

Die verbale Schilderung ist nur *eine* Ausdrucksform von Schmerzen

Einführung eines Standards zur Diagnostik und Therapie von Schmerzen in der stationären Alterspsychiatrie

Peter Hayoz^a, Tilo Stauch^a, Monika Müller^{a,b}, Stefan Klöppel^a

^a Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern, Universität Bern, Schweiz;

^b Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern, Universität Bern, Schweiz

Summary

Introduction of a standard for the diagnostics and therapy of pain in inpatient geriatric psychiatry

Background/objectives of the study: Pain-associated diseases increase in old age and are often not treated in the case of comorbid mental diseases, especially dementia. A distinction is made between self-reported and external pain and suitable measurement instruments are already available. To improve pain recognition and the resulting treatment frequency, we introduced a new pain concept on two wards of inpatient geriatric psychiatry.

METHODS: All patients admitted to two identical wards during 6 months were asked to report existing pain on a numerical rating scale (NRS) or visual analogue scale (VAS) (10 points for maximum pain). Patients unable to provide information were assessed using the Dementia Pain Observation Sheet (Beobachtungsbogens für Schmerzen bei Demenz: BESD). Prior to this, staff were trained. Scores of NRS/VAS ≥ 4 and BESD ≥ 4 should lead to adjustments in pain medication and re-evaluation.

RESULTS: On ward A, 60 of 116 patients received an assessment (VAS/NRS $n = 47$, BESD $n = 17$). Ninety-four percent of patients with a pathological assessment received an adjustment of pain medication, but only 52% of those with an unremarkable assessment, and 39% without an assessment. A short hospitalisation period (<10 days) or an F2 diagnosis were associated with fewer assessments and medication adjustments ($p < 0.05$). Compared with the situation before the introduction of the assessment, there was a higher awareness among staff and more frequent medication adjustments. In ward B there was an increased awareness, but implementation was only partially successful (insufficient documentation).

DISCUSSION AND CONCLUSION: The introduction of VAS/NRS and BESD as part of the routine led to more medication adjustments. The high frequencies underline the importance of the topic of pain in inpatient geriatric psychiatry. Especially in the presence of F0 diagnosis/dementia, undetected pain is likely to be frequent, which is why more attention should be paid to systematic pain recording. Ward-specific factors, cumbersome documentation and high workload are possible reasons that could hinder the implementation of the pain concept.

Einleitung

Schmerz ist ein unangenehmes sinnliches und emotionales Erlebnis, welches von tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigungen begleitet wird. Die International Association for the Study of Pain (IASP) verweist auf die hohe Subjektivität und betont in ihrer überarbeiteten Definition von Schmerz, dass die verbale Schilderung nur *eine* Ausdrucksform von Schmerzen ist [1]. Diese Anpassung ist gerade für Personen mit Demenz (PmD) von Bedeutung, da sie Schmerzen teils nicht verbal kommunizieren können. Bei PmD gilt es, als Beobachter Verhaltensweisen und vegetative Zeichen zu erkennen, die eine nicht-verbale Äusserung von Schmerzen darstellen könnten [2].

Epidemiologischen Daten aus der Allgemeinbevölkerung zufolge sind die häufigsten Schmerzlokalisationen der lumbale Rückenbereich (30%), die Hüfte (25%), der Hals- und Schulterbereich (20%) sowie die Knie (24%) [3]. Die ätiologische Einteilung chronischer Schmerzen ist oft schwierig und bisweilen uneindeutig; unlängst hat eine Arbeitsgruppe der IASP im Hinblick auf das künftige ICD-11 eine neue, systematische Klassifikation aufgestellt: So wird zwischen primären (vorrangig Fibromyalgie, primäre Kopfschmerzen) und sekundären chronischen Schmerzsyndromen (krebsassoziiert, post-chirurgisch oder posttraumatisch, neuropathisch, viszeral, muskuloskelettal, sekundäre Kopf- und orofaziale Schmerzen) unterschieden [4].

