

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Schmerzen bei Demenzkranken

Hass S, Lampl C

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2006; 7 (2), 23-25

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Schmerzen bei Demenzkranken

S. Hass, Ch. Lampl

Demente Patienten haben ein erhöhtes Risiko einer insuffizienten Schmerzbehandlung. Es gibt verschiedene Gründe für diese Tatsache. Patienten, die an einer Demenz leiden, haben Schwierigkeiten, sich auszudrücken und ihre Schmerzsituation zu beschreiben. Demenzkranke müssen sehr häufig daran erinnert werden, ihre Medikation entsprechend der Verordnung einzunehmen bzw. müssen sie angehalten werden, ihre Schmerzmedikation nach zeitlichen Kriterien einzunehmen. Es gibt Hinweise, daß das versorgende medizinische Personal glaubt, daß adäquat eingesetzte Schmerzmittel demente Patienten noch mehr verwirren und/oder demente Patienten Schmerzen anders empfinden (stärker oder schwächer) als geistig Gesunde. Deswegen ist ein einseitiges Schmerzkonzept nicht zielführend.

Schlüsselwörter: Demenz, Schmerz, Behandlung

Pain in Persons with Dementia. Mentally impaired and demented nursing home patients are at increased risk of undertreatment for pain. There are a lot of reasons for that fact. People with cognitive impairment are often unable to inform others of their pain. As dementia progresses speech ability may decline so that the patients can no longer communicate their thoughts, feelings and needs. People with dementia may need prompting to remember to take pain killers and may not understand why they are being described. There is some evidence that medical staff believe that pain killers will increase confusion in people with dementia or that they do not feel pain as much as other people. Pain assessment in persons with dementia must go beyond a unidimensional model of pain assessment. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2006; 7 (2): 23–5.

Key words: dementia, pain, treatment

Ein Viertel der älteren Menschen leidet unter ständig vorhandenen oder rezidivierenden Schmerzzuständen, die allzu häufig von den Betroffenen wie auch von den Behandlern als schicksalhaft akzeptiert werden. Hinzu kommen spezifische altersbedingte Probleme der Schmerzdagnostik und der Therapie, die durch mögliche kognitive und funktionale Beeinträchtigungen der älteren Menschen bedingt sein können [1]. Der ältere Schmerzpatient unterliegt noch stärker als der jüngere der Gefahr, Einbußen der Funktionsfähigkeit sowie der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu erleiden, die mit einer sozialen Isolation und einem Verlust an Selbständigkeit verbunden sind.

Der geriatrische Schmerzpatient zeichnet sich geradezu dadurch aus, daß bei der Therapie ein starker somatopsychischer und psychosozialer Handlungsbedarf besteht, um diese unerwünschten Folgen der Schmerzkrankheit zu vermeiden. Schmerz ist immer ein subjektives Empfinden, das ein waches Individuum sowie die Mitarbeit des Patienten voraussetzt. Beim dementen Patienten sind die Einsatzmöglichkeiten von geläufigen Schmerzskaleten nur bedingt möglich. Bereits ab einem Mini Mental Score (MMS) von 24 ist die Schmerzerfassung deutlich eingeschränkt [2].

Schmerzerfassung

Das Hauptproblem der Erfassung von Schmerz beim Demenzkranken dürfte durch das verminderte sprachliche Ausdrucksvermögen entstehen. Bei leichter Demenz drückt sich dies in einer umständlichen Sprache und Umschreibungen bei Wortfindungsstörung aus, später kommt es zu Wortverdrehungen, unvollständigen, falsch aufgebauten Sätzen und der Patient wird zunehmend unverständlich [3].

Bei Alzheimerpatienten kann das sinnvolle Schmerzsignal seine Funktion verlieren, das Schmerzempfinden ist herabgesetzt und die Betroffenen äußern kaum ihre Schmerzen.

Aus der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie, Schmerz- und Kopfschmerzszentrum am AKH Linz
Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. med. Christian Lampl, AKH Linz, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie, Schmerz- und Kopfschmerzszentrum, A-4020 Linz, Krankenhausstraße 9;
E-Mail: christian.lampl@akh.linz.at

Die Patienten klagen dabei nicht über Schmerzen, sondern lediglich über ein Mißempfinden [4]. Beim Demenzpatienten sollte man daher nicht nur auf die sprachlichen Äußerungen von Schmerzen achten, sondern auf die gesamte Körpersprache. Schmerzen erkennt man oft durch eine Schonhaltung, Abwehrbewegungen und an mimischen Reaktionen. Sprachliche Äußerungen (jammern, stöhnen, aufschreien, jedoch auch Laute von sich geben und murren), Verhaltensreaktionen (Grimassen schneiden, Zuckungen und muskuläre Anspannung, geballte Fäuste, Festhalten, Abwehr gegen die Pflegemaßnahmen, Reiben und Nesteln, Unruhe und Aggression, Appetitverlust, z. B. durch Vermeiden von Kauen bei Zahnschmerzen) sowie psychische Auswirkungen (Verwirrtheit, Desinteresse, Konzentrationsstörungen, Angst und depressive Symptomatik) sind dabei zu beachten.

