

Demenz – neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie

Schmerz und Demenz – eine leitliniengerechte Therapie ist trotz Problemen möglich

DR. THOMAS SITTE, DEUTSCHE PALLIATIVSTIFTUNG



Demenz als Begleiterkrankung der steigenden Lebenserwartung ist ein weltweites Problem, das in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen wird. Aktuell sind in Deutschland rund 1,6 Mio. Menschen über 65 Jahre davon betroffen (Ulrich 2018).¹ An Demenz erkrankte Menschen leiden unter denselben anderen Beschwerden wie Nicht-Demente. Dazu kommen durch die fortschreitende demenzielle Entwicklung spezifische Ursachen starker und auch stärkster Schmerzen, von denen demente Menschen mehr betroffen sind. Zudem wird die Kommunikationsfähigkeit im Laufe der Demenz immer mehr eingeschränkt, so dass das Erkennen und Behandeln von Schmerzen eine therapeutische Herausforderung sein kann. Dieser Übersichtsartikel soll kein Vademecum der Schmerztherapie sein, sondern Verständnis für das Problem wecken und befähigen, ante- und retrospektiv zu beurteilen, ob in der Schmerztherapie bei dementen Patienten die Notwendigkeiten beachtet und die Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

Grundlagen der Schmerzbehandlung

Für die Diagnostik und Therapie von Schmerzen gilt prinzipiell das zuvor Gesagte, gleich, ob ein Patient kognitiv völlig uneingeschränkt, leicht oder schwerst demenziell erkrankt ist, wenngleich die Erkennung von Schmerzen und deren Therapie bei dementen Patienten oftmals mehr Kreativität braucht und zugleich ein hohes Maß an Toleranz völlig anderen Lebenswirklichkeiten gegenüber, als wir sie für uns selber gewohnt sind; Lebenswirklichkeiten, die verstanden werden müssen und akzeptiert werden wollen.

Auch wenn ein Patient sich nicht mehr ausreichend verständlich äußern kann, sollte sorgfältig abgeklärt werden, was mögliche Schmerzursachen sein könnten, bevor schrotschussartig Tabletten verordnet und Schmerzpflaster geklebt werden: „Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt“, so eine ärztliche Redewendung. Dies ist unstrittig unter allen Beteiligten, seien sie pflegerisch oder ärztlich tätig, in der Verwaltung oder als Angehörige betroffen. Auch demente Menschen empfinden Schmerzen. Auch demente Menschen sind durch unbehandelte Schmerzen unnötig belastet. Unbehandelte Schmerzen führen zu Unruhe oder auch zu einer verstärkten Regression der Patienten. Auf jeden Fall führen sie zu einer verminderten Teilhabe und zugleich wächst der Wunsch, solche schmerzgeplagten Menschen von ihrem Leiden zu erlösen. Laien fordern dann angesichts fehlenden Wissens um effiziente, lindernde Behandlungsmöglichkeiten oft lebensverkürzende Maßnahmen.

Für die Therapie von Schmerzen wurde bereits 1928 umfassend und zugleich hochmodern formuliert: „Unter den Maßnahmen zur praktischen Therapie des Schmerzes

sollen die physikalischen, medikamentösen und psychotherapeutischen Methoden berücksichtigt werden, wie sie in Gestalt von zahlreichen Mitteln und Methoden von allen Sonderfächern (sic!, Anm. des Verfassers) der modernen Medizin angewandt werden“ (von der Porten 1928).²

Wenn eine Ursache gefunden wurde, mögliche Therapien sinnvoll indiziert sind, kommt es darauf an, was der demente Patient an Belastungen ertragen will, ob er den Schmerz behandeln haben möchte und was er an Behandlungen durch die Therapie selber ertragen möchte, bzw. was er zulässt. Je nach Grad der Einschränkung an Willensbildung, Kognition und Kommunikationsfähigkeit lassen sich diese Fragen im Krankheitsverlauf lange mit dem Patienten selber klären. Ist er nicht mehr ausreichend einwilligungsfähig, so muss eine Einwilligung zur Behandlung zwingend vom Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuer eingeholt werden. Ist eine solche Person nicht vorausverfügt worden bzw. vorhanden, so muss der behandelnde Arzt dafür sorgen, dass unverzüglich durch das Gericht ein Betreuer eingesetzt wird (BÄK 2018).³