Die Prävalenz chronischer Schmerzen (ungeachtet der Ätiologie) nimmt im Alter zu [3, 5], insbesondere sind Bewohnende aus Alters- und Pflegeheimen (APH) betroffen. Übersichtsarbeiten zeigen dauerhafte Schmerzen bei mehr als der Hälfte der Bewohnenden [6]. Zugleich sind dort Schmerzen aufgrund häufig vorhandener psychischer und kognitiver Störungsbilder und

daraus resultierend verminderter Fähigkeit zum *self-reporting* oft nur schwer erfassbar. Weiter verstärkt wird dieses *under-reporting* einerseits durch die Haltung von bis zu 60% der APH-Bewohnenden, Schmerzen als zum normalen Altersprozess zugehörend, zu erachten [7]. Andererseits sind die knappe personelle Besetzung und der Zeitdruck Faktoren, die die Beobachtung von Schmerzen erschweren [8]. Eine höhere Schmerzprävalenz und -intensität ist mit Verschlechterung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) assoziiert [6]. Die Zahlen aus den APH sind für die stationäre Alterspsychiatrie von grosser Bedeutung, da deren Bewohnende – je nach Setting – über die Hälfte der Zuweisungen ausmachen [9, 10].

Eine erhöhte Schmerzprävalenz beim Vorliegen von insbesondere Depressionen und Angststörungen ist sowohl bei APH-Bewohnenden [6] als auch bei der Allgemeinbevölkerung nachzuweisen (65% der Personen mit Depressionen berichten Schmerzen, umgekehrt liegt bei Patienten aus Schmerzkliniken, eine depressive Störung als Komorbidität bei 52% der Fälle vor) [11].

Ebenfalls komplex stellt sich die Schmerzerkennung dar, wenn schwere psychische Störungen wie Schizophrenie vorliegen, ein in der stationären Alterspsychiatrie häufiges Störungsbild. Bekannt ist, dass diese Gruppe öfter an schmerz-assoziierten Erkrankungen leidet als die Allgemeinbevölkerung [12]. Eine gross-angelegte Metaanalyse aus dem Jahr 2014 zeigte bei Menschen mit Schizophrenie aller Altersgruppen eine gepoolte Schmerzprävalenz von 34,7% [13].

In der Praxis ist die subjektive Schmerzmessung (Algesimetrie) am häufigsten. Voraussetzung ist Wachheit, sowie auch kommunikative und kognitive Kompetenz der Person [14]. Um das Schmerzempfinden, das einer hohen Komplexität, Mehrdimensionalität und auch Subjektivität unterworfen ist, zuverlässig erfassen zu können, wurden in den letzten Jahrzehnten eine grosse Anzahl an Fragebögen und Skalen entwickelt und validiert [15]. Hierzu zählen insb. die Numerische Rating-Skala (NRS; *Numeric Rating-Scale*) und die Visuelle Analogskala (VAS; *Visual Analogue Scale*) [15] die auch kombiniert werden können (s.u.).

Mit zunehmendem kognitivem Abbau bei PmD nimmt die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und dem Berichten von Schmerzen ab. In diesen Situationen sollten den schmerzassoziierten, nonverbalen Verhaltensweisen Beachtung geschenkt werden [16]. Diese bei Erwachsenen auftretenden *pain behaviours* sind teils angeboren, treten sie doch schon bei Frühgeborenen auf (bestimmte Vokalisationen und Gesichtsausdrücke), und teils erlernt oder konditioniert aufgrund früherer Schmerzerfahrungen, vor allem aus der Kindheit, und

zielen ab auf das Erlangen von Aufmerksamkeit von Nahestehenden oder Ärzten [2]. Häufige Schmerzverhaltensweisen bei PmD finden sich in den Gesichtsausdrücken, stimmlichen Äusserungen, Körperbewegungen, Veränderungen in den zwischenmenschlichen Interaktionen, den Aktivitätsmustern und dem mentalen Status [17].

