

# Schmerzanamnese, Methoden zur Schmerzerfassung und Dokumentation

*Monika Thomm*

- 2.1 Schmerzanamnese – 12**
- 2.2 Schmerzmessung (Algesimetrie) – 13**
  - 2.2.1 Messmethoden – 13
- 2.3 Schmerzdokumentation – 21**
  - Literatur – 21**

## Zum Einstieg

Begibt sich ein Patient in schmerztherapeutische Behandlung, wird zunächst eine sorgfältige Schmerzanamnese erhoben. Diese sollte strukturiert verlaufen, um möglichst alle Details der Schmerzerkrankung zu erfassen. Die Beschreibung der Schmerzqualität durch den Patienten ist neben der regelmäßigen Erfassung der Schmerzintensität dringend notwendig, um ein individuelles Therapiekonzept zu erstellen. Die Schmerzdokumentation ist für die Überprüfung der Effektivität und Verlaufskontrolle schmerzdiagnostischer und -therapeutischer Verfahren unerlässlich.

## 2.1 Schmerzanamnese

Die Alltagserfahrung legt die Vermutung nahe, dass Schmerz ein rein körperliches Problem darstellt. Dass dem aber nicht so ist, ist uns heute bekannt. Schmerz ist ein subjektives, komplexes und mehrdimensionales Phänomen, dessen Erfassung nicht wirklich objektivierbar ist. Um einen Patienten richtig behandeln zu können, ist es notwendig, so viel wie möglich vom Schmerz zu verstehen.

Bei Vorliegen einer chronischen Schmerzerkrankung ist es notwendig, dass die Pflegenden beurteilen, ob die Schmerzsituation des Patienten/Bewohners stabil oder instabil ist [5].

Der chronische Schmerzpatient befindet sich in einer stabilen Schmerzsituation, wenn

- seine Schmerzsituation subjektiv als akzeptabel und nicht veränderungswürdig erlebt wird.
- Zielkriterien für Stabilität sich konkret an der Lebenswelt des Patienten/Bewohners orientieren und mit dem Patienten/Bewohner ausgehandelt wurden.
- Kriterien der Stabilität mit dem Patienten/Bewohner unter fachlicher Beratung mit der Bezugspflegerkraft ermittelt wurden. Für mögliche Krisen und Komplikationen liegen gemeinsam entwickelte Strategien zur Prävention vor.

Der chronische Schmerzpatient befindet sich in einer instabilen Schmerzsituation, wenn

- die Schmerzsituation und -linderung dauerhaft nicht einer akzeptablen Situation entspricht.

- gesundheitsbezogene oder alltagsbezogene Krisen auftreten oder noch nicht wieder durch eine akzeptable Situation abgelöst wurden.
- Versorgungsbrüche entstehen, die nicht mit Hilfe von Selbstmanagementkompetenz, familiärer oder professioneller Unterstützung überbrückt werden können.
- Komplikationen mit der oder durch die Therapie oder deren Nebenwirkungen auftreten.
- durch die Schmerzsituation eine Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder sozialer Teilhabe entstanden ist, die nicht mehr dem direkt geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten/Bewohners entspricht. Besonders der Prozess der langsamen Verschlechterung des Gesundheitszustandes fordert von den Pflegekräften, eine regelmäßige kritische Reflexion der Schmerzsituation vorzunehmen [5].

Eine umfangreiche Erhebung der Schmerzanamnese dient als Grundlage der Diagnostik und Zuordnung eines bestimmten Schmerztyps und des Schmerzmechanismus. Sie ist wichtiger als die körperliche Untersuchung und noch wichtiger als zusätzliche apparative Untersuchungen.

Für das Erstgespräch sollte mindestens eine halbe bis eine Zeitstunde eingeplant werden. Dabei sollte der Patient beobachtet werden, z. B. ob Schmerzschilderung, Mimik und Gestik oder Körperhaltung kongruent sind oder nicht. Während des Gesprächs sollte der Patient sich frei und möglichst ohne Unterbrechungen oder Zwischenfragen äußern können. Hierbei können wichtige Nebeninformationen wie Ängste, Erfahrungen, Abneigungen z. B. gegenüber Analgetika gewonnen werden.

Kardinalfragen in der Schmerzanamnese sind:

- »Wo tut es weh?« (Lokalisation)
- »Wann tut es weh?« (andauernd, in Ruhe oder/und bei Belastung, plötzliches oder schleichendes Auftreten)
- »Wie ist der Schmerz?« (Schmerzcharakter, z. B. dumpf, drückend, einschießend)
- »Welche Therapien sind schon durchgeführt worden?« (medikamentöse, nichtmedikamentöse, Erfolg, Misserfolg). Bei Misserfolg ist es besonders wichtig zu eruieren, ob die Unwirksamkeit der Therapie oder die Nebenwirkungen maßgeblich für den Abbruch waren.

- »Was tritt zusätzlich zu den Schmerzen auf?« (Begleitsymptome, z. B. Übelkeit, Lichtscheu bei Migräne, bei muskulären Schmerzen Störungen von Statik und komplexen Bewegungsabläufen als Folge der schmerzbedingten Schon- und Ausweichhaltung)
- »Was kann den Schmerz beeinflussen?« (Wärme, Kälte, Sport, Entspannungsverfahren)

Es sollten die genauen Modalitäten der Therapie erfragt werden. Häufig finden sich dann Fehler wie eine zu hohe Anfangsdosierung der Analgetika, keine einschleichende Dosierung oder unzureichende Aufklärung über Behandlung von Nebenwirkungen.