Ursachen von Schmerzen bei dementen Patienten

Wie wird Schmerz definiert? Schmerz ist ein „unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP 1994)⁴ oder klarer:

„Schmerzen sind das, wovon die betreffende Person sagt, es seien Schmerzen; sie bestehen immer, wenn die betreffende Person sagt, dass sie vorhanden sind.“ (Mc Cuffery 1968).⁵ Gerade die zweite Definition sollte in der

Versorgung dementer Patienten eine größere Bedeutung erhalten.

Zunächst unterscheiden sich die möglichen Schmerzzusammenhänge in keiner Weise von den Ursachen bei nicht-dementen Patienten. Neben den häufigen und vorbestehenden muskuloskelettalen Schmerzen, Krebschmerzen, Kopfschmerzen, neuropathischen Schmerzen, Schmerzen des Bauchraumes (Kolik, Gastritis, Cholezystitis, auch Harnwegsinfekte), Durchblutungsstörungen und vielem mehr, gibt es spezifischere Beschwerden, die mit zunehmender Demenz auftreten. Durch Immobilität und gleichzeitig unzureichende Physiotherapie kommt es zu zunehmenden, meist schmerzhaften Kontrakturen.

Der schlechte Zahnstatus bei lange mangelhafter Mundpflege (wegen der Gegenwehr des Patienten) ist zusammen mit der fehlenden Eigenreinigung durch aktives Kauen eine regelhaft viel zu spät erkannte Schmerzzusammenhänge, da den wenigsten Ärzten eine zahnmedizinische Diagnostik geläufig ist. Pilzkrankungen von Mund und Speiseröhre können zu heftigen Dauer- und Schluckschmerzen mit Nahrungsverweigerung führen. Stress und eine Fehlernährung mittels oft vorhandener PEG-Sonde führen zu Gastritiden, Reflux und Aspirationen, die zusätzlich belasten. Dekubiti im Rahmen der Immobilität werden in der Schmerzhaftigkeit oft unterschätzt und belasten durch die chronische Entzündung zusätzlich.

Nicht jeder zunehmende Schmerz darf mit Analgetika behandelt werden. Es ist hier sauber zu unterscheiden zwischen chronischen Schmerzen (insbesondere dem chronifizierten Schmerzsyndrom) und akuten Schmerzen, wie sie zum Beispiel nicht selten durch einen Harnverhalt hervorgerufen werden (Roth-Brons 2015).⁶

Warum keine Schmerztherapie?

Es fehlt an:

- Zeit
- Sicherheit
- Information
- Objektivität
- Interesse
- Bewusstsein
- Assessment-Tools
- Aus-, Weiter-, Fortbildung

Quelle: Zwackhalen S, Docking RE e.a. Schmerz 2018, 32:364-373 Pain in older adults with dementia



Abbildung 1: Die Gründe, warum eine Schmerztherapie in der Versorgungspraxis oft nicht geleistet wird, sind vielfältig – und den meisten Ärzten wohl vertraut.

Trotzdem werden sowohl die Diagnostik als auch die Erhebung des Schmerzes an sich sehr häufig in praxi vernachlässigt (Thöns, Sitte 2013).⁷ Nach einer aktuellen Arbeit hat dies wenig überraschende Ursachen. Es mangelt für eine angemessene Schmerztherapie an:

- Zeit,
- Sicherheit,
- Information,
- Objektivität,
- Interesse,
- Problembewusstsein,
- Assessment-Tools,
- Aus-, Weiter-, Fortbildung (Zwackhalen 2018).⁸

Schließlich denkt man bei kognitiv schwer eingeschränkten Patienten meist an den hochaltrigen, multimorbiden Patienten. Völlig vernachlässigt wird dabei aber die Patientengruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit entweder schwersten, angeborenen

Hirnfunktionsstörungen oder mit neurodegenerativen Erkrankungen. Das Schmerzempfinden ist durch die Lebensumstände modulierbar, dies gilt bei voll mittelungsfähigen wie auch kognitiv eingeschränkten Patienten gleichermaßen. Schmerzen werden verstärkt bei Schlafmangel, Sorgen, Ängsten, Traurigkeit, verstärkter Introversion, Depression, sozialer Abhängigkeit, Isolation und Langeweile wahrgenommen. Alles Rahmenbedingungen, die bei demenzieller Entwicklung verstärkt auftreten!

