

Schmerz aus ärztlicher Perspektive bei Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen

Ein kleiner Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte

Autor:

**Dr. med. Jörg Stockmann,
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe**

Stand: 10.05.2021

Gliederung

1. Grundsätzliches
2. Fragen zu Beginn
3. Eigenanamnese
4. Fremdanamnese
5. Klinische Untersuchung
6. Weitere Diagnostik
 - a. Organisation der Untersuchungen
 - b. Labor, Sonographie, Röntgen-Abdomen
 - c. Obere Intestinoskopie
 - d. Fachärztliche Untersuchungen
 - e. Computertomographie
 - f. Magnetresonanztomographie
 - g. Knochenszintigramm
 - h. PET-CT
7. Re-Evaluation
8. Patienten ohne fassbaren Befund oder mit unklaren Ergebnissen
9. Probatorische Schmerztherapie
10. Zusammenfassung

1. Grundsätzliches

Schmerzen sind häufig und haben in den meisten Fällen eine Ursache, die sich mit medizinischen Diagnosen beschreiben lassen. Man geht davon aus, dass Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen (z.B. schwere mehrfache Behinderung) noch häufiger unter Schmerzen leiden als Angehörige der sogenannten „Normalbevölkerung“. Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität, insbesondere wenn sie ausgeprägt und chronisch sind. Unerkannte Schmerzen können sich auch unabhängig von der Ursache im „Schmerzgedächtnis“ als eigenständige Erkrankung manifestieren. Schmerzen können Alarmsignal einer akut lebensbedrohlichen Erkrankung sein. Es ist darum verständlich, dass allein die Vermutung, eine nicht aktiv sprachfähige, kognitiv beeinträchtigte und damit auch hilflose Person könnte unter Schmerzen leiden, dazu führt, dass ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird – auch wenn die Vermutung vielleicht vage ist. Schmerzen oder der Verdacht, dass diese vorliegen, sollten immer Anlass für eine Suche nach der Ursache sein.

Ärztinnen und Ärzte sehen sich insbesondere bei stark kognitiv beeinträchtigten Patienten häufig mit einer diagnostisch unübersichtlichen Situation konfrontiert. Sie bekommen nicht vom Patienten selbst, sondern von Dritten die Aufgabe, deren Beobachtungen und Hypothesen einzuordnen verbunden mit der Aufforderung, unmittelbar tätig zu werden. In jedem Falle sind sie mehr oder weniger gezwungen, in diesen unübersichtlichen Situationen eine Führungsrolle zu übernehmen. Die eingeschränkte direkte Kommunikation mit den Patienten lässt fremdanamnestischen Angaben eine große Bedeutung zukommen. Meist ist zu Beginn des Prozesses völlig unklar, was genau und ob überhaupt medizinisch untersucht werden soll oder muss. Wegen der unklaren Ausgangslage und zu erwartender Schwierigkeiten wird mit einer Untersuchung häufig eher zögerlich begonnen. Manchmal unterbleibt eine Abklärung gänzlich. Schnell ergeben sich viele Fragen, die kaum zu beantworten sind. Liegt überhaupt Schmerz vor? In welchem Rahmen und wie (z.B. wenn keine Kooperationsfähigkeit besteht) soll die Suche nach einer möglichen Schmerzursache begonnen werden? Wie weit soll man gehen? Welche Risiken werden durch Diagnostik erzeugt und welche bei Unterlassung von Untersuchungen?

Der folgende kleine Leitfaden soll Ärztinnen und Ärzten in der Aufgabe „Abklärung von möglichen Schmerzen“ unterstützen. Er erhebt keinen Anspruch, auf streng wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen zu basieren, sondern stellt eine Expertenmeinung dar. Der Autor hat als Facharzt für Innere Medizin über Jahrzehnte Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen am Krankenhaus und im MZEB untersucht und behandelt. Die Palette möglicher Schmerzursachen und die Heterogenität der genannten Patientengruppe sind immens. Darum müssen immer wieder sehr individuelle diagnostische Wege und Lösungen gefunden und organisiert werden. Im Folgenden werden Leitfragen formuliert, deren Beantwortung die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt dabei unterstützen sollen, eine Stufendiagnostik möglichst individuell und optimal zu etablieren.