Es ist auch notwendig, nach Außenseitermethoden, Phytotherapie (Johanniskraut!) und nach Selbstmedikation zu fragen.

Weiterhin sollte genau eruiert werden, welche Vorstellung der Patient von der Entstehung seiner Schmerzen hat und wie er mögliche Therapiekonzepte einschätzt. Die Fortführung einer Therapie bei einem chronifizierten Schmerzpatienten, der eine völlige Heilung erwartet oder unrealistische Therapieziele hat, ist meist nicht erfolgversprechend und für das Behandlungsteam oftmals frustrierend.

- **Zur Vermeidung von Interaktionen müssen auch die Substanzen erfasst werden, die aus anderen Gründen eingenommen werden, z. B. Marcumar, ACE-Hemmer, Antikonceptiva.**

## 2.2 Schmerzmessung (Algesimetrie)

Die Erfassung der Schmerzintensität ist wesentlicher Bestandteil einer effektiven Schmerztherapie. Viele Patienten können oftmals aus Angst vor einem Zusammenhang von Schmerzzunahme und Fortschreiten ihrer Erkrankung nicht über ihre Schmerzen reden. Besonders Krebspatienten befürchten, dass ihre Klagen über Schmerzen die Behandler von der Tumorbehandlung ablenken.

Eine Fremdbeurteilung von Schmerzen ist schwierig und setzt sehr große Erfahrung voraus.

Meistens wird der tatsächliche Schmerz des Betroffenen unterschätzt. Gerade durch diese Fehlermöglichkeit kommt der subjektiven Schmerzeinschätzung durch den Patienten eine große Bedeutung zu, da Schmerz eine individuelle psychophysische Erfahrung und somit schwer objektivierbar ist.

Die Algesimetrie erleichtert aber nicht nur die Kommunikation mit dem Patienten. Es wird im Rahmen einer differenzierten Schmerzdiagnose ein Ausgangswert bestimmt. Anhand der Schmerzintensität kann der Behandlungsbedarf eingeschätzt werden. Regelmäßig wiederholte Messungen führen darüber hinaus zu einer Erfolgskontrolle der eingeleiteten Therapie und bestimmen den Zeitpunkt, an dem eine Änderung des Therapiekonzepts notwendig wird.

### 2.2.1 Messmethoden

In den letzten Jahren wurden viele Methoden zur Schmerzmessung entwickelt. In diesem Kapitel wird auf die etablierten klinischen Methoden eingegangen. Auf experimentelle Methoden wird hier verzichtet. Die klinischen Methoden sind in zwei Blöcke eingeteilt – in eindimensionale und mehrdimensionale Methoden; die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Schmerzerfassung bei alten Menschen ► Kap. 11, bei dementen Menschen ► Kap. 12 und bei Kindern ► Kap. 13.