Im Allgemeinen werden Schmerzen bei der Beurteilung durch Drittpersonen oft unterschätzt; dabei spielen unter anderem die Ethnie des Patienten eine Rolle, sowie die von der beobachtende Person den Patienten entgegengebrachte Sympathie [16]. Dies gilt auch für nonverbal geäusserte Schmerzen [2]. Hat die beobachtende Person eine grössere Erfahrung mit schmerzgeplagten Menschen, wie es bei medizinischen Fachpersonen der Fall ist, ist dieser sogenannte *underestimation bias* noch grösser [18].

Die Studienlage zeigt, dass Schmerzen bei PmD oft unzureichend erfasst und behandelt werden, trotz höherer Schmerzprävalenz im Alter [16]. Durch Aufklärung und Sensibilisierung der Behandelnden kann dieser Effekt ausgeglichen werden oder sogar ins Gegenteil kippen: So wurden PmD in einer schwedischen Population öfter gegen Schmerzen behandelt (46% vs. 25% der Menschen ohne Demenz), obwohl der Anteil an schmerzassoziierten Diagnosen in beiden Gruppen ähnlich war, und PmD bei der Selbsterfassung deutlich weniger oft (8,6% vs. 34,9% bei Menschen ohne Demenz im APH) Schmerzen angaben. Messinstrumente zur Fremderfassung gab es in dieser Studie nicht [19].

Zur zuverlässigen Erfassung bedarf es daher auch hier, analog zur subjektiven Algesimetrie, valider Messinstrumente. Ein besonders hervorzuhebendes Messinstrument ist die *Beurteilung von Schmerzen bei Demenz* (BESD), welches die deutsche Übersetzung des 2003 entwickelten und validierten *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) darstellt [20]. Er besteht aus fünf Items, die mit 0, 1 oder 2 Punkten bewertet werden können. Es wird dabei eine Auswahl von häufigen Schmerzverhaltensweisen erfasst (siehe Tabelle 1). Der höchste Wert ist 10 Punkte, was dem höchstmöglichen Schweregrad der Schmerzausprägung gleichkommt. Die Ergebnisse sind präziser, wenn der Patient während fünf Minuten Ruhe sowie bei Mobilisation untersucht wird. Die Anwendung der Punktwerte setzt eine genaue Anweisung des Personals voraus, wird jedoch als einfach und benutzerfreundlich wahrgenommen [21]. Ebenfalls konnte ihm eine hohe Interrater-Reliabilität attestiert werden [20].

Eine Auflistung gebräuchlicher Messinstrumente für Selbst- und Fremdeinschätzung von Schmerzen findet sich in Anhang 1 und 2 (siehe online-Version auf <https://sanp.ch/article/doi/sanp.2022.w10101>).



Peter Hayoz

Tabelle 1: Dokumentationsbogen des BESD (übernommen aus [22]).

Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	nein	ja	Punktwert
Normal	☐	☐	0
gelegentlich angestrengt atmen	☐	☐	1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	☐	☐	
lautstark angestrengt atmen	☐	☐	2
lange Phasen von Hyperventilation(schnelle und tiefe Atemzüge)	☐	☐	
Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	☐	☐	
Negative Lautäußerung			
Keine	☐	☐	0
gelegentlich stöhnen oder ächzen	☐	☐	1
sich leise negativ oder missbilligend äussern	☐	☐	
wiederholt beunruhigt rufen	☐	☐	2
laut stöhnen oder ächzen	☐	☐	
Weinen	☐	☐	
Gesichtsausdruck			
lächelnd oder nichts sagend	☐	☐	0
trauriger Gesichtsausdruck	☐	☐	1
ängstlicher Gesichtsausdruck	☐	☐	
sorgenvoller Blick	☐	☐	
Grimassieren	☐	☐	2
Körpersprache			
Entspannt	☐	☐	0
angespannte Körperhaltung	☐	☐	1
nervös hin und her gehen	☐	☐	
nesteln	☐	☐	
Körpersprache starr	☐	☐	2
geballte Fäuste	☐	☐	
angezogene Knie	☐	☐	
sich entziehen oder wegstossen	☐	☐	
schlagen	☐	☐	
Trost			
Trösten	☐	☐	0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten Ablenken oder Beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist?	☐	☐	1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten Trösten, Ablenken, Beruhigen nicht möglich ist?	☐	☐	2
TOTAL	/ von max.		_/10