Die Discomfort Scale of Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT) erfaßt Veränderungen der Unbehaglichkeit. Dies trifft auf Schmerz nur bedingt zu. Besser geeignet scheint daher das strukturierte Interview zur Diagnose der Alzheimer- und Multiinfarktdemenz (SIDAM), welches meist in Gedächtnisambulanzen durchgeführt wird.

Eine weitere Möglichkeit bietet die Schmerzskalet für nicht-kommunikationsfähige Patienten (ECPA). Diese beruht auf der Beobachtung des Verhaltens in drei verschiedenen Beobachtungsdimensionen (Verhalten außerhalb und während der Pflege sowie dessen Auswirkungen auf seine Aktivität). Die Beurteilung erfolgt durch Angehörige oder das Pflegepersonal.

Dimension 1 – außerhalb der Pflege: verbale Äußerungen, Gesichtsausdruck und Ruhehaltung

Dimension 2 – Beobachtung während der Pflege: ängstliche Abwehrreaktion, Verhalten bei Mobilisation, Reaktionen bei der Pflege schmerzhafter Zonen, verbale Äußerungen während der Pflege

Dimension 3 – Veränderung der gewohnten Aktivität des Patienten, Appetit, Schlaf, Bewegungsablauf und Kommunikation bzw. Kontaktfähigkeit

Gesamtscore von 0 (= kein Schmerz) bis 44 (= stärkster Schmerz). Zeitaufwand: 2–3 Minuten. Der Test ist einfach,

schnell und reproduzierbar. Hierbei ausschlaggebend ist auch immer die fachliche Ausbildung des Pflegepersonals für die Treffsicherheit der Schmerzbeurteilung.

Die PAINAD-Scala (deutsche Fassung: BESD) bietet darüber hinaus die Möglichkeit, einen Schwellenwert festzustellen, ab dem eine versuchsweise Medikation mit einem Schmerzmittel anzuraten ist [5].

Schmerztherapeutische Aspekte

Eine Schmerztherapie setzt eine intakte Kommunikation über Lokalisation, Art, Dauer und Intensität voraus. Dazu wird eine normale Kognition benötigt. Je nach Ausprägung der Demenz liegen nicht nur Verständnis- und Kommunikationsprobleme vor, auch eine gestörte Körperwahrnehmung ist vorhanden. Daher erfolgt nur ein eingeschränkter Schmerzreport.

Bei der medikamentösen Therapie ist die Einschätzung der Wirksamkeit eines Schmerzmittels sowie das Wissen möglicher Interaktionen mit anderen, im Alter häufig verwendeten Medikamenten wichtig (Tab. 1). Bei vermuteten Schmerzzuständen hat sich der probatorische Einsatz von Analgetika bewährt, wobei anschließend eine neuerliche Überprüfung des Therapiekonzeptes erfolgen sollte. Zusätzlich wichtig sind immer Informationen von Angehörigen oder Ärzten über bereits früher bestehende Beschwerden und den vorbestehenden Schmerzmittelbedarf sowie die Beobachtung des Verhaltens des Patienten vor und nach Schmerzmittelgabe.

Es ist zu beachten, daß die Compliance alter Menschen durch kognitive und sensorische Einbußen und der damit häufig verbundenen beeinträchtigten Merkfähigkeit und leichteren Ermüdbarkeit verringert sein kann. Multimorbidität erfordert eine Multimedikation. Die medikamentöse Schmerztherapie ist jedoch nur ein Baustein des multimodalen Schmerzkonzeptes zur Therapie chronischer Schmerzen. Gerade bei dementen Patienten ist zu untersuchen, ob der Einsatz von Analgetika durch nichtmedikamentöse Verfahren verringert oder ersetzt werden kann bzw. inwieweit Analgetika überhaupt die Voraussetzung zu einer effektiven Durchführung nichtmedikamentöser Verfahren in der Therapie von Schmerzen des Bewegungs-

apparates und neuropathischer Schmerzsyndrome darstellen [6].

An sich unterscheiden sich die medikamentösen therapeutischen Möglichkeiten bei dementen Patienten nicht wesentlich gegenüber Patienten ohne kognitive Störungen. Zu berücksichtigen sind dabei gerade bei der heterogenen älteren Patientenpopulation die individuellen patienten-, schmerz- und medikamentenbezogenen Faktoren [7]. Der Einsatz von Opioiden kann bei älteren Patienten genauso effektiv durchgeführt werden wie bei jüngeren [8], sofern die gleichen Grundlagen berücksichtigt werden (individuell titrierende Gabe nach Zeitschema, WHO-Stufenschema). Aufgrund der erhöhten Nebenwirkungsrate (Obstipation, Miktion, Sedierung, Verwirrtheit) wird empfohlen, niedrigere Opioidanfangsdosierungen bei verlängerten Dosierungsintervallen und langsamer Dosissteigerung zu geben [9].