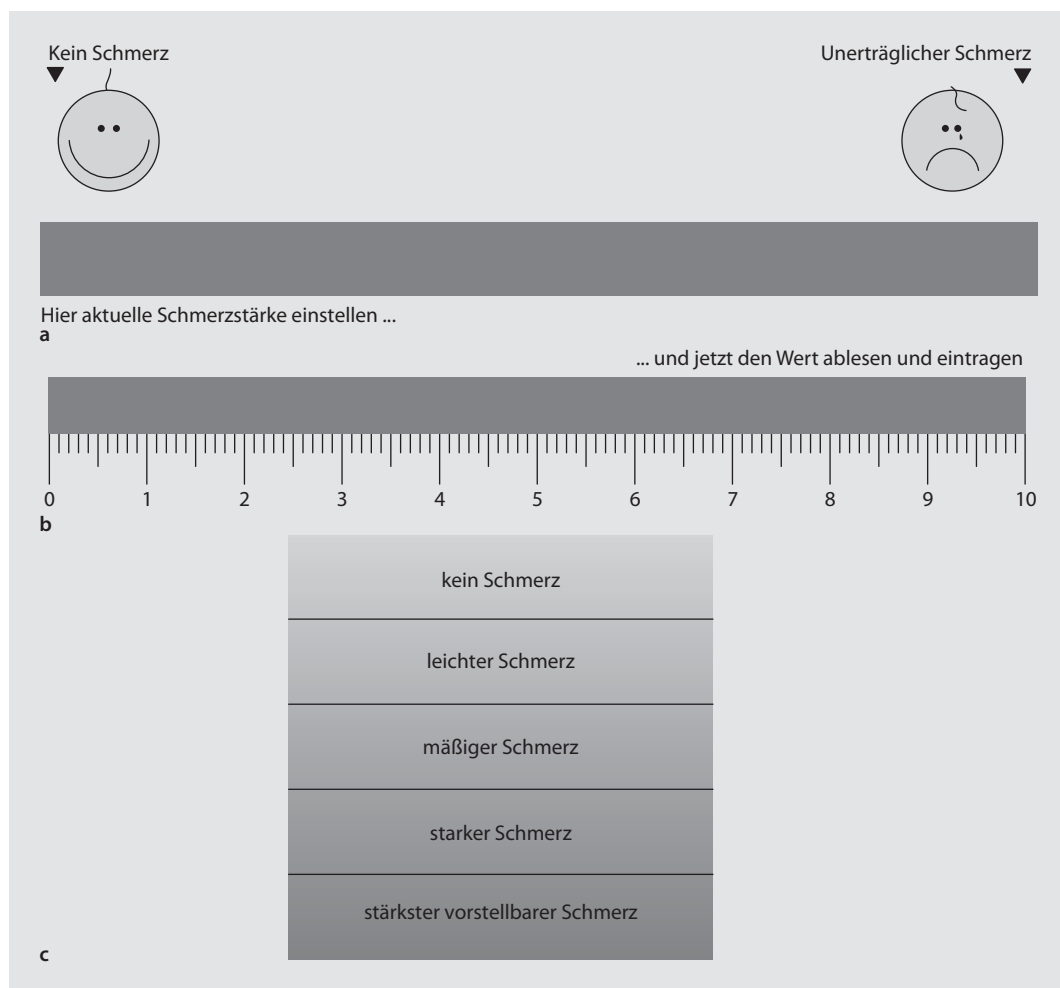
### Eindimensionale Methoden

Schmerzmessinstrumente werden als eindimensional bezeichnet, wenn sie nur die vom Patienten angegebene Schmerzstärke erfasst.

Für den klinischen Alltag sind diese Skalen sehr gut anwendbar (■ Abb. 2.1). Bei der VAS kann es manchmal zu Verständnisproblemen führen.

#### ■ Visuelle Analogskala (VAS)

Auf dieser Skala markiert der Patient seine Schmerzintensität auf einer 10 cm langen Linie, deren eines Ende mit »kein Schmerz«, das andere mit »unerträglichen Schmerzen« bezeichnet ist. Der Patient setzt nach individueller Einschätzung der Schmerzintensität einen Strich oder ein Kreuz



■ **Abb. 2.1 a–c** Beispiele für eindimensionale Schmerzerfassungsinstrumente. **a** Visuelle Analogskala (VAS). **b** Numerische Rangskala (NRS). **c** Verbale Rangskala (VRS)

zwischen die beiden Endpunkte. Die Auswertung erfolgt durch Abmessen der angegebenen Streckenlänge in Millimetern. Es liegen auch Schmerzmessinstrumente vor, auf denen der Patient keinen Strich oder Kreuz setzen muss, sondern er kann einen Schieber verstellen; auf der Rückseite des Instruments ist ein Zahlenwert der Schmerzstärke abzulesen.

#### ■ Numerische Rangskala (NRS)

Auf dieser Skala ordnet der Patient seine Schmerzintensität einer Zahl zwischen 0–10 zu. Als »Anker-

worte« werden an den Enden der Skala »keine Schmerzen« und »unerträgliche Schmerzen« bevorzugt.

#### ■ Verbale Rangskala (VRS)

Diese Skala ist fünfteilig (0–5). Der Patient wird nach seiner momentanen Schmerzstärke gefragt. Die VRS verwendet Schmerz beschreibende Adjektive in Stufen zunehmender Schmerzintensität: kein Schmerz – leichter – mäßiger – starker – stärkster vorstellbarer Schmerz.

### Tipps für den Umgang mit Schmerzpatienten

- Bewusstmachen des Symptoms Schmerz
- Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz
- Kommunikation mit dem Patienten über seine Schmerzen: er fühlt sich ernst genommen
- Kritisches Hinterfragen: Messen die Skalen wirklich das, was sie vorgeben zu messen
- Krankenbeobachtung, Mimik, Gestik
- Ein Schmerzmessinstrument benutzen, das der Patient versteht
- Immer die gleiche Skala beim gleichen Patienten verwenden
- Wenn notwendig, bei jeder Messung die Skalierung aufs Neue erklären
- Beurteilung – idealerweise gemeinsam mit dem Patienten, der unter chronischem Schmerz leidet –, ob die Schmerzsituation stabil oder instabil ist
- Bei Aufnahme und vor Therapiebeginn Schmerzersteinschätzung durchführen
- Verlaufskontrollmessungen durchführen, im stationären Bereich bei akuten Schmerzen 2-mal pro Schicht, bei chronischen Schmerzen in individuell festzulegenden Zeitabständen, im ambulanten Bereich bei Erstvorstellungs- und Wiedervorstellungstermin und/oder telefonisch
- Langfristige Kontrolle der eingeleiteten Therapie
- Kurzfristige Beurteilung des Therapieerfolgs
- Beurteilung der Effektivität von Therapieänderungen
- Kurzfristige Beurteilung von invasiven, z. B. Nervenblockaden (► Kap. 3) oder nichtmedikamentösen Maßnahmen, z. B. Entspannungsverfahren
- Vergleich der verbalen und nonverbalen Schmerzáußerung

zu erheben und bestimmte Erwartungen, Überzeugungen und Einstellungen zum Schmerz zu erfassen [12]. Zum Herausarbeiten unterschiedlicher Schmerzdimensionen werden dem Patienten Fragebögen mit Adjektiven vorgelegt, die spontan beschrieben werden sollen.