Ziele

Zur Verbesserung von Schmerzerkennung und -behandlung in der stationären Alterspsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern führten wir ein Schmerzkonzept auf zwei vollstationären alterspsychiatrischen Akutstationen ein. Quantitativ bewertet wurden die Umsetzung des Prozesses anhand der Nutzungshäufigkeit der Skalen sowie der Häufigkeit

der Konsequenzen für die Behandlung. Mit Hilfe von Interviews wurden Anwendbarkeit und Zweckmässigkeit des Konzepts, demographische und medizinische Einflussfaktoren sowie mögliche Nutzungshemmnisse qualitativ erfasst.

Wir formulierten die Hypothese, dass durch das Einsetzen eines validierten Messinstrumentes zur Schmerzerfassung (zur Selbsterfassung NRS oder VAS, zur Fremderfassung BESD), die Schmerzbehandlung verbessert wird und medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Massnahmen häufiger zum Einsatz kommen. Wir erwarteten insbesondere bei PmD eine relevante Anpassung der klinischen Praxis.

Material und Methoden

Die Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (APP) der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) AG bietet der Zielgruppe der über 65-jährigen Bevölkerung eine alterspsychiatrische Vollversorgung mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten. Auf zwei alterspsychiatrischen Stationen (hier A und B genannt) werden Patient:innen mit dem gesamten Krankheitsspektrum behandelt.

Die Klinik für APP der UPD führte als Qualitätsmassnahme ab 01.04.2021 ein Schmerzkonzept ein. In diesem Rahmen wurden die Stationsärzte sowie Pflegefachkräfte durch den Autor PH geschult; es wurden Handouts (vgl. Anhang 3, siehe online-Version auf <https://sanp.ch/article/doi/sanp.2022.w10101>) und Schmerzerfassungsbögen an das Personal verteilt und an den Arbeitsplätzen ausgehängt; ebenfalls wurde eine Sensibilisierung (*awareness*) durch Erwähnung des Schmerzkonzepts beim täglichen Teamgespräch angestrebt.

Beim Schmerzkonzept wurde durch die Assistenzärzte ein Screening durchgeführt (VAS/NRS bei verbal auskunftsfähigen, BESD bei beeinträchtigten Personen). Sowohl beim NRS als auch beim VAS, wurde ein Cut-off von 4 oder mehr Punkten als näher abklärungsbedürftig und potenziell behandlungsbedürftig angenommen [23]. Dabei wurde das adaptierte VAS erst dann als Instrument zur Hilfe genommen, wenn das Durchführen des NRS aus kommunikativ-kognitiven Gründen (z. B. bei starker Hörminderung) nicht bestandskräftig erschien (vgl. Abbildung 1).

Als Cut-offs für nähere Abklärung und mögliche Behandlung von Schmerzen wurden beim BESD ebenfalls ≥ 4 Punkte angenommen [20]. Nebst dem Screening bei Eintritt war auch ein anlassbezogenes Screening, z. B. bei ungewöhnlichem Verhalten (Zunahme von Verhaltensstörungen, abwehrendes Verhalten, Veränderungen beim Schlaf oder Essen und Trinken), oder Veränderungen der Vitalzeichen vorgesehen.

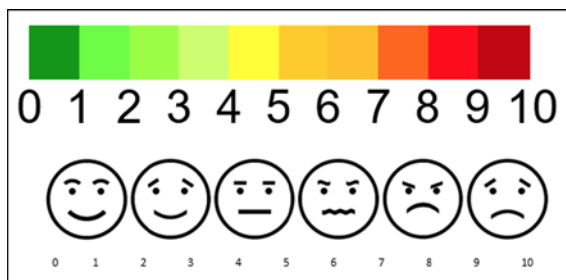


Abbildung 1: adaptierte VAS und NRS.