2. Fragen zu Beginn

Anlass für eine Kontaktaufnahme mit der Hausärztin / dem Hausarzt sind gerade bei nicht sprachfähigen Patienten Verhaltensveränderungen, die den Verdacht auf Schmerz als Ursache dieses veränderten Verhaltens beim betreuenden Personal oder den pflegenden Angehörigen geweckt haben.

Im Zentrum jeglicher Diagnostik steht zunächst die Anamneseerhebung. Eine gute Anamnese gibt auch bei komplex beeinträchtigten Personen verwertbare Ergebnisse, die die weitere Diagnostik maßgeblich bestimmen. Die Beantwortung der unten aufgeführten Fragen hilft in der Regel, einen ersten Überblick zu bekommen. Insbesondere kommt im 1. Schritt der Frage „Wie wahrscheinlich ist Schmerz?“ eine hohe Bedeutung zu. Je wahrscheinlicher am Ende der ersten Anamneseerhebung Schmerz scheint, umso mehr ist weitere Diagnostik geboten, so groß die zu erwartenden diagnostischen Schwierigkeiten bei mangelnder Kooperationsfähigkeit oder aus anderen Gründen auch sein mögen.

Umgekehrt wird man übereilte und belastende Diagnostik vermeiden können, wenn sich die Vermutung „Schmerz“ nach gründlicher Anamnese und klinischer Untersuchung als weniger wahrscheinlich erweist.

Wenn am Ende einer sorgfältigen Anamnese größere Unsicherheit bleibt, hat sich die Durchführung von Basisuntersuchungen (körperliche Untersuchung, Labor, Ultraschall) bewährt. Diese tragen bei unauffälligem Ergebnis häufig dazu bei, dass sich in der Situation mit mehr Berechtigung Sicherheit im Umgang mit den betroffenen Menschen ergibt. Der Blick auf andere Ursachen eines veränderten Verhaltens, der immer vorhanden sein sollte, kann zugunsten psychischer oder pädagogischer Aspekte erweitert werden. Näheres zu den „Basisuntersuchungen“ findet sich unter den Punkten 5. und 6.

Folgende Fragen lenken den Blick auf Schmerzursachen, die erfahrungsgemäß häufig vorkommen:

- Wie erfolgt die Blasen- und Mastdarmentleerung
 - Beobachtet? Unbeobachtet?
 - Wie sind Stuhlfrequenz und -beschaffenheit?
- In welchen Alltagssituationen wird Schmerz beobachtet?
 - Bei der Nahrungsaufnahme?
 - Bei Transfers? Beim Laufen?
 - Im Bett?
 - Beim Abführen?
- Gibt es andere Kontexte (zeitlich, situativ) die schmerzauslösend scheinen?
 - Menstruation?
 - Physikalische Reize (Sonnenlicht, Lärm, Temperatur)
- Wird Nahrungsaufnahme verweigert?
 - Medikation mit Potential für Ulcera (NSAR, Bromid, Bisphosphonate...)?
 - Erbrechen?
 - Stuhlfrequenz?
- Haben sich motorische Funktionen verschlechtert?
 - Hat der Patient ein cerebrales Shuntsystem?
 - Gibt es Osteosynthesematerial im Körper?
 - Gab es Stürze
 - Direkt beobachtet?
 - Unbeobachtete Stürze möglich, z.B. in der Werkstatt?

3. Eigenanamnese

Wenn Ärztinnen und Ärzte den betroffenen Menschen nicht gut kennen, ergibt sich gelegentlich eine deutliche Unterschätzung, was dessen Fähigkeiten sich selbst mitzuteilen angeht. Zu bedenken ist, dass Menschen mit komplexer Beeinträchtigung meist angewiesen sind auf die Verwendung einfacher Sprache. Außerdem benötigen sie Zeit für Antworten. Die Reaktionszeiten auf an sie gerichtete Fragen sind häufig deutlich verlängert. Bildmaterial (Bücher, Symbole) und Objekte können bei der Befragung unterstützen.

Allgemeine Leitfragen:

- Was kann die Patientin / der Patient selbst zur Anamnese beitragen?
- Wird im Alltag unterstützte Kommunikation eingesetzt und ist diese auch für das Anamnesegespräch verfügbar?
- Kann die betreuende Begleitperson etwaige Antworten für die Ärztin / den Arzt „übersetzen“ ohne selbst sofort die gestellten Fragen zu beantworten (z.B. bei Dysarthrie)?

