

Schmerzmessung und Dokumentation (Teil 6)



Univ.-Prof. Dr. Günther Bernatzky (Foto), Dr. Wolfgang Pipam, Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar

Menschen, die aufgrund von Schmerzen einen Arzt aufsuchen, erwarten von diesem auch, dass er die Ursache ihrer Schmerzen findet. Die Alltagserfahrung legt uns nämlich die Vermutung nahe, dass Schmerz ein rein körperliches Problem sei. Dass dem aber nicht so ist, wissen wir heute. Schmerz ist ein subjektives, komplexes und mehrdimensionales Phänomen, dessen Erfassung nicht wirklich objektiv geschehen kann. Jeder Patient ist gleichsam sein eigener Zeuge, es ist aber absolut notwendig, so viel wie möglich vom Schmerz zu verstehen, um ihn auch richtig behandeln zu können. Eine Fremdbeurteilung über Schmerzen ist schwierig, es setzt sehr viel an Erfahrung voraus. Meistens ist sie unzureichend und unterschätzt die tatsächlichen Schmerzen des betreffenden Menschen. Gerade durch diese Fehlermöglichkeit kommt der subjektiven Schmerzbeurteilung des Patienten selbst eine große Bedeutung zu. Es gibt verschiedene Wege, um sich dem Problem der Schmerzmessung zu nähern. Eine Betrachtungsweise bezieht die Merkmale und die Konsequenzen des Schmerzes mit ein und erfasst:

- die Quantität (Intensität) des Schmerzes
- die Lokalisierung des Schmerzes
- die Qualität des Schmerzes
- die Konsequenzen für verschiedene Lebensbereiche:
 - ⇒ psychische Belastungen durch Schmerzen (Ängste und Depressivität)
 - ⇒ Symptome mit möglichem psychophysiologischem Hintergrund
 - ⇒ gesundheits- und krankheitsbezogene Einstellungen des Patienten

- ⇒ Bewältigungsstrategien bei Schmerz und bei Stress
- ⇒ Verhalten in Schmerzsituationen.

Für die Beurteilung des Schmerzgeschehens sind folgende Quellen heranzuziehen:

- Befragung des Patienten und seiner Angehörigen :
Wie stark ist der Schmerz und welche Beeinträchtigungen lassen sich beobachten?
- Klinische Untersuchungen:
Welcher Mechanismus liegt dem Schmerz zugrunde – nozizeptiv, neurogen oder psychogen?
- Funktionelle Einschätzung:
Einschätzung des Verhaltens und der Beeinträchtigung inklusive der Lebensqualität

Messmethoden

Es wurden in den letzten Jahren viele Messmethoden entwickelt. Im Folgenden wird auf die im klinischen Alltag gängigen Methoden eingegangen. Die Einteilung der klinischen Methoden erfolgt in zwei große Blöcke: Eindimensionale und mehrdimensionale Methoden. Im Schmerzfragebogen soll der Patient seine Schmerzen beschreiben, einzeichnen, lokalisieren und auch seine bisherigen Behandlungen und Therapieverfahren dokumentieren.

Eindimensionale Methoden

Messskalen werden dann als eindimensional bezeichnet, wenn sie nur eine Dimension erfassen, nämlich die vom Patienten angegebene Schmerzstärke. Die am häufigsten im klinischen Alltag

verwendeten Methoden (s. Abb. 1) sind die Visuelle Analog Skala (VAS), die Verbal Rating Scale (VRS) und die Numeric Rating Scale (NRS). Gerade bei Tumorerkrankten im Terminalstadium und unter analgetischer Medikation ist zu beachten, dass die Abstraktionsfähigkeit herabgesetzt sein kann. Auch körperliche Schwächen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorleiden, z.B. Sehstörungen oder Tremor, können die Intensitätsangaben verfälschen.

Mehrdimensionale Methoden

Diese Skalen zielen darauf ab, komplexere Verarbeitungsmuster auf der subjektiv – verbalen Ebene zu erheben und bestimmte Erwartungen, Überzeugungen und Einstellungen zum Schmerz zu erfassen. Den Patienten werden Fragebögen mit Adjektiven vorgelegt, die spontan beschrieben werden sollen, um unterschiedliche Schmerzdimensionen herauszuarbeiten. Diese Methoden sind zeitlich langwierig und schwierig zum Ausfüllen und überfordern häufig die Patienten. Beispiele: Schmerzempfindungs-Skala von E. Geissner (1996); Hamburger Schmerz-Adjektiv-Liste (HSAL) von F. Hoppe (1991) und Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) von Melzack (1971):

Schmerzfragebögen

Vor Behandlungsbeginn werden den Patienten standardisierte Schmerzfragebögen zugesandt, um eine gute Übersicht über die Krankheitsgeschichte, den Schmerzzustand und die Konsequenzen des Schmerzes zu erhalten. Beispiel: Strukturiertes Schmerzinterview der

Abbildung 1

Visuelle Analogskala (VAS)

Geben Sie mit Hilfe der schwarzen Funktion die von Ihnen empfundenen Schmerzstärke an

Numerische Ratingskala (NRS)

Geben Sie bitte die Stärke der von Ihnen empfundenen Schmerzen an

Verbale Ratingskala (VRS)

Welches Wort beschreibt Ihre aktuelle Schmerzstärke?