Bei Vorhandensein von Schmerzen erfolgte eine genauere ärztliche Beurteilung, z. B. anlässlich der Visite, und es wurden nicht-medikamentöse (z. B. Quarkwickel, Physiotherapie) Massnahmen sowie topisch oder systemisch anzuwendende Medikamente zur Schmerzbekämpfung eingesetzt. Eine kurze Behandlungsrichtlinie war ebenfalls im verteilten Handout enthalten.

Zur Überprüfung des Verlaufs wurden entsprechende Verlaufsmessungen (VAS/NRS oder BESD) in individuellen Intervallen, sowie auch klinische Beobachtungen, wie z. B. Beurteilung der Mobilität oder Ausprägung der Verhaltensstörungen bei Demenz, durchgeführt.

Schmerzbehandlung

Für die Schmerztherapie wurde das WHO-Stufenschema [24] beigezogen. Es wurde in den 80er- Jahren entwickelt und war primär auf Tumorkranken ausgerichtet. Bis heute dient es dem strukturierten Vorgehen bei einer nötigen Schmerztherapieeskalation.

Stufe 1 sieht die Abgabe von Nicht-Opioide-Analgetika vor, Stufe 2 von niederpotenten und Stufe 3 von hochpotenten Opioide-Analgetika [24]. Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ist jedoch häufig ein modifiziertes Vorgehen nötig. So ist bei der Gabe von nicht-stroidalen Antirheumatika (NSAR) aufgrund möglicher gastrointestinaler Toxizität, Nephrotoxizität und ungünstigem kardiovaskulärem Risikoprofil Vorsicht geboten [25]. Wir sahen daher ein individualisiertes Vorgehen vor: Je nach Komorbiditäten wurde ganz auf NSAR verzichtet, oder sie wurden zeitlich limitiert verabreicht; ebenfalls war ein Magenschutz mit Protonenpumpenhemmer vorgesehen, und bei kardiovaskulär gesunden Patienten mit Hinweisen auf vorangegangene gastrointestinale Toxizität konnte alternativ die Abgabe eines COX-2-Hemmers (Coxib) erwogen werden. Als Stufe-1-Analgetika wurden nach Ausschluss von Kontraindikation vorzugsweise Paracetamol per os, Metamizol per os sowie als adjuvante Therapie bei muskuloskelettalen Schmerzen topische NSAR verabreicht.

Bei den Stufe-2-Analgetika dürfte das Tramadol der prominenteste Vertreter sein. Aufgrund der schwachen Potenz der Substanz und potenziell schwerwiegender Nebenwirkungen in einer gerontopsychiatrischen Population (u. a. Senkung der Krampfschwelle, Risiko für Serotoninsyndrom bei SSRI- oder MAO-Hemmer-Therapie) [25] spielte es in unserem adaptierten Schema eine untergeordnete Rolle.

Bei der Abgabe starker Opioide-Analgetika wurde aufgrund des Risikos für Benommenheit und Schwindel und der damit einhergehenden Sturzgefahr [25] das Prinzip *start low, go slow* verinnerlicht, die Therapieindikation wurde regelmässig hinterfragt und eine Laxantientherapie wurde eingesetzt.

Der Einsatz von Co-Analgetika wie Antikonvulsiva, Antidepressiva und/oder Cannabinoiden wurde von Fall zu Fall individuell erwogen.

Einschlusskriterien und Datensammlung

Alle stationären Neueintritte sollten ab 01.04.2021 entsprechend dem neuen Schmerzkonzept ein separat zu dokumentierendes Schmerzassessment erhalten. Wir berichten über Eintritte bis 30.09.2021. Autor PH war in dieser Zeit Assistenzarzt auf Station A.

