Wenn Demente verhaltensgestört scheinen

Schmerztherapie macht Pflege oft leichter

Bei Demenzkranken können Verhaltensstörungen auch durch Schmerzen verstärkt werden. Eine adäquate Schmerztherapie bessert dann auch die Verhaltensprobleme. Aber Schmerzen werden bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz oft nicht erkannt und erfasst – daher unterbleibt eine adäquate Schmerztherapie.

„Patienten ohne Demenz erhalten dreimal mehr Analgetika als Patienten mit Demenz“, so Prof. Dr. Bettina Husebø, Bergen, Norwegen. Schmerzen bei Demenzkranken zu erkennen, die keine Auskunft mehr geben können, bleibt eine Herausforderung. Hier sind beobachtungs-basierte Skalen wie die BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), die Skala ECPA (Echelle Comportementale de la douleur pour Personnes Agées non communicantes) oder MOBID-2 (Mobilisation Observation Behaviour Intensity Dementia) für die Schmerzerfassung sehr hilfreich. Husebø hob hervor, dass Verhaltensstörungen, die bei etwa 60% der Demenzkranken in Pflegeheimen vorliegen, durch Schmerzen verursacht oder verstärkt werden können. Den Pflegenden und betreuenden Ärzten sei dieser Zusammenhang bislang nicht hinreichend bewusst.

Dass eine verbesserte Schmerztherapie bei Demenz-Patienten Verhaltensstörungen vermindern kann, haben Husebø und Kollegen anhand einer Studie nachweisen können. Daran nahmen 352 Patienten mit moderater oder schwerer Demenz und Verhaltensstörungen aus 18 norwegischen Pflegeheimen teil. In der insgesamt zwölf Wochen dauernden Studie wurde die Hälfte der Patienten acht Wochen lang nach einem Stufenprotokoll zur Schmerztherapie behandelt, die andere Hälfte bildete die Kontrollgruppe.

Signifikanter Rückgang der Agitation

In Abhängigkeit von der bereits bestehenden Schmerzmedikation erhielten die Patienten der Therapiegruppe individuell abgestimmt entweder Paracetamol oral (maximal 3 g/d), retardiertes Morphin oral (maximal 20 mg/d) oder bei

Schluckproblemen Buprenorphin transdermal (maximal 10 µg/h). Bei vermuteten neuropathischen Schmerzen wurde mit Pregabalin oral (maximal 300 mg/d) behandelt. Falls notwendig, war eine Kombinationstherapie möglich. An die Therapiephase schloss sich eine vierwöchige Nachbeobachtungsphase an, in der die Schmerzmedikation sukzessive reduziert wurde.

In der Behandlungsgruppe kam es innerhalb von acht Wochen zu einem signifikant stärkeren Rückgang der Agitation als in der Kontrollgruppe; der Unterschied zwischen beiden Gruppen im Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) betrug im Mittel 17%. Besonders Verhalten, das durch Schmerzen beeinflusst wird – wie Unruhe, Umherwandern, Klagen, ständiges Suchen nach Aufmerksamkeit oder Abwehrverhalten bei der Pflege – besserte sich laut Husebø.

Fast 60% der Patienten hatten zu Studienbeginn einen Wert von mehr als drei Punkten in der MOBID-2-Schmerzskala (von 0 bis 10). Dieser sank von im Mittel 3,8 statistisch signifikant um 1,3 Punkte in der Verumgruppe (Kontrollgruppe: -0,2 Punkte). Nach Absetzen der Schmerzmedikation hatten am Ende der vierwöchigen Nachbeobachtungsphase Agitation und Schmerzen wieder zugenommen.

Systematische Schmerzerfassung sinnvoll

Husebø plädierte dafür, bei Demenzkranken mit Verhaltensproblemen, wie zum Beispiel Agitation, die Schmerzen systematisch zu erfassen sowie zunächst eine Schmerztherapie auszuprobieren und deren Erfolg zu beurteilen. Dieses Vorgehen könnte auch dazu beitragen, unnötige Verordnungen von Antipsychotika zu vermeiden. Derzeit erhielten 40–60% der Pflegeheimbewohner mit Demenz diese Medikamente. (Ulrike Maronde)

Schmerztherapie bei Demenz kann Verhaltensprobleme bessern.