### ■ Schmerzempfindungsskala (SES)

Der am häufigsten eingesetzte Bogen im deutschsprachigen Raum ist die SES.

Diese Skala enthält 24 Items, die sowohl den affektiven als auch den sensorischen Anteil des Schmerzes erfasst.

- Beispiele für **affektive** Adjektive: Empfinden Sie Ihren Schmerz als mörderisch, lähmend, grausam?
- Beispiele für **sensorische** Adjektive: Empfinden Sie Ihren Schmerz als schneidend, drückend, einschneidend?

Die SES-Skala ist auch Teil des Deutschen Schmerzfragebogens der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

### ■ Schmerzfragebögen

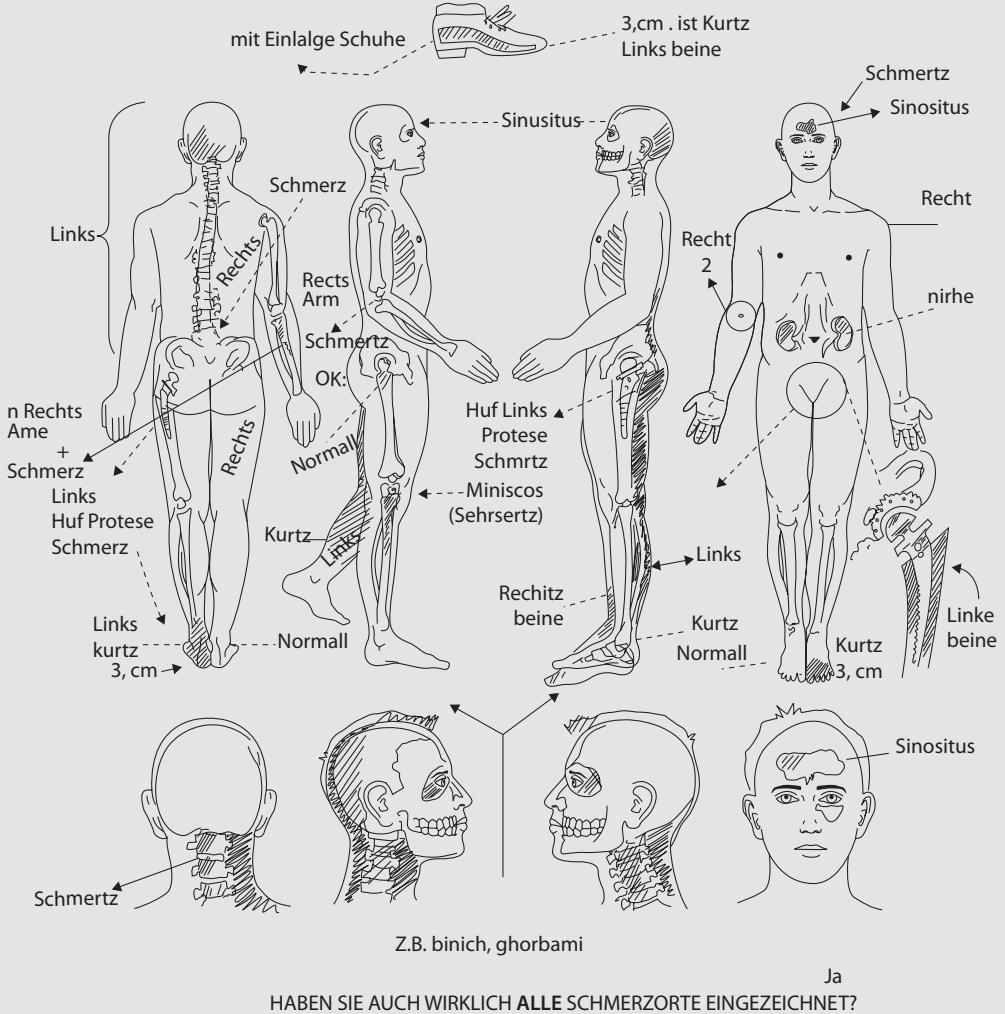
Vor Behandlungsbeginn wird dem chronischen Schmerzpatienten ein standardisierter Schmerzfragebogen, z. B. der Deutschen Schmerzgesellschaft – eine modifizierte Form des Brief Pain Inventory Fragebogens – zugeschickt, so dass der Patient in aller Ruhe diesen umfangreichen Bogen ausfüllen kann (■ Abb. 2.2). Mithilfe des standardisierten Schmerzfragebogens kann das strukturierte Anamnesegespräch noch untermauert werden. Neben persönlichen Daten werden auch Informationen bezüglich Erkrankung und Vorbehandlungen, Aufklärungsstand, häuslicher, familiärer und beruflicher Situation, Schmerzen und anderer Krankheitsbeschwerden, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte, der bisherigen Therapie und Symptomkontrolle sowie deren Effektivität erhoben. Aktivitäten, momentane Stimmung, belastende Ereignisse und Lebensumstände können ebenfalls dokumentiert werden. Der Patient sollte nach Möglichkeit den Fragebogen selbst ausfüllen. Ist dies jedoch aufgrund seiner körperlichen oder psychischen Verfassung nicht möglich, bedarf es der Unterstützung des Pflegepersonals oder der Angehörigen.