Zum Vergleich wurde ein historisches Sample von 52 Fällen der Station A aus dem Jahr vor Einführung des Schmerzkonzepts herangezogen. Bei identischen Einschlusskriterien und gleicher Station wurde dabei ein *matching* angenommen.

Auf Station B wurde nicht regelmässig ein Schmerzassessment durchgeführt bzw. dokumentiert. Um zu eruieren, ob die Bemühungen zur Implementierung des Konzepts – trotz fehlender Dokumentation der Schmerzintensitäten – auf Station B dennoch einen Effekt gebracht hatten, wurden von Station B zwei Samples, nämlich von 52 Fällen (Jahr vor der Einführung des Schmerzkonzepts) und 41 Fällen (nach Implementierung) in einem Zeitfenster von jeweils drei Monaten erfasst. Bei allen Samples wurden nebst den automatisch extrahierten Variablen vorrangig erhoben, ob je Fall eine resultierende Handlung (Schmerzmittelabgabe aus der Reserve oder Erhöhung der Schmerzmittel-Fixmedikation) erfolgt war. Die *Kantonale Ethikkommission für Forschung* des Kantons Bern bewertete die Datenerhebung als nicht unter das Humanforschungsgesetz fallend.

Statistische Analysen

Wir benutzten deskriptive Statistik zur Beschreibung unserer Studienpopulation. Mittels Chi-Tests wurde untersucht, ob Alter, Geschlecht oder Art der Erkrankung mit der Häufigkeit der Durchführung eines Schmerzassessments oder der Häufigkeit der Schmerz-

mittelabgabe einhergeht. Die Gegenüberstellung mit den historischen Kontrolldaten ermöglichte den Vergleich der Häufigkeit der Schmerzmittelabgabe vor und nach der Einführung des Schmerzkonzepts. Auch hier wurde der Chi²-Test für den Gruppenvergleich verwendet.

Das Signifikanzniveau wurde für alle eingesetzten Verfahren auf $p < 0.05$ festgesetzt.

Interviews

Begleitend zu den quantitativen Erfassungen wurden unstrukturierte Interviews mit den leitenden Pflegefachpersonen sowie mit den Assistenzärzten der betroffenen Stationen geführt. Dabei sollten mögliche Hemmnisse und Stolpersteine, die bei der Implementierung auftreten könnten, und Anwendbarkeit und Zweckmässigkeit des Schmerzkonzepts eruiert werden und mit den quantitativen Daten in Bezug gesetzt werden.

Resultate

Aufgrund der ungenügenden Dokumentation auf Station B berichten wir hier zunächst von Station A. Dort wurden 116 Fälle eingeschlossen die vom 01.04.2021 bis 30.09.2021 eingetreten waren. Davon waren 43 (37%) Männer. Das mittlere Alter betrug 77 Jahre (SD 8.02). Die mittlere Hospitalisationsdauer betrug 25 Tage (SD 17.41). Die häufigsten psychischen Haupt- und Nebendiagnosen (aufgeschlüsselt gemäss Kapitel F des ICD-10) sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Schmerzassessment

Auf Station A wurde bei 60 von 116 Fällen (52%) ein Schmerzassessment durchgeführt. Dabei wurde 47-mal eine subjektive Schmerzerfassung nach VAS/NRS, und in 17 Fällen eine Fremdeinschätzung nach BESD durchgeführt (4 Fälle mit VAS/NRS und BESD). Von den 47 durchgeführten VAS/NRS fielen 22 positiv aus, was einem Anteil von 47% entspricht. Von den 17 durchgeführten BESD fielen 11 positiv aus, was einem Anteil von 65% entspricht. Insgesamt wiesen 52% aller durchgeführten Assessments auf das Vorhandensein von Schmerzen hin.