Schmerzerfassung beim geriatrischen Patienten

Der geriatrische Patient hat dieselbe Schmerzverarbeitung, wie ein junger Mensch. Er hat häufig bestimmte Strategien im Umgang mit Schmerz gelernt. Häufig sind die Schmerzangaben ungenau oder stark abgeschwächt. Neue Untersuchungen zeigen, dass – ähnlich wie bei Kleinkindern – auch einfache Gesichtsskalen Verwendung finden können. Es ist auch auf verschiedene andere Ausdrucksverhalten, wie zum Beispiel die Körperhaltung Rücksicht zu nehmen. Erfahrenes Pflegepersonal oder Verwandte haben dabei in der Beobachtung eine besonders wichtige Aufgabe. Die Anamnese muß mit viel Sorgfalt und Geduld geführt werden. Oftmals haben sich Angaben anderer Familienmitglieder als hilfreich gezeigt. Indirekte Schmerzzeichen sind angespannter Gesichtsausdruck, Verwirrtheit, Schlaflosigkeit und Verschlechterung des Allgemeinzustandes und sollten Beachtung finden.

Zusammenfassung

Die Aufzählung sowohl eindimensionaler als auch mehrdimensionaler Verfahren zur Schmerzmessung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie soll aber einen Überblick darüber geben, was derzeit in der Diagnostik des Schmerzes möglich ist. Die vielfältigen Möglichkeiten sollen auch nicht zu einer Überforderung der Patienten führen. Jede schmerztherapeutische Einrichtung soll eine mehrdimensionale Diagnostik verwenden, denn zu einer guten und adäquaten Schmerztherapie gehört eben auch eine gute Schmerzdiagnostik. Pflegepersonen sollen vermehrt in die Handhabung der verschiedenen Messmethoden eingebaut werden. Ihnen obliegt es sehr oft mit dem Patienten über deren Schmerzen zu kommunizieren.

Literatur bei den Autoren

Univ.-Prof. Dr. Günther Bernatzky
Universität Salzburg, Fachbereich für Organismische Biologie, ArGe für Neurodynamics und Neurosignaling
Hellbrunner Str. 34, A-5020 Salzburg
Tel.: +43/662/8044-5627
guenther.bernatzky@sbg.ac.at

Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS-Fragebogen).

Schmerztagebücher

Das Führen eines Schmerztagebuches kann vor allem zu Beginn einer Therapie sowohl für den Patienten, dessen Familie als auch den Arzt ein gutes Hilfsmittel sein: Tagebücher als Mittel der Diagnostik setzen bei einer möglichst ereignis- und erlebnisnahen Schmerzerhebung an und sind sowohl diagnostisch als auch als Therapieevaluation interessant. Der Patient wird in die Handhabung des Tagebuches eingewiesen, und im Allgemeinen werden entweder stündlich, mehrmals am Tag oder beim Auftreten von Schmerzen die Schmerzintensität, die Schmerzqualität und die Schmerzdauer sowie Art und Umfang der Beeinträchtigung erhoben. Aktivitäten, Medikamenteneinnahme, Stimmung, belastende Ereignisse, können ebenfalls dokumentiert werden und liefern einen umfassenden Beitrag zur Erfassung des Schmerzgeschehens und seinen Konsequenzen. Schmerztagebücher sollten in einem für den Patienten überschaubaren Zeitraum ausgefüllt werden.

Die Frequenz sollte sachlich begründet sein, weil dadurch die Compliance verbessert wird und möglicherweise bereits vorhandene hypochondrische

Tendenzen bzw. unangemessenes Gesundheitsverhalten weniger verstärkt werden. Dem Patienten muß verstehbar erklärt werden können, warum und wie ihm das Ausfüllen des Schmerztagebuches zugemutet wird. Aus der Praxis ergibt sich aber die Erkenntnis, dass mitunter bis zu zwei Wochen Beobachtungszeitraum reicht, da sonst die Compliance der Patienten deutlich nachlässt. Als Beispiel eines Schmerztagebuches wird jenes von Bernatzky G. u. R. Likar (2007) angeführt.

Schmerzerfassung bei Kindern

Bei Säuglingen und Kleinkindern werden Fremdbeobachtungsskalen verwendet. Die Beurteilung bei Kindern bis fünf Jahren kann man mit einem objektiven Pain-Score durchführen. Zwischen fünf und sieben Jahren können einfache Schätzskaleten bzw. Gesichtsskalen (sogen. Smiley-Analog-Skalen) eingesetzt werden (z.B. KUSS = Kindliche Unbehagens- und Schmerz-Skala). Ab dem sechsten bis siebenten Lebensjahr können Kinder ihr Zahlenverständnis in der Beurteilung der Schmerzstärke einbringen. Ab diesem Alter kann man numerische Schätzskaleten, die von 0 = kein Schmerz bis 10 bzw. 100 = max. vorstellbare Schmerzen oder visuelle Analogskalen anwenden. Bei Problemen in der Schmerzmessung müssen vor allem die Erfahrungen der Eltern herangezogen werden.