

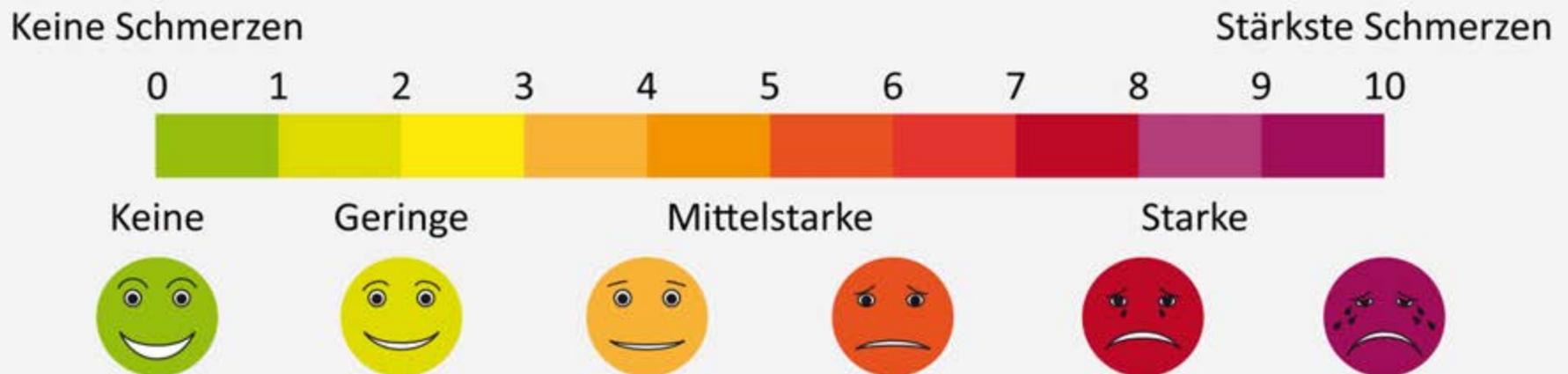
Schmerzqualitäten

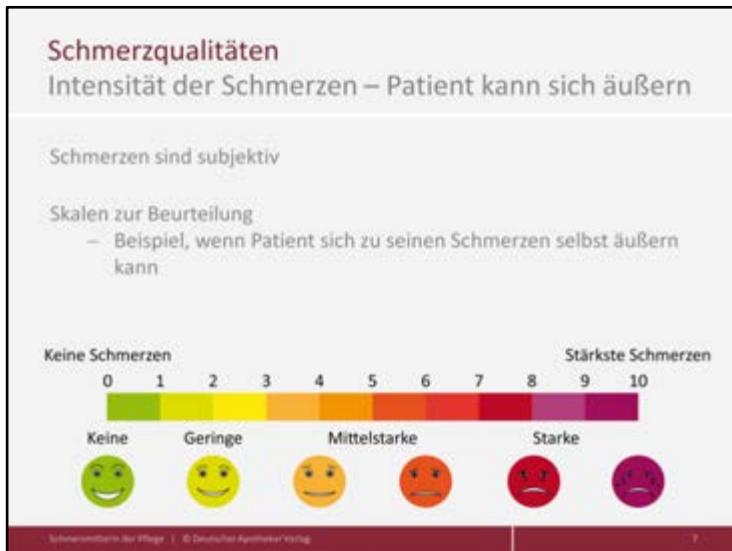
Intensität der Schmerzen – Patient kann sich äußern

Schmerzen sind subjektiv

Skalen zur Beurteilung

- Beispiel, wenn Patient sich zu seinen Schmerzen selbst äußern kann





„Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt. Sie sind vorhanden, wenn der Patient sagt, dass er Schmerzen hat.“ So definiert die auf Schmerzmanagement spezialisierte Krankenschwester Margo McCaffery den Schmerz.

Doch wie erfasst man subjektive Schmerzen möglichst objektiv? Gut geeignet sind dafür Schmerzskalen.

Die **Schmerzskalen** mit Bildern bzw. Smileys bieten den Vorteil, dass auch Menschen, die nicht lesen können, mit diesen Skalen gut umgehen können – Kinder, Menschen mit Migrationshintergrund, je nach Größe der Abbildungen auch Sehbehinderte.