Therapieziel bei Schmerzen

Fragt man Menschen mit und ohne Schmerzen, wie sie gegen Schmerzen gerne behandelt werden wollen, so ist die Antwort zunächst unisono: Das Behandlungsziel ist die Schmerzfreiheit. Nach genauerer Aufklärung über Möglichkeiten, Risiken und Nebenwirkungen wird schnell klar, dass ein erträglicher, insbesondere modulierbarer und

Modulierbarkeit der Schmerzschwelle

- Schlaflosigkeit
- Sorgen
- Angst
- Traurigkeit
- Introversion
- Depression
- Soziale Abhängigkeit
- Langeweile
- Isolation

→ **senken Schmerzschwelle/stärkere Schmerzwahrnehmung**

Quelle: Dr. Thomas Sitte



Abbildung 2: Schmerzempfinden ist durch die Lebensumstände modulierbar – das gilt für alle Patientengruppen.

Primärziele der Schmerztherapie

- Schmerzreduktion
 - besserer Schlaf
 - Schmerzreduktion
 - bessere körperliche Belastbarkeit
 - verbesserte Teilhabe
(ohne neue Einschränkungen durch die Schmerztherapie)
 - Option der bedarfsweisen, weiteren Schmerzreduktion
 - Möglichkeit der zeitweisen (!) Schmerzausschaltung
- Körperliche Belastung **wieder** möglich

Quelle: Dr. Thomas Sitte



Abbildung 3: Werden die Primärziele der Schmerztherapie erreicht, wird die Zufriedenheit mit der Behandlung deutlich höher sein.

behandelbarer Restschmerz nicht als besonderes Problem angesehen wird, sondern es ist meist auch wichtig, nicht zu viele (weitere) Einschränkungen der Kognition und Teilhabe durch die Behandlung selber einzugehen. Das heißt in der Praxis: Durch eine gute Schmerztherapie soll ermöglicht werden:

- ein besserer Schlaf,
- eine Schmerzreduktion,
- eine bessere körperliche Belastbarkeit,
- eine verbesserte Teilhabe (ohne neue Einschränkungen durch die Schmerztherapie),
- die Option der bedarfsweisen, weiteren Schmerzreduktion und
- nach Möglichkeit die zeitweise (!) Schmerzausschaltung.

Werden diese Ziele besprochen und beachtet, so wird die Zufriedenheit mit der Behandlung wesentlich besser sein. Eine solche, gute Therapie führt zu einer Sicherheit für den Patienten und seine Angehörigen, die für sich genommen bereits einen erheblichen, oft verkannten Wert darstellt (Fleßa 2014).⁹

Erfassung von Schmerzen bei Demenz

Ohne Diagnostik keine Therapie. Bevor aber versucht wird, eine Schmerzursache zu finden, muss zunächst erkannt werden, dass ein Patient, der sich nur sehr eingeschränkt mitteilen kann, überhaupt Schmerzen hat. Üblicherweise werden in regelmäßigen Abständen Vitalparameter erhoben und dokumentiert, dazu die tägliche Trink- und Essensmenge.

Gerade in Pflegeeinrichtungen wird nahezu nie bei den Vitalparametern die Atemfrequenz und erst recht nicht die Schmerzintensität gemessen und dokumentiert. Für die Messung von Schmerzen bei kognitiv nicht eingeschränkten Patienten stehen einfache und praktikable Instrumente zur Verfügung wie etwa die Visuelle Analog-Skala oder die Numerische Rating-Skala. Können Patienten damit nicht arbeiten, ist leider weitgehend unbekannt, dass man durch Krankenbeobachtung auf Wohlbefinden und Schmerzen schließen kann. Wird dies nicht gemacht, wird die Schmerzintensität des Patienten regelhaft unterschätzt.⁷

Dazu werden Surrogatparameter wie Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache, Wirkung von Trost erhoben (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz, BeSD-Skala nach Basler 2006) oder Lautieren, Gesichtsausdruck, Körpersprache oder physiologische Indikatoren (Zurich Observation Pain Assessment, ZOPA, Handel 2009). Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit kognitiven Einschränkungen existieren andere validierte Messinstrumente wie die Kindliche Unbehagen und Schmerzskala (KUSS nach Büttner 1998) und andere mehr. Möglichkeiten bestünden also, wenn die Vigilanz geschärft wird und Status sowie Bedarf regelmäßig erhoben würden.