### Mehrdimensionale Methoden

Diese Skalen haben zum Ziel, komplexere Verarbeitungsmuster auf der subjektiv-verbalen Ebene

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie überall Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie überall Schmerzen haben.



■ **Abb. 2.2** Topogramm: Patient mit Ganzkörperschmerz. (Auszug aus dem Deutschen Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft, mit freundl. Genehmigung)

➤ **Der Schmerzfragebogen dient als Instrument der Schmerzanamnese und -dokumentation, ersetzt jedoch nicht das ärztliche und pflegerische Erstgespräch!**

#### ■ Schmerztagebuch

Das Führen eines Schmerztagebuches kann vor Beginn und während einer Behandlung sowohl für den Patienten und Familienangehörige als auch für die Behandler ein gutes Hilfsmittel sein. Ta-

gebücher sind sowohl für die Diagnostik als auch für die Effektivität der eingeleiteten Therapie sehr nützlich. Der Patient wird nicht nur in die Handhabung des Tagebuchs eingewiesen, sondern auch über die Wichtigkeit des Führens aufgeklärt. Denn das Tagebuch liefert auch einen umfassenden Beitrag zur Erfassung des Schmerzgeschehens und den daraus folgenden Konsequenzen. Der Patient wird gebeten, 14 Tage lang täglich seine Schmerzstärke, evtl. auftretende Nebenwirkungen, Schmerzqualität, -dauer sowie Art und Umfang der Beeinträchtigung zu erheben. Aktivitäten, Medikamenteneinnahme und die allgemeine Befindlichkeit können ebenfalls dokumentiert werden.

### ■ Aktivitätentagebuch

Aktuelle Studienergebnisse weisen darauf hin, dass im Schmerzgedächtnis gespeicherte schmerzhaft Erfahrungen mit positiven Eindrücken »überschrieben« werden können. Deshalb hat die DFNS (Deutscher Forschungsverbund Neuropathischer Schmerz) in Kooperation mit Lilly Deutschland ein Aktivitätentagebuch konzipiert, das sich ausschließlich auf positive und lebensbejahende Perspektiven konzentriert, z. B. »Wie erholsam habe ich heute geschlafen?« und nicht: »Wie stark war mein Schlaf beeinträchtigt?« Die Beurteilung der Aussagen zu der jeweiligen Tagesverfassung erfolgt vom Patienten auf einer Skala von 0 (trifft gar nicht zu) bis 10 (trifft voll zu). Die grafische Erfassung der Werte als Wochensumme unterstützt das multiprofessionelle Team bei der Dokumentation des Therapieerfolges und führt zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung des Patienten. Das Aktivitätentagebuch sollte dem Patienten jedoch nicht bei der Erstvorstellung vorgelegt werden. Er würde die positiven Fragen nicht nachvollziehen können und hätte möglicherweise Zweifel, ob die Behandler »es ernst mit ihm meinen«. Im Laufe des Behandlungsprozesses versteht der Patient, dass die positiv gestellten Fragen dazu beitragen, sich aus dem immer schneller drehenden Karussell des Katastrophisierens um Beschwerden, um Schlaf, um Tag und Nacht lösen zu können. Wenn der Patient die andere Sichtweise zulässt, ist er auch bereit, diese zu dokumentieren. Wenn er dies reflektiert – begleitet vom multiprofessionellen Team – beginnt der Patient sukzessiv umzudenken. Er richtet den Fokus

nicht auf »Wie schlecht geht es mir?«, sondern auf »Wo geht es mir besser?« Dieser Umdenkungsprozess ist der Erfolg des Aktivitätentagebuchs und sollte jedem Patienten ab einer individuellen Therapiestufe ausgehändigt werden.

### ■ Verlaufsbogen für Tumorschmerzpatienten

Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat im Jahre 2000 ein Instrument zur Schmerzmessung und Dokumentation speziell für Tumorpatienten erarbeitet. Das minimale Dokumentationssystem (MIDOS) bildet neben der Schmerzintensität und des Allgemeinbefindens eine Symptomcheckliste ab, wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Angst, Luftnot. Dieses Instrument hat den Vorteil, dass es einfach, übersichtlich und wenig zeitaufwändig ist. Darüber hinaus ist auch eine Fremdbeurteilung möglich [13].

Im Jahre 2006 ist eine überarbeitete Version zur Basisdokumentation der Schmerz- und Symptom Erfassung bei Tumorpatienten veröffentlicht worden (HOPE: Hospiz und Palliativerhebung; ■ Abb. 2.3).

### ■ Fragebögen zur Erfassung des psychischen Zustands

Chronische Schmerzpatienten leiden häufig unter Angstzuständen und depressiven Verstimmungen.

Die wichtigsten und am häufigsten eingesetzten psychometrischen Testmethoden werden im Folgenden dargestellt.

- Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D; [12])
  - Ein Verfahren zur Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden bzw. körperlichen Erkrankungen. Dieses Verfahren verzichtet auf körperliche Indikatoren psychischen Befindens.
- Allgemeine Depressionsskala (ADS; [10])
  - Selbstbeurteilungsinstrument, das das Auftreten und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden und negative Denkmuster erfragt.
- Beck-Depressions-Inventar (BDI; [11])
  - Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik, anzuwenden bei erhöhten Depressionswerten in der HADS-D-Skala.