4. Fremdanamnese

Personen, die Menschen mit komplexer Behinderung pflegen und begleiten, haben nicht selten ungünstige Vorerfahrungen mit dem medizinischen System gemacht. Ihre Befürchtungen und Hypothesen zum behinderten Patienten wurden nicht ernst genommen oder es gab zu wenig Zeit, um wichtige Fragen anzusprechen. Zudem sind viele Menschen im Betreuungsdienst nicht medizinisch, sondern pädagogisch ausgebildet. Trotzdem sind bei nicht sprachfähigen Patienten diese Personen extrem wichtig und häufig die einzige Informationsquelle für die Ärztin / den Arzt. Jegliche Fremdanamnese muss aber in einem Kontext gesehen werden, in dem Vorerfahrungen, damit verbundene Befürchtungen oder Ausbildung der berichtenden Personen eine größere Rolle spielen.

Allgemeine Leitfragen:

- Von wem stammt die Fremdanamnese?
- Ist die berichtende Person gut vertraut mit dem Patienten / der Patientin? Wie lange kennt sie sie / ihn? Hat sie sie / ihn in den letzten Wochen regelmäßig betreut?
- Welche Vorerfahrungen zum Thema Schmerz gibt es mit der Patientin / dem Patienten?
 - Gab es ähnliche Situationen früher? Was wurde damals gefunden?
- Hat die berichtende Person selbst Schmerzerfahrungen?
- Warum genau glaubt die Betreuungsperson, dass Schmerzen vorliegen könnten?
- Hat die betreuende Person eigene Hypothesen zur Ursache?
- Existiert ein Betreuungsteam und ist sich dieses einig in der Beurteilung der Situation?
- Wurden bereits strukturierte Instrumente zur Schmerzerfassung eingesetzt (Fragebögen, Schmerzskalen)?
- Was genau lässt an Schmerz denken? Mimik? Lautieren? Rückzug?
- Sind bei der Körperpflege verdächtige Areale aufgefallen (Rötung, Schwellung, Berührungsschmerz)?
- In welchen Situationen wird als Schmerz gedeutetes Verhalten beobachtet?
 - Bei Transfers? Bei der Nahrungsaufnahme? Bestimmte Muster erkennbar? Ablenkbarkeit? Tröstbarkeit?
- Wurden schon Schmerzmittel eingesetzt?
 - Regelmäßig oder nur als Bedarf? Welche Präparate In welcher Dosis? Wie war der Erfolg?
- Wann genau hat das Problem angefangen?
 - Akutes Ereignis denkbar? Unbeobachteter Sturz?

Die Bearbeitung der Fragen unterstützt zunächst bei der Einschätzung, ob Schmerz eher wahrscheinlich oder eher unwahrscheinlich ist. Zudem können sich hieraus erste Hinweise auf eine mögliche Schmerzlokalisierung ergeben (z.B. Schmerzen bei Transfers als möglicher Hinweis auf neuroorthopädisches Problem oder unentdeckte Fraktur). Wichtig ist die Einschätzung der zeitlichen Dimension, die hilft, chronischen von akutem Schmerz abzugrenzen. Letzterer würde tendenziell eine zeitnahe, weitere Diagnostik erfordern, um z.B. eine akute Appendizitis nicht zu übersehen.

Leider zeigt sich in der Praxis häufig, dass diese Fragen nur sehr eingeschränkt von den Begleitpersonen beantwortet werden können. Erlaubt der klinische Zustand des Patienten einen Aufschub von umfassender klinischer Untersuchung, apparativer oder Labor-Diagnostik, ist es durchaus angemessen, einen Folgetermin zu verabreden. Bei diesem können dann die offen gebliebenen Fragen erneut (in der Zwischenzeit vom Betreuungsteam vorbereitet) besprochen werden. Das Betreuungsteam kann sich zwischen den Terminen austauschen und in der Regel wird die Beobachtung der als Schmerz interpretierten Phänomene präziser sein.

5. Klinische Untersuchung

Schon die klinische Untersuchung kann eine große Herausforderung darstellen. Sie ist bei sehr ängstlichen Patienten manchmal nur möglich, wenn sich die jeweilige Ärztin / der jeweilige Arzt ausreichend Zeit nimmt oder vorher ein Tranquilizer verabreicht wird. Auch ist die Erhebung eines verlässlichen neuroorthopädischen Befundes kaum möglich, wenn nicht Vorerfahrungen auf diesem Gebiet vorhanden sind. Zu bedenken sind auch immer sogenannte „idiosynkratische“ Reaktionen, also sehr patientenindividuelle Verhaltensweisen, die ohne Vorkenntnis der Person fehlgedeutet werden können. So gibt es Menschen, die unmittelbar bei jeder Berührung heftig lautieren, ohne dass dies als Ausdruck von Schmerz gewertet werden muss.