Einflussfaktoren

Weder das Alter noch das Geschlecht hatten einen Einfluss darauf, ob ein Schmerzassessment durchgeführt wurde, ob es pathologisch ausfiel oder ob es zu einer resultierenden Handlung durch Schmerzmittelabgabe kam. Bei den Hauptdiagnosen zeigte sich, dass Patienten mit F2-Diagnose (psychotische Erkrankung) weniger häufig pathologische Assessments aufwiesen ($p < 0.05$) sowie – unabhängig vom Vorliegen eines Assessments – auch weniger oft eine Schmerzmittelanpassung ($p < 0.05$) erhielten. Umgekehrt war bei F0-Diagnosen (Organische Störungen wie Demenz und Delir) ein vorhandenes Assessment mittels BESD signifikant häufiger mit einer Schmerzmittelabgabe assoziiert ($p < 0.01$). Eine kürzere Hospitalisationsdauer wurde mit einer Dauer von < 10 Tagen definiert und war mit signifikant weniger Assessments ($p < 0.01$) und resultierenden Handlungen ($p < 0.05$) verbunden. Wurde ein Assessment durchgeführt, kam es zu häufigerer Schmerzmittelabgabe als bei Patienten ohne Assessment ($p < 0.001$), insbesondere auch bei einem Assessment mit pathologischem Wert, was auf Schmerzen hindeutete ($p < 0.001$). 94% der Patienten mit pathologischem Assessment erhielten eine Anpassung der Schmerzmedikation, aber nur 52% mit unauffälligem Assessment, und 39% ohne Assessment und insgesamt also Anpassungen bei 57% der Patienten. Zum Vergleich: In der historischen Vergleichsgruppe auf Station A ein Jahr vor Einführung des Schmerzkonzepts waren bei 46% der Fälle Anpassungen erfolgt. Der Chi²-Test zeigte jedoch keine signifikanten Unterschiede an.

Situation auf Station B

Auf Station B war die Dokumentation der Schmerzassessments ungenügend. Eine qualitative Aussage zu möglichen Änderungen des Schmerzmanagements auf Station B nach Einführung des Konzepts war nicht möglich. Da wir auch potenzielle Hindernisse und Herausforderungen bei der Implementierung des Konzepts ergründen wollten, wurde Station B bei den Interviews (s. u.) dennoch berücksichtigt.

Tabelle 2: Psychische Haupt- und Nebendiagnosen (absolute und relative Häufigkeit) gemäss Klassifizierung Kapitel F ICD-10.

Diagnosen	Hauptdiagnose		Nebendiagnose	
	absolut	relativ	absolut	relativ
F0	50	43%	14	12%
F1	10	9%	10	9%
F2	23	20%	2	2%
F3	29	25%	12	10%
Andere (F4-F7)	4	3%	7	6%

Diskussion und Schlussfolgerung

Die eingeschlossenen Patienten (auf Station A) entsprachen im Hinblick auf Geschlecht (63% weiblich) und der Krankheitsbilder (ICD-10 F0 und F3) dem typischen Spektrum der stationären Alterspsychiatrie [26, 27]. Auch die Häufigkeit der pathologischen Schmerzassessments entsprach mit 52% (47% bei Selbsterfassung und 65% bei Fremderfassung) den Erwartungen [6]. Bezüglich Alter und Geschlecht stellten wir keine Unterschiede bei der Häufigkeit von Erhebung bzw. Behandlungsanpassung fest.

Die Auswertung zeigt, dass ein Schmerzassessment mit pathologischem Punktwert eher zu einer Anpassung der Schmerztherapie führt: 94% der Patienten mit pathologischem Screening erhielten eine Anpassung der Schmerzmedikation, aber nur 52% mit unauffälligem Screening, und 39% ohne Screening. 57% der gesamten Gruppe erhielten eine Anpassung. In der historischen Vergleichsgruppe waren es 46% gewesen.

Der in der Literatur teilweise beschriebene höhere Prävalenzanteil von Schmerzen bei affektiven Erkrankungen (F3) konnte in unserer Population nicht nachgewiesen werden. Bei psychotischen Erkrankungen (F2) wurden weniger pathologische Schmerzassessments erfasst und weniger Schmerzmittel abgegeben als in der Gesamtgruppe.