Diese Skalen werden als **visuelle Analogskalen (VAS)** bezeichnet. Je nach Anbieter sind die Skalen zusätzlich farblich, sprachlich (sogenannte **verbale Ratingskala – VRS**) oder numerisch (**numerische Ratingskala – NRS**) gestaltet, um möglichst viele Menschen zu erreichen.

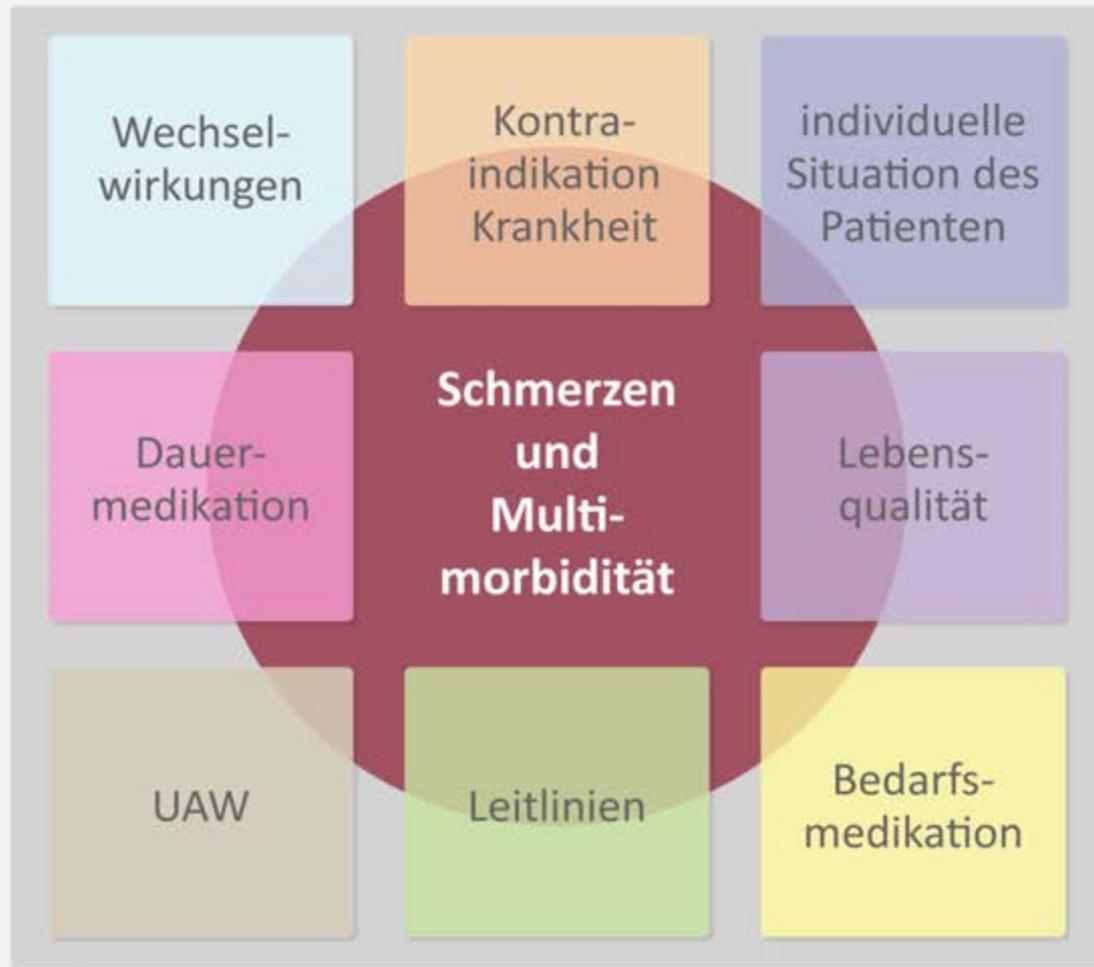
Bei Blinden kann man sich damit behelfen, sie nach einer Einteilung auf einer numerischen Skala – wie vorgegeben von eins bis zehn – zu fragen und so ihre Schmerzen beurteilen zu lassen.