Allgemeine Leitfragen:

- Lässt der Patient erfahrungsgemäß eine Untersuchung zu?
- Steht in der Untersuchungssituation genug Zeit für eine gründliche Untersuchung zur Verfügung?
- Kann der Patient weitgehend entkleidet werden?

Die körperliche Untersuchung kann erste Hinweise auf mögliche Schmerzursachen, z.B. bislang nicht bekannte Frakturen geben (Extremitäten, Wirbelsäule). Das Ausmaß von Spastik und Bewegungsschmerz kann orientierend eingeschätzt werden. Manchmal gelingt auch eine Inspektion der Mundhöhle (Zahnstatus? Aphten?). Wichtig ist auch der Tast- und Auskultationsbefund des Abdomens (Resistenz z.B. in Form von Stuhlwalzen? Hinweise auf akutes Abdomen?). Kaum zu erfassen sind neuropathische Schmerzen, die sicher eine große Herausforderung darstellen, weil sie sich ja häufig auch einer Klärung durch bildgebende Verfahren entziehen.

6. Weitere Diagnostik

Reihenfolge und Umfang der Diagnostik orientieren sich zunächst an den Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Probleme. Die Erwartungswahrscheinlichkeiten werden bestimmt durch die Anamnese (zeitliche Dynamik, Ausmaß der vermuteten Schmerzen) und das individuelle Behinderungsbild (z.B. genetisches Syndrom, infantile Cerebralparese).

Beispiele:

- Die Wahrscheinlichkeit für eine ausgeprägte Refluxerkrankung ist bei Menschen mit schwerer Entwicklungsstörung, Tetraspastik und Rumination erhöht. Hier wird dann vermutlich eine obere Intestinoskopie sinnvollerweise früh im diagnostischen Prozess zum Einsatz kommen.
- Bei Menschen mit vorhandenem cerebralem Shuntsystem ist an Kopfschmerz durch Shunt Dysfunktion zu denken, so dass hier ein CCT frühzeitig zu erwägen ist.

Sind anamnestisch keinerlei spezifische oder individuelle Risiken für bestimmte Erkrankungen oder Komplikationen anamnestisch zu eruieren, so ist trotzdem eine Basisuntersuchung selbst dann sinnvoll, wenn Schmerz eher als unwahrscheinlich angesehen wird. Dazu gehören i.d.R. körperliche Untersuchung, Laborkontrollen und eine Sonographie des Abdomens.

a. Organisation der Untersuchungen

Insbesondere bei Menschen, die keinerlei Kooperationsfähigkeit besitzen und sich vielleicht aktiv gegen jegliche Untersuchung wehren, ist schon eine Basisuntersuchung sehr schwierig durchführbar. Es ist darum erforderlich zunächst diesen Punkt detailliert mit den Personen, die den Patienten im Alltag begleiten, und der gesetzlichen Betreuerin / dem gesetzlichen Betreuer zu erörtern.

Leitfragen:

- Lässt der Patient eine körperliche Untersuchung, ggf. auch eine Blutentnahme zu?
- Wie verhält sich die / der Betroffene für gewöhnlich im Kontext von Untersuchungen?
- Was erleichtert ggf. für alle Beteiligten den Prozess?
- Gibt es Vorerfahrungen mit sedierenden Medikamenten bezüglich Präparat, Dosis (z.B. Lorazepam, Midazolam, Neuroleptika)?

Wenn selbst eine körperliche Untersuchung und / oder eine Blutentnahme nur unter Sedierung möglich ist, müssen weitere Schritte besonders sorgfältig geplant werden, da sie in der Regel nur unter stationären Bedingungen und nicht in der Praxis von niedergelassenen Ärztinnen / Ärzten realisierbar sind.

