme Verlag, Stuttgart (2010), S. 30-34
- 29 Metz Ch., Wild M., Heller A., *Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und Palliativer Betreuung*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau (2002), S. 83
- 30 Preston S. D., DeWaal F. B. M., *Empathy: Its ultimate and proximate bases*, *Behavioral and Brain Sciences* (2002); 25: 1-72
- 31 Bischoff-Wanner C., *Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells*, Reihe Pflegewissenschaft, Huber, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle (2002), S. 1-2
- 32 Watson J., *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*, Hans Huber Verlag (1996), S. 85
- 33 ebd.
- 34 Bischoff-Wanner C., siehe Ref. 31, S. 1

- 35 *American Heritage Dictionary*, in: Singer T., Steinbeis N., *Differential roles of fairness- and compassion-based motivations for cooperation, defection, and punishment*, *Annals of the New York Academy of Sciences* (2009); 1167(1): 41-50
- 36 Goleman D., *Dialog mit dem Dalai Lama – Wie wir destruktive Emotionen überwinden können*, Hanser, München (2003), S. 107
- 37 Goleman D., *Emotionale Intelligenz*, 8. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München (1998), S. 13
- 38 Goleman D., *Soziale Intelligenz. Wer auf andere zugehen kann, hat mehr vom Leben*, Knauer Verlag, München (2008), S. 137
- 39 Rizzolatti G., Sinigaglia C., *Empathie und Spiegelneurone, die biologische Basis des Mitgefühls*, Edition Unseld (2008), S. 178
- 40 Bauer J., *Warum ich fühle, was du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*, 23. Auflage, aktualisierte Ausgabe, Wilhelm Heyne Verlag, München (2016), S. 12
- 41 Neuweg H.-G., *Könnerschaft und implizites Wissen – Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*, Waxmann, Münster (1999), S. 22
- 42 Dibelius O., Uzarewicz Ch., *Grundriss Gerontologie: Pflege von Menschen höherer Lebensalter*, Kohlhammer Verlag (2006), S. 78
- 43 *Human Rights Watch Report* “Please, do not make us suffer any more... Access to Pain Treatment as a Human Right“, März 2009 – <https://www.hrw.org/report/2009/03/03/please-do-not-make-us-suffer-any-more/access-pain-treatment-human-right> (letzter Zugriff am 06.02.2016)