Nur wenn Schmerz gemessen wird, besteht auch die Option, routinemäßig im Medikationsplan eine Interventionsschwelle anzugeben, ab der eine analgetische Bedarfsmedikation verabreicht werden soll. Retrospektiv lässt sich dann gut nachvollziehen, ob eine Schmerztherapie in den Einzelfällen tatsächlich ausreichend gewesen ist und/oder ob eine Unter- oder auch Übertherapie der Schmerzen stattgefunden hat.

Risiko von Opioiden versus NSAR

Gastrointestinale Toxizität – 10er Regel

1.000 Patienten:

- 100 Patienten Ulkusleiden
- 10 Patienten Magenblutung
- 1 Patient stirbt
- Gastroprotektion mit Protonen-Inhibitoren?!

Quelle: Singh G. Recent Considerations in nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. Am. J. Med. 1998, 105 (Suppl. 1B) 315-385



Abbildung 4: Das Risiko für intestinale Blutungen in Folge der Gabe von NSAR wird oft deutlich unterschätzt.

Denn nur wenn Schmerz überhaupt erfasst wird, kann für eine von allen Beteiligten als besonders hilfreich angesehene Maßnahme ein Interventionspunkt festgelegt werden. Hierbei wird meist definiert, dass bei einer Schmerzstärke von 4/10 NRS (oder äquivalent) ein Sechstel der Tagesdosis des Retardopiodes gegeben werden soll. Zugleich sollte auch ein Sperrintervall angegeben werden, das sich nach der Pharmakokinetik des Opioides richtet.

Praxis der Schmerzbehandlung bei dementen Patienten

Wie oben angegeben, ist zu fordern, dass Schmerzerhebung genauso selbstverständlich in den pflegerischen und ärztlichen Alltag integriert wird, wie die Sorge um den Body-Mass-Index. Bei allen Patienten mit kognitiven Einschränkungen sollte immer und automatisch mit anderen Vitalparametern oder pflegerelevanten Erhebungen darauf geachtet werden, ob Schmerzen vorliegen. Dies muss zwingend nachvollziehbar dokumentiert werden. Nur so lässt sich eine mögliche Belastung und ein möglicher Schaden durch unangemessene Unter- oder Überversorgung vom Patienten und auch den Behandlern abwenden.

Eine Nichtbeachtung von Schmerzen wäre juristisch eine strafbewehrte Körperverletzung durch Unterlassung. Eine trotz notwendiger Medikamentenanpassung fortgesetzte Übertherapie kann Ermittlungen wegen eines möglichen Tötungsdeliktes nach sich ziehen. Beides hat bereits vielfach Niederschlag in der Rechtsprechung gefunden.

Wird die Schwelle der Schmerzempfindlichkeit durch die Lebensumstände erniedrigt, ist es unangemessen, mit einer Erhöhung der peripheren oder zentralen Analgetika dem Schmerz hinterherzulaufen. Zielführender wäre eine

Evaluation, welche allgemeinen Maßnahmen praktikabel dazu beitragen können, die Umstände zu verbessern.

Das geht von unaufwändigen Maßnahmen wie einer freundlichen Beleuchtung, geöffneter Zimmertüre, mehr Zeit im Gemeinschaftsraum, verbesserter Lagerung, um mehr sehen und auch schmerzärmer liegen zu können, bis hin zur zeitlich aufwändigeren Einbindung des (Hospiz-) Besuchsdienstes oder einer tiergestützten Therapie, um die Teilhabe zu verbessern. Gefühlte Sicherheit, Zuwendung, Liebe und Nähe reduzieren die Schmerzempfindlichkeit immer.