Sollte tatsächlich sediert werden müssen, rücken die damit verbundenen Risiken automatisch mehr in den Vordergrund und die Nutzen-Risiko-Abwägung muss im Hinblick auf Erwartungswahrscheinlichkeiten noch sorgfältiger erfolgen. Außerdem ist mit der Entscheidung zur Sedierung automatisch die Frage verbunden, ob eine umfangreichere Diagnostik (Kombination mehrerer Untersuchungen) im Rahmen einer einzigen Sedierung möglich bzw. erforderlich ist. Das Prinzip der Stufendiagnostik wird dadurch im Einzelfall verlassen, um dem Patienten wiederholte Sedierungen zu ersparen.

b. Umgang mit Risiken

Wie schon erwähnt ist, die Nutzen-Risiko-Abwägung bei der Diagnostik nicht einwilligungs- und nicht kooperationsfähiger Patienten von großer Bedeutung. Leider muss diese Abwägung vor dem Hintergrund großer Unsicherheit stattfinden. Es hat sich daher bewährt, Angehörige, gesetzliche Betreuer und pädagogische bzw. pflegerisches Personal aus dem Wohnumfeld des Patienten sehr dezidiert in die Überlegungen zu Nutzen und Risiko einzubeziehen. Dies sollte nicht mit der (vielleicht unbewussten) Absicht erfolgen, Verantwortung „abzuwälzen“. Jedoch haben Laien häufig völlig falsche Vorstellungen davon, was ärztliche / apparative Diagnostik leisten kann und mit welchen Risiken sie verbunden ist. Auf Forderungen nach „rascher Abklärung“ oder einem „umfassenden Checkup“ muss man differenziert eingehen. Eine eher behutsame Vorgehensweise, die wie oben beschrieben in kleinen Schritten erfolgt und sorgfältig evaluiert wird, scheint für besonders schwer beeinträchtigte Menschen eine gute Wahl zu sein.

Nicht vergessen werden darf, dass sich bei vielen apparativen Untersuchungen, die zur „Ausschlussdiagnostik“ veranlasst werden, Nebenbefunde oder nicht eindeutige Ergebnisse zeigen. Diese zwingen dann im Einzelfall zu Verlaufskontrollen oder erweiterter Diagnostik, bei der am Ende häufig kein nutzbringendes Ergebnis steht. Dies ist ein weiteres Argument gegen eine zu frühe und zu breit gestreute apparative Diagnostik. Andererseits sollte bei großer Unsicherheit nicht auf Diagnostik verzichtet werden, insbesondere weil der wichtigste Baustein der Schmerzdiagnostik (die subjektive Schilderung der Betroffenen) fast immer fehlt und man aus Untersuchungen weiß, dass viele wichtige Diagnosen zu spät gestellt werden.

c. Labor, Sonographie, Röntgen-Abdomen

Wie erwähnt, gehört eine Sonographie des Abdomens bei mutmaßlichem Schmerz zur Basisdiagnostik. Erfasst werden können hierbei z.B. Pleuraergüsse, Aszites, Darmfunktionsstörungen, Cholezystolithiasis, Pankreatitis, Nierenstau, Harnverhalt.

Im nächsten Schritt hat es sich bewährt, insbesondere bei sehr schwer körperlich beeinträchtigten Patienten, die unter Obstipation leiden, eine Röntgen-Abdomen Übersichtsaufnahme zu veranlassen. Hierbei ist zu bedenken, dass die Strahlenbelastung etwa 5x höher als bei einer Röntgen-Thoraxaufnahme ist und es sich nur um eine Momentaufnahme handelt. Jedoch zeigen sich bei der genannten Personengruppe sehr häufig Zustände massiver Koprostase, die zu Schmerzen führen und letztlich auch das Leben der Patienten bedrohen können.

Führen körperliche Untersuchung, Labor, Sonographie und Röntgen-Abdomen zu keiner Klärung haben sich folgende nächste Schritte bewährt:

d. Obere Intestinoskopie

Da Refluxerkrankungen, HP assoziierte Gastritiden, Ulcera (u.a. besonders unter Bromid-Therapie einer Epilepsie!) nicht selten sind, empfiehlt sich eine endoskopische Untersuchung relativ frühzeitig im diagnostischen Prozess. Sie ist zudem relativ risikoarm und lässt teilweise auch eine etwas genauere Beurteilung des Zahnstatus zu, wenn der Patient tief sediert ist.

e. Fachärztliche Untersuchungen

Führt die allgemeinmedizinisch / internistische Untersuchung nicht zum Ziel, ist die Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen sinnvoll. Die häufigsten Schmerzursachen bei Menschen mit komplexen Behinderungen finden sich in den Gebieten Zahnmedizin, Neurologie, Orthopädie, HNO und Gynäkologie.