Interessanterweise beklagen Patienten mit einer Demenz vom Alzheimerstyp weniger Schmerzen, und Patienten mit kognitiven Störungen benötigen deutlich weniger Analgetika und bis zu einem Drittel weniger Morphinderivate als Nicht-Alzheimerpatienten [10].

Erklärungsansätze dafür sind:

- Alzheimerkranke Patienten erleben weniger Schmerz durch neurodegenerative Veränderungen der peripheren und zentralen Schmerzleitungsbahnen sowie durch eine modifizierte Funktion der Nozizeptoren.
- Veränderung des Schmerzaffektes für übliche emotionale Reaktionen auf eine Schmerzempfindung können ausbleiben oder verändert sein (Limbisches System).
- Schmerz wird lediglich als Mißempfindung erkannt, nicht jedoch als Schmerz.
- Gestörte bzw. verminderte Kommunikation über Ort, Art, Intensität und Dauer der Schmerzen.
- Schmerztoleranz und vegetative Schmerzschwelle sind beim Demenzkranken erhöht.
- Demenzkranke verlieren das erlernte Wissen darüber, was Schmerz ist.

Zusammenfassung

Die „Diagnose“ Schmerz kann durch die Wertung der Informationen aller Pflegenden gut erhärtet werden. Schmerzen führen bei Demenzkranken häufig zu Verhaltensänderungen, z. B. aggressive Zustände, Apathie oder motorische Unruhe, wobei es oft zu Fehlinterpretation als Folge der Demenz kommt.

Es gibt eine Reihe von nonverbalen und verbalen Reaktionen, die primär bei Demenz auftreten und als Reaktion auf Schmerzen interpretiert werden können. Nach Analgetikagabe ist oft eine deutlich verbesserte Kommunikation möglich [11–13].

Literatur:

1. Nikolaus T. Assessment chronischer Schmerzen bei älteren Menschen. *Ther Umsch* 1997; 54: 340–4.
2. Scherder E, Van Manen F. Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants and patients evaluation. *J Adv Nurs* 2005; 52: 151–8.
3. Kunz R. Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenzerkrankungen. *Geriatric Journal* 2002; 6/02.
4. Kunz M, Lauterbach S. Einfluss der Alzheimer-Erkrankung auf die Schmerzverarbeitung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72: 375–82.

Tabelle 1: Interaktionen gängiger Schmerzmittel mit häufig im Alter verwendeten Medikamenten

NSAIDs + ACE-Hemmer:	Aufhebung der Antihypertension, Hyperkaliämie
NSAIDs + SSRIs:	erhöhte GI NW (behandlungsbedürftig)
NSAIDs + Diuretika:	Aufhebung der Diurese (Folge z. B. kardiale Dekompensation)
NSAIDs + Kortison:	Kortikosteroide verstärkt
Digitalis + TADs:	Erhöhung der Digitaliswirkung
SSRIs + Opiode:	Serotoninsyndrom
Marcoumar + NSAIDs:	Blutungsgefahr erhöht
Benzodiazepine + L-Dopa:	reduziert Dopaminspiegel
Benzodiazepine + TADs:	erhöhte Wirkung von TADs
Opiode + Tranquillizer:	Summationseffekt

Bzgl. L-Dopa, Statinen, Antidementiva gibt es keine nennenswerten Wechselwirkungen mit den häufigsten verwendeten Schmerzmitteln

NSAIDs: Nichtsteroidale Antirheumatika; SSRIs: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; TADs: Trizyklische Antidepressiva; ACE: Angiotensin-Converting Enzym; GI: Gastrointestinal; NW: Nebenwirkung

5. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4: 9–15.
6. Bellville JW, Forrest WH, Miller E, Brown BW. Influence of age on pain relief from analgesics. *JAMA* 1971; 217: 1835–41.
7. Johnson AG, Day RO. The problems and pitfalls of NSAID therapy in the elderly (Part 1). *Drugs Aging* 1991; 1: 130–43.
8. Kaiko RF. Age and morphine analgesia in cancer patients with post-operative pain. *Clin Pharmacol Ther* 1980; 28: 823–6.
9. Loick G, Radbruch L, Petzke F, Lehmann KA. Tumorschmerztherapie bei geriatrischen Patienten im Vergleich mit jüngeren Patienten. *Schmerz* 1996; 10 (Suppl 1): 58.
10. Scherder E, Bouma A, Borkent M, Rahman O. Alzheimer patients report less pain intensity and pain affect than non-dementia elderly. *Psychiatry* 1999; 62: 265–72.
11. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19: 240–8.
12. Nygaard HA, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 730–7.
13. Tsai PF, Chang JY. Assessment of pain in elders with dementia. *Medsurg Nurs* 2004; 13: 364–9.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)