Da zunehmende geistige Unbeweglichkeit stets auch zu verringerter Mobilität und Bewegung führt, sollte beides gefördert werden. Regelmäßige, mehr als einmal wöchentliche Physiotherapie ist oftmals notwendig, wenn durch Immobilität Kontrakturen zunehmen. In frühen Stadien sind alle Formen der Bewegungstherapie, besonders in der Gruppe, effektiv. Seien es Anleitungen zu einfachen gymnastischen Übungen, Tanztees oder auch Sitztanz u.v.m.. Problematisch ist hier, dass der Impuls von Angehörigen wie auch professionellen Versorgern dahin geht, den Patienten zu entlasten, ihm „Arbeit“ abzunehmen. Leider gilt: Wer rastet, der rostet. Die Entlastung von körperlicher Aktivität, und seien dies Mikrobewegungen, führt immer zu mehr Abhängigkeit, verminderten körperlichen Fähigkeiten und somit auch längerfristig vermehrt Schmerzen. Im Umkehrschluss kann vermehrte körperliche Aktivität Demenz zwar nicht verhindern, die Geschwindigkeit der Zunahme von Hilfsbedürftigkeit aber schon! Auch relativ einfache, passiv wirkende Maßnahmen wie zum Beispiel das seiteneralterierende Vibrationstraining sind in der Praxis sehr wirkungsvoll.

In der medikamentösen Therapie gelten seit Jahrzehnten die Grundregeln der WHO mit der Stufentherapie und seiner Dreigliederung von Nichtopioiden, schwachen bis mittelstarken und starken Opioiden sowie zusätzlichen Koanalgetika. Problematisch ist die medikamentöse Polypragmasie bei multimorbiden, alten wie jungen dementen Patienten. Zu zehn oder zwanzig Dauermedikamenten noch viermal täglich Metamizol, dreimal täglich ein Retardopioioid, vielleicht noch kombiniert mit einem Antidepressivum und zwei niedrig dosierten Antiepileptika hinzu zu geben, ist meist kontraproduktiv. Hier braucht es viel Erfahrung, um gemeinsam mit anderen behandelnden Fachärzten zu entscheiden, welche Medikamente lebensnotwendig, welche wünschenswert, welche entbehrlich und welche in der Interaktion vielleicht mittlerweile eher gefährlich sind und damit die Medikamentenpläne radikal aufzuräumen!

Die drei Grundregeln der Schmerztherapie nach der WHO wurden definiert als: „By the mouth, by the clock and by the ladder.“ Dies bedeutet heute, dass die medikamentöse Therapie so wenig invasiv wie möglich sein sollte. Intramuskuläre Injektionen gelten z. B. als völlig obsolet. Dazu sollten die Medikamente primär als Basisanalgesie regelmäßig und am besten retardiert angesetzt werden, was dank der zeitgemäßen Pharmazie kein Problem mehr ist. Und schließlich sollte das WHO-Stufenschema beachtet werden. Eine Beachtung bedeutet nicht, sich bei sehr starken Schmerzen sklavisch daran zu orientieren und den Patienten unangemessen lange leiden zu lassen.

Im Gegenteil, bei starker Symptomlast ist vom Stufenschema abzuweichen. Es können durch eine effizient eingesetzte schnellwirksame Opioidtherapie die meisten sehr starken (Krebs-) Schmerzen binnen Minuten bis wenigen Stunden signifikant und ausreichend reduziert werden. Hier helfen die Beipackzettel mit der In-label-Verordnung leider nicht, da die Zulassungen regelhaft den Leitlinien zeitgemäßer Schmerztherapie nicht (mehr) gerecht werden. So sind zum Beispiel die Sperrintervalle der Opioiden fast alle am Morphin orientiert, auch wenn Galenik und Pharmakokinetik der anderen Opioiden völlig andere Therapieregime zulassen und auch zwingend erfordern.

Da sich bei multimorbiden Patienten mit zunehmenden Organfehlfunktionen die Abbau- und Ausscheidungsdynamiken vieler Medikamente ändern, sollte die Dosierung immer über die erreichte Wirkung reguliert werden. Dabei ist auch zu beachten, dass die veränderten Abbauwege bei einigen Opioiden wie z. B. Morphin dazu führen, dass

Metabolite mit anderen oft unerwünschten Wirkungen im Körper kumulieren können. Insgesamt sind die bestehenden Bedenken gegenüber einer Opioidtherapie bei dementen Patienten aber mehrheitlich unbegründet, da bei fach- und sachgerechtem Gebrauch kaum gefährliche Nebenwirkungen auftreten.