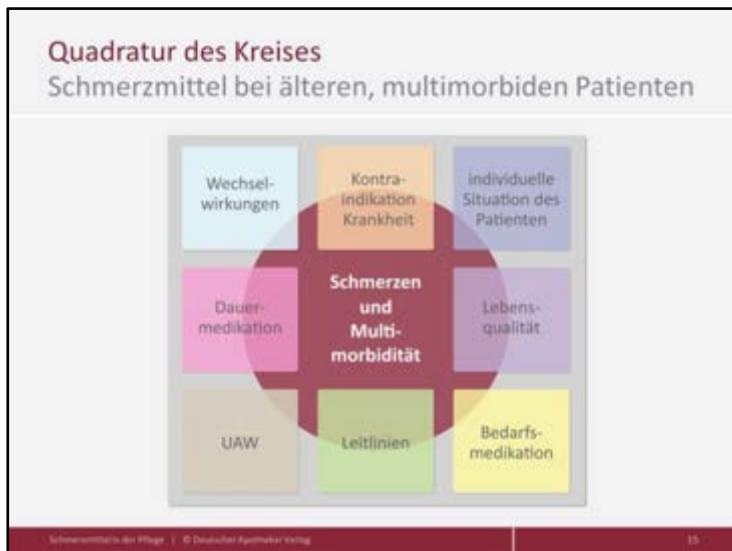
Die vom Patienten geäußerte Schmerzstärke sollte dokumentiert werden. Dafür empfiehlt es sich, in der Pflegeeinrichtung oder zumindest für den jeweiligen Patienten immer die gleiche Schmerzskala einzusetzen. Auf diese Weise lassen sich bei einem Patienten die Schmerzen über einen längeren Zeitraum recht gut beobachten. Die **Dokumentation** kann auch für den Arzt ein wertvolles Instrument sein, um zu sehen, ob eine Therapie anschlägt. Bei Schmerzen, die über 3 bzw. 4 liegen, sollte der Arzt informiert werden, so dass er gegebenenfalls eine Anpassung der Therapie vornehmen kann. Häufig haben die Patienten bei Bewegung stärkere Schmerzen als im Ruhezustand. Deshalb sollte man idealerweise die Patienten über Schmerzen „in Ruhe“ UND „bei Bewegung“ befragen.

Tipp: Verschiedene Schmerzskalen mitbringen und dem Pflegepersonal vorstellen. Viele Hersteller von opioidhaltigen Schmerzmitteln bieten solche Skalen kostenfrei an.

Quadratur des Kreises

Schmerzmittel bei älteren, multimorbiden Patienten





Wenn Sie jetzt die Risiken und unerwünschten Arzneimittelwirkungen und die Beurteilung der Experten zu den Schmerzmitteln Revue passieren lassen, könnte man zu dem Ergebnis kommen, dass Schmerzmittel im Alter unbedingt zu vermeiden sind. Zu Beginn des Vortrags habe ich Sie aber darauf aufmerksam gemacht, dass rund 70 % der 70-Jährigen regelmäßig unter Schmerzen leiden.

Schmerzfreiheit oder zumindest eine effektive Schmerzreduktion tragen wie kaum etwas anderes zur Lebensqualität älterer, multimorbider Patienten bei. Deshalb sind Schmerzmittel ein wichtiger Baustein in der gesamten Therapie. Schmerzmittel ermöglichen oft erst die Teilnahme an Bewegungsprogrammen oder sozialen Aktivitäten. Die besondere Herausforderung in der Schmerzmitteltherapie ist abzuwägen, wie viel an Schmerzmittel nötig ist, damit der Patient eine ausreichende Schmerzlinderung erfährt und dabei gleichzeitig das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen so gering wie nur möglich zu halten. Hier ist zunächst der Arzt, insbesondere der Hausarzt, der über alle verordneten und darüber hinaus angewendeten Arzneimittel informiert sein sollte, gefragt. Er ist mit den Krankheiten des Patienten vertraut und kennt auch die Leitlinien zur Behandlung der einzelnen Erkrankungen. Diese Punkte im Hinterkopf sind ebenso wesentlich wie der Aspekt, ob es sich um chronische Schmerzen handelt, für die eine Dauermedikation notwendig ist, oder um nur ein gelegentlich mit der Bedarfsmedikation abzudeckendes Schmerzgeschehen.