Dabei sind die Fachärztinnen und -ärzte aber bei mangelnder Kooperationsfähigkeit in unterschiedlichem Maße von sedierenden Verfahren abhängig (insbesondere Zahnmedizin, HNO und Gynäkologie), was die Reihenfolge von Schmerzdiagnostik mit beeinflusst. Idealerweise sollten unter stationären Bedingungen Bildgebung und fachärztliche Diagnostik, die nur unter Sedierung stattfinden können, kombiniert werden. Betont werden sollte an dieser Stelle die Rolle der Zahnmedizin. Sofern es Auffälligkeiten bei der Nahrungsaufnahme gibt oder die letzte gründlich zahnärztliche Untersuchung lange (> 1 Jahr) zurückliegt, ist eine entsprechende Untersuchung in Narkose zu erwägen.

f. Computertomographie (Kopf, Abdomen)

Die CT bietet den Vorteil, rasch, umfassend und detailreich wichtige Schmerzursachen nachweisen oder auch ausschließen zu können. Andererseits sind Risiken durch Kontrastmittel und Strahlen zu bedenken. Insbesondere bei „red flags“ in der Anamnese (plötzlicher Beginn der Symptome, ausgeprägte Verhaltensveränderungen, starke klinische Indizien für Schmerz bezogen auf Mimik und sonstige Körpersprache, erheblicher Gewichtsverlust, begleitendes Fieber usw.) sollte die Indikation für eine CT eher großzügig und frühzeitig gestellt werden. Bewährt hat sich eine CT von Kopf und Abdomen, da hier die häufigsten Schmerzursachen zu finden sind.

g. MRT

Das MRT liefert in Abhängigkeit von der Fragestellung häufig bessere Bilder und erzeugt keine Strahlenbelastung. Das verabreichte Kontrastmittel ist nicht völlig unbedenklich, verursacht aber seltener Komplikationen als die beim CT verwendeten. Großer Nachteil des MRT ist die erforderliche Zeitdauer mit der Notwendigkeit, während der Untersuchung komplett ruhig zu liegen. Diese Voraussetzung erfüllen nur wenige Patienten mit komplexer Behinderung. Insbesondere bei Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates und / oder des ZNS incl. Rückenmark ist aber der Vorteil des MRT gegenüber dem CT groß. So sollten in Zusammenarbeit mit Neurologen und / oder Orthopäden die Indikation für ein MRT bei unklarem Schmerz gestellt werden, wenn es eine klinisch verdächtige Körperregion (Segment) gibt. Ein „Ganzkörper-MRT“ ist im Hinblick auf die Untersuchungsdauer nicht realistisch, auch wenn es manchmal wünschenswert wäre.

h. Knochenszintigramm

Es gibt Untersuchungen, die den Wert einer Szintigraphie für die Schmerzdiagnostik betonen. Im Vergleich zum CT erweist es sich dann als überlegen, wenn die Lokalisation des möglichen Schmerzes völlig unklar ist. Auch bei erhöhten Entzündungswerten in Kombination mit Schmerz ist es gelegentlich hilfreich. Allerdings ist der apparative bzw. organisatorische Aufwand höher als beim CT (zweizeitiger Untersuchungsablauf, ca. 20 Minuten Scandauer).

i. PET-CT

Die Indikation ist ähnlich zu sehen wie die für das Knochenszintigramm. Die Kosten sind höher, die Verfügbarkeit geringer. Manchmal ist es einfacher, ein Szintigramm zu realisieren. Wenn man dies erwägt, aber ein PET-CT zur Verfügung steht, sollte letzteres bevorzugt werden.

7. Re-Evaluation

Nach jedem Schritt in der Diagnostik sollten die Ergebnisse mit der Patientin / dem Patienten und den Betreuungspersonen besprochen werden. Bei nicht sprachfähigen Patienten ist dies besonders wichtig, weil die Mehrdeutigkeit von Verhaltensänderungen (eben nicht nur Schmerz als Auslöser) stets bedacht werden muss. Immer sollten pädagogische, soziale, psychologische und psychiatrische Aspekte in die Überlegungen mit einbezogen werden. Das bedeutet, dass verantwortliche Ärztinnen und Ärzte (insbesondere Hausärzte) im Rahmen der Stufendiagnostik auch Prüfaufträge an andere Fachdisziplinen und Berufsgruppen geben müssen. Man sollte sich die Bälle gegenseitig zuspielen, was gute Informationen – und wenn möglich – einen direkten Kontakt voraussetzt. Niemand ist allein dafür verantwortlich, Verhaltensstörungen ätiologisch einzuordnen. Die Führungsrolle bei einer somatischen Abklärung sollte jedoch vornehmlich von der / dem jeweils hauptverantwortlichen (Haus-) Ärztin / Arzt übernommen werden.