HOPE ©2006 MIDOS

M

Basisbogennr:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kennen Ihre Situation selber am Besten. Darum bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen und die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie sie im Augenblick bei sich selber wahrnehmen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. IDNR

--	--	--	--	--	--

13. Datum.

--	--	--	--	--	--

M1. Bitte kreuzen Sie Ihre **durchschnittliche** Schmerzstärke an.

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
Kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

M2. Bitte kreuzen Sie an, wie **stark** heute Ihre **stärksten** Schmerzen waren.

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
Kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

M3. Bitte kreuzen Sie an, wie **stark** heute Ihre **Beschwerden** sind.

Müdigkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Müdigkeit
Übelkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit
Verstopfung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Verstopfung
Luftnot	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Luftnot
Schwäche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schwäche
Angst	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Angst
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke

M4. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute **fühlen**:

Befinden	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
----------	--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

M5. Bemerkungen:

M6. Selbsterfassung **nicht möglich** wegen:

<input type="checkbox"/> Sprachproblemen	<input type="checkbox"/> Schwäche	<input type="checkbox"/> Kognitiven Störungen	<input type="checkbox"/> Patient lehnt ab	<input type="checkbox"/> keine Zeit
--	-----------------------------------	---	---	-------------------------------------

■ Abb. 2.3 HOPE-Verlaufsbogen für Tumorschmerzpatienten. (Mit freundl. Genehmigung von Prof. Dr. L. Radbruch, Universität Aachen)



### ■ Fragebogen zur Erfassung der Behinderung durch Schmerzen

- Pain-Disability-Index - Deutsche Version (PDI; [4])
  - Selbstbeurteilungsverfahren über das Ausmaß der subjektiv erlebten körperlichen Immobilität, Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinbußen, Einschränkungen in den alltäglichen Rollenfunktionen wie Beruf, Freizeit, Sexualität und das Ausmaß des sozialen Rückzugs. Eine differenzierte Diagnostik der Beeinträchtigungen in den einzelnen Lebensbereichen ist von großer Bedeutung, da die Veränderung von Schmerzverhalten das Hauptziel in der multimodalen Schmerztherapie darstellt (► Kap. 3)

### ■ Fragebogen zum Gesundheitszustand und zur Lebensqualität

Der am häufigsten eingesetzte Fragebogen ist der **SF-36** [2], ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung von 8 Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität:

1. Körperliche Funktionsfähigkeit
2. Körperliche Rollenfunktion
3. Körperliche Schmerzen
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
5. Vitalität
6. Soziale Funktionsfähigkeit
7. Emotionale Rollenfunktion
8. Psychisches Wohlbefinden

### ■ Fragebogen zur Identifizierung von neuropathischen Schmerzen

- PainDETECT [7] ist ein validiertes Screeninginstrument, das ausschließlich vom Patienten ausgefüllt wird, es ersetzt nicht die ärztliche Anamnese und Diagnostik.
- Es ist sehr wahrscheinlich, dass bei einem entsprechenden Score neuropathische Schmerzen als Ursache für die vom Patienten geäußerten Schmerzen in Frage kommen (■ Abb. 2.4).

### ■ ZOPA – Das Zürich Observation Pain Assessment

Dieses Fremdeinschätzungsinstrument ist für beatmete, sedierte und temporär kognitiv beeinträch-

tigte Patienten geeignet. Das Schmerzassessment bei diesen Patientengruppen stellt eine große Herausforderung für die Pflegenden dar. Diese Patienten sind auf die Pflegenden angewiesen, die ihre Schmerzsituation erfassen und somit lindern können. Oftmals erfassen die Pflegenden die Schmerzen »intuitiv«, ohne sich auf systematische, objektiv nachvollziehbare Kriterien stützen zu können. Das Schmerzassessment ZOPA bietet für diese problematische Situation Lösungen an. Dieses Instrument ist von Pflegewissenschaftlerinnen des Zentrums für Entwicklung und Forschung in der Pflege am Universitätsspital Zürich (ZEFP) zusammen mit zwei Pflegewissenschaftlerinnen der Universität Witten/Herdecke und in enger Zusammenarbeit mit Pflegenden aus der Praxis entwickelt worden. Ihr Ziel war es, sicherzustellen, dass Menschen mit einer kognitiven und/oder Bewusstseinsbeeinträchtigung keinen unerkannten und unbehandelten Schmerzen ausgesetzt sind.

Die Verwendung eines strukturierten Assessmentinstruments unterstützt die sonst rein subjektive Einschätzung des Gesundheitspersonals durch systematische Objektivierung von Verhaltensmerkmalen und erhöht somit die Wahrscheinlichkeit einer adäquaten Beurteilung.

Das Fremdeinschätzungsinstrument ZOPA erfasst den Schmerz in 4 Verhaltenskategorien:

- Lautäußerungen,
- Gesichtsausdruck,
- Körpersprache,
- physiologische Indikatoren.

Diese 4 Kategorien beinhalten 13 genau definierte Verhaltensmerkmale. Stöhnende Laute, ein verzerrter, gequälter Gesichtsausdruck, Ruhelosigkeit oder Veränderungen in den Vitalzeichen gelten beispielsweise als Hinweise auf Schmerzen.