Bei vorhandener F0-Diagnose (Organische Störung wie Demenz oder Delir) und vorhandener Fremdeinschätzung mittels BESD, kam es zu signifikant häufigerer Abgabe von Schmerzmitteln. Dies legt die Vermutung nahe, dass bei nicht-Durchführen der Fremdeinschätzung mögliche Schmerzen übersehen wurden. Diese Erkenntnis ist in der gängigen Literatur ausreichend beschrieben und ist ein weiterer Ansporn, die Schmerzerfassung bei Demenz weiter zu fördern.

Limitationen

Auch auf Station A erhielten nur 52% der Patienten das vorgesehene Schmerzassessment. Dies erklärt sich überwiegend durch Eintritte während der Nacht oder am Wochenende, da die dort aufnehmenden Ärzte mit dem Prozess nicht vertraut waren, sowie auch durch Kurzaufenthalte (z. B. zur Krisenintervention), wo das Assessment möglicherweise aufgrund der zu kurzen Liegedauer nicht erhoben werden konnte. Auffällig ist aber auch der Unterschied zwischen Stationen A und B. Entscheidend dürfte hier die Anwesenheit des Autors PH auf Station A gewesen sein. Aufgrund der hohen Ar-

beitsbelastung und der hohen Anzahl bestehender Prozesse und Richtlinien zeigte sich ganz klar, dass die Implementierung eines zusätzlichen Arbeitsprozesses im klinischen Alltag eine Herausforderung darstellt.

Es erfolgte häufiger eine Schmerzmittelabgabe (resultierende Handlung) als es pathologische Assessments gab. So erhielten 52% der Patienten trotz unauffälligem Screening eine Schmerzmittelabgabe. Es erscheint plausibel, dass insb. in der Visitsituation dann auf das formale Assessment verzichtet wurde. Umgekehrt führte nicht jedes pathologische Assessment zu einer Therapieanpassung. Hier bleibt unklar, ob entsprechende Anpassungen in der Abwägung nicht gewünscht wurde (erwartete Nebenwirkungen, etc.) oder z.B. vom Patienten abgelehnt wurde.

Der Zeitpunkt der Schmerzmittelabgabe und der Zeitpunkt der Durchführung des Assessments wurden im Studiendesign nicht erfasst. Auch aus diesem Grund ist nicht eindeutig, dass die Durchführung des Assessments kausal zur Abgabe von Schmerzmitteln geführt hat.

Eine mögliche Limitation ist ebenfalls, dass bei Patienten, bei denen aus klinischer Sicht aufgrund der Anamnese, der medizinischen Vorgeschichte und des Verhaltens eher Schmerzen angenommen wurden, eher ein Assessment durchgeführt wurde. Dieser *sampling bias* könnte zu falsch hohen Häufigkeiten an pathologischen Assessments führen. Andererseits entsprechen die bei uns erhobenen Schmerzprävalenzen den aus der Literatur bekannten Zahlen.

Ausblick

Die Komplexität der stationär alterspsychiatrisch behandelten Patienten nimmt immer weiter zu, da leichter Kranke sich zunehmend ambulant behandeln lassen und kürzere Aufenthalte in der Somatik zur Verlegung akuter Kranker führt. Es steigen damit die Anforderungen an die Alterspsychiatrie. Prozesse im stationären Alltag müssen daran angepasst werden. Die ohnehin grosse Arbeitsbelastung wird dadurch jedoch noch grösser und muss durch eine Anpassung des Personalschlüssels korrigiert werden.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

References

You find the complete bibliography in the online version of the article at <http://doi.org/10.4414/sanp.2022.w10101>.

Peter Hayoz
Universitätsklinik für
Alterspsychiatrie und
Psychotherapie
Universitäre Psychiatrische
Dienste (UPD) Bern
Universität Bern
Bolligenstrasse 111
CH-3000 Bern 60
[peterhayoz\[at\]hotmail.com](mailto:peterhayoz[at]hotmail.com)