Hier stehen die gefühlten Bedenken im krassen Gegensatz zu den oft unterschätzten Risiken von Paracetamol und insbesondere den NSAR! Eine Obergrenze in der Dosierung von Opioiden besteht anders als bei den Stufe 1-Analgetika nicht, jedoch ist bei einer sehr hohen und weiter steigenden Dosierung kritisch zu hinterfragen, ob hier überhaupt ein opioidsensibler Schmerz vorliegt oder ob vielmehr ein „Total Pain“ der Pharmakotherapie nicht zugänglich ist.

Wirkt ein Opioid klinisch nicht ausreichend gut, so sollte überlegt werden, ob vielleicht eine Opioidrotation auf eines mit einer besseren Wirkung bei Neuropathie durchgeführt werden sollte. Auch Cannabinoide können bei einem führend neuropathischen Schmerzsyndrom sehr effizient wirken.

Auf jeden Fall hat auch jede pharmakologisch sonst starke und wirkungsvolle Therapie einen Placeboeffekt, der positiv genutzt werden kann, aber nicht mit der eigentlichen pharmakologisch erwarteten Wirkung verwechselt werden darf.

Risiken und Grenzen der (Pharmako-) Therapie bei Schmerz und Demenz

Wie erwähnt, divergieren die gefühlten und die tatsächlichen Risiken bei der Behandlung von Schmerzen ganz erheblich. Dies gilt besonders für die Anwendung von stark wirksamen Opioiden, den „Betäubungsmitteln“. Schmerztherapeuten, insbesondere mit anästhesiologischem Hintergrund, wissen und sind sich hier einig: Werden Opioiden am Symptom orientiert sachgerecht eingesetzt, muss die Dosierung stets angemessen nach der erzielten Wirkung modifiziert werden.

Geschieht dies nicht, wird die Dosis über einen entsprechende Zeitraum zu hoch angesetzt, kommt es zu einer unerwünschten Überdosierung mit zunächst Somnolenz, dann Koma und Atemstillstand; aber nicht zu spezifischen Organschäden. Eine Überdosierung kann jederzeit antagonisiert werden, wenn sie erkannt wird. Deswegen sind letale Verläufe bei angemessener Anwendung und Überwachung hier auch ausgesprochen selten. Ungleich schwerer kalku-

lierbar sind die Risiken bei wohlmeinend kausal operativer Therapie von Schmerzen, zum Beispiel bei schwer dementen Patienten mit Frakturen, Gefäßverschlüssen, ausgedehnten Dekubiti oder regionalem Brust- oder Prostatakrebs. Auch durch die begleitende Diagnostik wie Darmreinigung zur Koloskopie entstehen greifbare Lebensrisiken. Durch Immobilität, mangelndes Verständnis und damit fehlende Kooperation und durch die Komorbiditäten sind Untersuchungs- und Operationsrisiken deutlich höher als in der Gesamtpopulation und werden häufig unterschätzt.

Die Therapie mit Nichtopioiden wird im Risiko ebenfalls eher unterschätzt. Paracetamol ist bei leichter Überdosis hochgradig hepatotoxisch. Durch Nichtsteroidale Antiphlogistika wird die Nierenfunktion eingeschränkt, was eine häufige (Mit-) Ursache für frühes Nierenversagen am Lebensende ist. Zudem führen NSAR ohne fortwährenden Magenschutz mit H₂-Blockern oder Protonenpumpeninhibitoren stark gehäuft zu auch symptomatischen intestinalen Blutungen. Ein Risiko, das deutlich unterschätzt wird.

Sehr schwierig kann eine angemessene Symptomkontrolle bei dementen Patienten sein, wenn diese zugleich halluzinieren und/oder durch andere Ursachen von Unruhe gequält werden. Dann kann es mitunter sehr schwierig sein, vermutlichen Schmerz von der sichtbaren Unruhe abzugrenzen.