So versorgen Sie viele Patienten, die neben einem NSAR beispielsweise zum Schutz von Magen und Darm einen Protonenpumpenhemmer wie Pantoprazol oder Omeprazol regelmäßig bei einer Dauertherapie verordnet bekommen. Das ist ein möglicher Ansatz. Hat der Patient ein hohes kardiovaskuläres Risiko, kann der Arzt anstelle von Ibuprofen oder Diclofenac, die ein deutlich höheres Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand haben, je nach Art und Intensität der Schmerzen auf Paracetamol, Metamizol/Novaminsulfon oder eine Behandlung mit Opiaten ausweichen. Auch wenn Metamizol/Novaminsulfon vor allem wegen der Nebenwirkung Agranulozytose sehr kritisch gesehen wird, so tritt diese unerwünschte Wirkung extrem selten auf. Dies kann für den Arzt aufgrund seiner Erfahrung eine bessere Alternative für den Patienten sein als die Gabe eines Opiats. Bei den Wechselwirkungen schneidet Metamizol/Novaminsulfon insgesamt zudem auch weniger kritisch ab, als zum Beispiel die NSAR oder Tramadol. Metamizol/Novaminsulfon sollte nicht mit Carbamazepin und Clozapin kombiniert werden. Bei den NSAR sind Blutverdünner, eine Vielzahl an Psychopharmaka (SSRI und SNRI, Antipsychotika), Kortison, einige Antiepileptika und ACE-Hemmer auf der Liste der zum Teil als schwerwiegend beschriebenen Wechselwirkungen aufgeführt. Es kommt zu Verschiebungen im Natriumhaushalt oder auch Nierenversagen. Auch für Tramadol sind zahlreiche Wechselwirkungen in Kombination mit ZNS-wirksamen Substanzen beschrieben. Ist aus

ärztlicher Sicht dennoch eine zeitgleiche Therapie mit NSAR und zum Beispiel einem ACE-Hemmer unumgänglich, helfen Fachinformation und Datenbanken, der fachliche Austausch zwischen Arzt und Apotheker, die risikoärmste Kombination herauszufiltern.

Sie haben täglichen Kontakt mit den Patienten und falls Sie eine Veränderung feststellen, den Eindruck haben, dass neue Therapien schlecht vertragen werden, sprechen Sie uns, sprechen Sie den Arzt an.

Die Bedarfsmedikation kann im Regelfall wesentlich unkritischer betrachtet werden. Eine gelegentliche Einnahme von Ibuprofen oder Diclofenac erhöhen erfahrungsgemäß weder das gastrointestinale Blutungsrisiko noch das kardiovaskuläre Risiko. Wichtig hierbei ist aber, dass Sie im Auge behalten, dass es sich auch wirklich nur um eine gelegentliche Anwendung bei Bedarf und nicht um eine regelmäßige, gar tägliche Medikation handelt. Sie sollten, um die Anwendung der Bedarfsmedikation im Blick zu haben, im Rahmen der Pflegedokumentation Folgendes dokumentieren: Datum, Uhrzeit und Namenszeichen dessen, der die Bedarfsmedikation entschieden und durchgeführt hat, ob der Bedarfsgrund gemäß Verordnung passt und ob die Einhaltung der Dosierungsvorgaben stimmt. Fällt dabei auf, dass sich die Häufigkeit oder Dauer der Anwendung verändert, sollte das beim nächsten Arztkontakt unbedingt angesprochen werden.

Alles in allem ist die Therapie von Schmerzen bei älteren, multimorbiden Patienten anspruchsvoll und muss häufig die Quadratur des Kreises erfüllen – es müssen also gangbare Therapie-Kompromisse gefunden werden. Und nicht zuletzt ist es wichtig, die persönlichen Prioritäten des Patienten zu kennen und zu berücksichtigen. Einem multimorbiden Patienten kann es wichtiger sein, keine oder geringere Schmerzen zu haben, als das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis so gering wie möglich zu halten. Das könnte in letzter Konsequenz nämlich bedeuten, dass er gar kein Schmerzmittel anwenden kann und seine gesamte restliche Lebenszeit seine Schmerzen ertragen muss.