Das Instrument erhebt eindimensional, ob Schmerz vorhanden ist. Es nimmt keine Gewichtung der Verhaltensmerkmale vor. Auch wenn mehrere Verhaltensmerkmale beobachtet werden, ist dadurch eine Aussage zur Schmerzintensität nicht möglich. Die NRS (Numerische Rating-Skala) und die VRS (Verbale Rating-Skala) geben Hinweise auf die Schmerzintensität. Mit dem ZOPA können Anzeichen von Schmerzen erfasst, aber keine Aussagen über die Schmerzintensität abgeleitet werden.

**painDETECT**

**SCHEIN**

Datum: _____		Patient: _____		Name: _____		Vorname: _____	
--------------	--	----------------	--	-------------	--	----------------	--

**Wie würden Sie Ihren Schmerz jetzt im Augenblick einschätzen?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

min max

**Wie stark war der stärkste Schmerz in den letzten 4 Wochen?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



min max

**Wie stark war der Schmerz in den letzten 4 Wochen im Durchschnitt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

min max

**Bitte kreuzzeichnen Sie Ihren Hauptschmerzbereich**








Stärkst Ihr Schmerz in weiteren Körperregionen aus?  
 ja ☐ nein ☐

wenn ja, dann zeichnen Sie bitte die Richtung ein, wohin der Schmerz ausstrahlt.

**Kreuzen Sie das Bild an, welches Ihren Schmerzverlauf am besten beschreibt:**

	Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen	<input type="checkbox"/>
	Dauerschmerzen mit Schmerzzackatten	<input type="checkbox"/>
	Schmerzzackatten zwischen schmerzfrei	<input type="checkbox"/>
	Schmerzzackatten zwischen Schmerzen	<input type="checkbox"/>

**Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen an einem Brenngedühl (z.B. Brennnesseln)?**

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?**

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?**

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartige, elektrisierende Schmerzzackatten?**

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?**

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?**

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**Löst ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?**

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

(vom Arzt auszufüllen)

nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> x 0 = 0	<input type="checkbox"/> x 1 = 0	<input type="checkbox"/> x 2 = 0	<input type="checkbox"/> x 3 = 0	<input type="checkbox"/> x 4 = 0	<input type="checkbox"/> x 5 = 0
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------


  

**Gesamt-Scoresumme** 0 **von 35**

© Fraenkel, B. Rasse, U. Gockel, T.R. Töbe, ComMed ResOxien Vol 22 2006, 1911-1500

© Pfizer Pharma GmbH



**painDETECT**

**Auswertung des Schmerz-Fragebogens**

Datum:

Patient:






Name:

Vorname:

**Bitte übertragen Sie die Score-Gesamtsumme vom Schmerz-Fragebogen:**

**Score-Gesamtsumme**

**Addieren Sie bitte die folgenden Zahlen, je nach angekreuztem Schmerzverlaufs-  
muster und Schmerzausstrahlung. Bilden Sie dann die Score-Endsumme:**

	Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen	0	
	Dauerschmerzen mit Schmerzattacken	- 1	falls angekreuzt, oder
	Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei	+ 1	falls angekreuzt, oder
	Schmerzattacken dazwischen Schmerzen	+ 1	falls angekreuzt
	Ausstrahlende Schmerzen ?	+ 2	falls ja

**Score-Endsumme**


## Screening-Ergebnis

auf das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente


negativ	unklar	positiv
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 33%;"> <p>neuropathische Schmerzkomponente unwahrscheinlich (&lt; 15 %)</p> </div> <div style="width: 34%; text-align: center;"> <p>Aussage nicht eindeutig, neuropathische Schmerzkomponente kann dennoch vorhanden sein</p> </div> <div style="width: 33%;"> <p>neuropathische Schmerzkomponente wahrscheinlich (&gt; 90 %)</p> </div> </div>		

**Dieser Bogen ersetzt keine ärztliche Diagnostik!**

Er dient dem Screening auf Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente.



DFNS



**pain**  
Bewertungsskala für neuropathische Schmerzen

■ **Abb. 2.4** Screeninginstrument zur Erfassung von neuropathischen Schmerzen (painDETECT). (Mit freundl. Genehmigung der Fa. Pfizer)

Bevor ZOPA als Fremdeinschätzungsinstrument eingesetzt wird, muss geklärt werden, ob der Patient zur Selbstauskunft nicht mehr in der Lage ist. Mithilfe eines Algorithmus können die Pflegenden anschaulich Schritt für Schritt nachvollziehen, für welchen Patienten ZOPA das geeignete Instrument ist. Ob ein Patient kognitiv und/oder bewusstseinsbeeinträchtigt ist, lässt sich mithilfe folgender Assessments überprüfen: Zur Einschätzung der Kognition dient der Mini Mental State-Test (MMST), das Bewusstsein wird durch die Glasgow Coma Scale für Erwachsene (GCS) erfasst. Eine quantitative Beurteilung der Bewusstseinslage oder Sedierungstiefe leistet die Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

- » Zur Schmerzdokumentation wurde ein standardisiertes Schmerzprotokoll mit einem Leitfaden entwickelt. Mindestens einmal pro Schicht bestimmen und dokumentieren

die Pflegenden mittels ZOPA® den akuten Schmerz anhand der 13 Verhaltensmerkmale. Spätestens 45 Minuten nach Schmerzmittelgabe prüfen sie, ob die Dosis wirksam war. Sie schätzen den Schmerz des Patienten erneut ein und notieren das Ergebnis im Schmerzprotokoll. So sorgen sie für ein ständig aktualisiertes und individuelles Schmerzmanagement. Mindestens 72 Stunden lang führen sie das Schmerzprotokoll. Alle 24 Stunden werten sie seinen Verlauf aus und beraten, wie die Basismedikation optimal angepasst werden kann [9].