Lebensverkürzend kann eine Schmerztherapie mit sekundärer Nebenwirkung bei dementen Patienten sein, wenn die Medikation in symptomorientiert ausreichender Dosierung dazu führt, dass der Patient noch schlechter schlucken kann und vielleicht sogar das Essen und Trinken ganz einstellt. In solch einem Fall ist es hilfreich, wenn eine Vorausverfügung in Form einer gültigen Patientenverfügung zusammen mit einer Vorsorgevollmacht auf einen Menschen vorliegt, der den Patienten gut kennt.

Existiert keine Patientenverfügung bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten, so kann ein gesetzlicher Vertreter eine sog. „Vertreterverfügung“ an dessen Stelle ausfertigen, die zwar nicht den rechtlich verbindlichen Status einer Patientenverfügung hat, aber Behandlern mehr Sicherheit in der Therapie bietet. Mit diesen Instrumenten kann dann der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Vorsorgebevollmächtigten über das weitere Vorgehen entscheiden und ohne Hinzuziehung des Betreuungsgerichtes auch auf weitere lebensverlängernde oder -erhaltende Maßnahmen verzichten, um so dem natürlichen Sterbeprozess seinen freien Lauf zu lassen.

Zusammenfassung

Schlechte Rahmenbedingungen und in der Behandlung auftretende Probleme dürfen die Verantwortlichen nicht davon abhalten, auch bei Patienten mit Demenz mögliche Schmerzen zu erkennen, deren Ursache abzuklären, die Ursache, soweit es angemessen möglich ist, zu beseitigen, und wenn dies nicht möglich ist, die Schmerzen symptomorientiert zu lindern.

Gesundheitsversorgung und damit auch die Schmerztherapie bei dementen Menschen ist ein Menschenrecht (Art. 25 Menschenrechts-Deklaration). Ein Unterbleiben kann nach deutschem Recht eine (schwere) Körperverletzung sein. Die Behandlung von Schmerzen bei Menschen auch mit schwerster Demenz ist in Deutschland im Krankenhaus, in Pflegeeinrichtungen genauso wie zu Hause leitliniengerecht möglich.

Literatur

1. Ulrich, Volker, Frankfurter Forum Diskurse, Demenz und Depressionen; Heft 18/2018; S.17.
2. von der Porten, Ernst, Der Schmerz, 1928.
3. Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer, DÄB 2018; S. 2405ff.
4. Merskey H; Bogduk N, IASP Task Force on Taxonomy, IASP Press, S. 209–214. Seattle 1994.
5. Mc Cuffery M; zitiert in Aschenbrenner, Diane S. (2009); Drug therapy in nursing (3rd ed.), Chapter 23: Drugs treating severe pain; pp. 373–398.
6. Roth-Brons M, Roth C; Demenz und Schmerz; S. 22 ff; Deutscher PalliativVerlag 2015.
7. Thöns M, Sitte T; Repetitorium Palliativmedizin, Springer, 2. Auflage 2016.
8. Zwakhalen S, Docking RE e.a. Pain in older adults with dementia; Schmerz 2018, 32:364-373.
9. Fleßa S, Letztverlässlichkeit als Ressource – Der Wert der Palliativmedizin für die Volkswirtschaft; ZfPallMed 2014; 15(02): 78-83; DOI: 10.1055/s-0033-1360030.

E-Mail-Kontakt:
thomas.sitte@palliativstiftung.de

DR. THOMAS SITTE



Dr. Thomas Sitte ist ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativ-Stiftung. Als Palliativmediziner, Anästhesist und Schmerztherapeut hat er die ambulante Palliativversorgung in Deutschland wesentlich mit aufgebaut. Beruflich arbeitet er in Teilzeit in einem ambulanten Kinder-Palliativteam. Zudem ist Sitte Initiator und berufener Experte in der PAL-LIFE Advisory Group der Päpstlichen Akademie für das Leben für die verbesserte Implementierung der Palliativversorgung weltweit. Sein Forschungsschwerpunkt ist die effektive Symptomkontrolle von Schmerz und Atemnot, ein zweiter der Wunsch von Menschen nach lebensverkürzenden Maßnahmen in schwerer Krankheit.