- Die Entscheidung zur Fremdeinschätzung von Schmerz kann jedoch auch durch die pflegerische Expertise – Algesiologische Fachassistenz oder Pain Nurse – begründet sein, ohne dass eine der Diagnosen gestellt wird.

Beobachtungsinstrumente für kognitiv/demenziell Erkrankte ► Kap. 12.

### Tipps für den Umgang mit Schmerzpatienten

- Schulung und Beratung des Patienten in die Handhabung der verschiedenen Instrumente.
- Hilfe bei der Bearbeitung von Schmerzfragebögen und psychologischen Testverfahren.
- Fragebögen auf Vollständigkeit prüfen.
- Dem Patienten aktiv zuhören und Wachsamkeit für »life events« im Leben des Patienten.

- Jede Spezialeinrichtung wie Schmerzzentren, Tageskliniken, Schmerzkliniken soll eine mehrdimensionale Diagnostik verwenden, um eine adäquate Schmerztherapie zu erreichen.
- Schmerzerfassung ist Grundlage für die Formulierung pflegerelevanter Diagnosen und die daraus abzuleitende Pflegeplanung.
- Die Dokumentation ist für den Effektivitätsnachweis der verschiedenen Therapieverfahren unerlässlich.
- Die Dokumentation ist – richtig genutzt – unverzichtbar für das Wohl der betreuten Menschen.
- Dokumentationssysteme erleichtern die tägliche Arbeit und liefern die notwendige Transparenz für das Pflegeteam.
- Schwierige Situationen lassen sich besser nachvollziehen und ermöglichen zielgerichtete Maßnahmen.

## 2.3 Schmerzdokumentation

Dokumentationssysteme für chronische Schmerzen erleichtern organisatorische Abläufe bei der Schmerzdagnostik und -behandlung, sowohl in einer ambulanten oder stationären Behandlungseinheit als auch bei Überweisung zu anderen Fachdisziplinen, die für die Schmerzdagnostik herangezogen werden. Die Schmerzdokumentation ist in Bezug auf die Überprüfung der Effektivität schmerzdiagnostischer und -therapeutischer Verfahren unerlässlich, um nicht nur den Aspekt in der schmerztherapeutischen Versorgung, sondern auch der Qualitätssicherung in der klinischen Schmerzforschung hervorzuheben.

Für die tägliche Praxis können o. g. Schmerzfragebögen, Schmerztagebücher Verlaufskontrollbögen als Dokumentationshilfen genutzt werden, die die aktuellen Schmerzen, die Befindlichkeit und die Begleitsymptome widerspiegeln.

### Fazit

- Die ein- und mehrdimensionalen Verfahren zur Schmerzmessung sollen einen Überblick über die Möglichkeiten der aktuellen Diagnostik des Schmerzes geben.
- Individuelles Einsetzen der möglichen Verfahren!
- Keine Überforderung des Patienten!

### Literatur

1. Basler HD et al. (2003) Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 5. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg
2. Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen
3. Diener HC, Maier C (2003) Das Schmerz-Therapie-Buch. 2. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München Wien
4. Dillman U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU (1994) Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzen. Schmerz 8: 100–110
5. DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege) (Hrsg) (2014) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. DNQP, Osnabrück
6. Flohr H (2003) Chronische Schmerzsyndrome. In: Ehler U (Hrsg) Verhaltensmedizin. Springer, Berlin Heidelberg
7. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Töller TR (2006) painDETECT a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. Curr Med Res Opin 22 (10): 1911–1920
8. Geissner E (1995) The pain perception scale – a differentiated and change-sensitive scale for assessing chronic and acute pain. Rehabilitation 34: 35–43
9. Handel E (2009) Praxishandbuch ZOPA®. Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und/oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen. Huber, Bern
10. Hautzinger M, Bailer M (1993) Allgemeine Depressionskala. 1. Auflage. Weinheim Beltz
11. Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) Beck-Depressions-Inventar (BDI). Hogrefe, Göttingen

12. Herrmann C, Buss U, Naith RP (1995) HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Huber, Bern
13. Likar R, Bernatzky G, Märkert D, Ilias W (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Springer, Wien New York
14. Radbruch L, Loick G, Kiencke P et al. (1999) Validation of the German version of the Brief Pain Inventory. J Pain Symptom Manage 18: 180–187
15. Testzentrale Göttingen (2006) Testkatalog 2006/2007 der Testzentrale Göttingen. Hogrefe, Göttingen
16. Thomm M (2005) Schmerzpatienten in der Pflege. 5. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart
17. Zenz M, Jurna I (2001) Lehrbuch der Schmerztherapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart



<http://www.springer.com/978-3-662-45413-8>

Schmerzmanagement in der Pflege  
Thomm, M. (Hrsg.)  
2016, XVI, 349 S. 46 Abb., Softcover  
ISBN: 978-3-662-45413-8