8. Patienten ohne fassbaren Befund oder mit unklaren Ergebnissen

Erfahrungsgemäß ist bei einem größeren Anteil der beschriebenen Patienten am Ende einer ausführlichen Diagnostik nicht eindeutig festzulegen, ob tatsächlich Schmerz besteht, ob die erhobenen Befunden zur beobachteten Symptomatik passen und inwieweit eine ursächliche oder symptomatische Therapie erforderlich ist.

Wenn gründlich untersucht wurde und kein eindeutig pathologischer Befund erhoben werden konnte, muss spätestens dann die Frage beantwortet werden, ob trotzdem weiter Schmerz erwogen wird. Wenn dies bejaht wird, sollte zumindest probatorisch eine regelmäßige Analgetikagabe etabliert werden (siehe Punkt 10).

Auch entbindet die Ergebnislosigkeit einer Ursachensuche nicht von der Verantwortung, nach geraumer Zeit den Prozess ggf. in Varianten neu zu durchlaufen. Manche Schmerzursachen lassen sich erst durch wiederholte oder andere Bildgebungsverfahren erfassen.

Insgesamt hat sich gerade bei unklarer Befundlage ein multiprofessioneller Ansatz bewährt. Dabei kommt der gemeinsamen Planung und Durchführung von Maßnahmen (z.B. Abführmaßnahmen bei Koprostase und chronischer Obstipation) sowie die genaue Beobachtung und Dokumentation der Wirksamkeit der Maßnahmen eine große Bedeutung zu. Eine Schmerztherapie sollte ärztlicherseits so angeordnet werden, dass den Pflegenden ein möglichst großer Spielraum gegeben wird. Es darf dann aber auch verlangt werden, dass dieser verantwortlich ausgeschöpft wird und die Dokumentation über den Erfolg oder Misserfolg von angeordneten Maßnahmen (z.B. Analgetikatherapie) möglichst objektiv, präzise und übersichtlich dokumentiert wird.

9. Probatorische Schmerztherapie

Die probatorische Schmerztherapie sollte immer dann erfolgen, wenn Schmerz angenommen wird. Man sollte dies auch unabhängig davon tun, ob nach gründlicher Diagnostik nun eine Ursache gefunden wurde oder nicht. Einerseits hat jeder Mensch das Recht auf wirksame Schmerzbehandlung, andererseits hilft eine Schmerztherapie in bestimmten Fällen auch diagnostisch weiter. Ändert sich das Verhalten der betroffenen Person durch eine ausreichend dosierte Analgetikatherapie nicht überzeugend, darf die Hypothese „Schmerz“ in Frage gestellt werden. Insofern kann eine probatorische Schmerztherapie auch durchaus als diagnostisches Instrument frühzeitig eingesetzt werden. Voraussetzung ist eine ausreichende Dosierung und passende Dosisintervalle. Orientierungshilfe bietet das WHO-Stufenschema, welches durchaus auch frühzeitig bis incl. Stufe 2 eingesetzt werden darf, ohne dass die oben beschriebene ausführliche Diagnostik in allen Schritten stattgefunden hat. Eine probatorische Schmerztherapie sollte vorrangig regelmäßig und nicht als Bedarfsmedikation erfolgen. Die Festlegung, ob der Patient seinen Bedarf benötigt oder nicht, unterliegt einer großen Streubreite in der Einschätzung und führt in der Regel zu keiner Klarheit. Vor allem, wenn die probatorische Therapie auch zu diagnostischen Zwecken eingesetzt wird, ist eine strukturierte Beobachtung des Patienten vor, während und nach der „Therapiephase“ unbedingt zu empfehlen. Am besten wird für die Beobachtung ein evaluiertes Instrument benutzt (z.B. EDAAP).

10. Zusammenfassung

Menschen mit komplexer Beeinträchtigung sind häufig von akuten oder chronischen Schmerzen betroffen. Da sich viele der Betroffenen nicht konkret zu ihren Beschwerden äußern können, werden Schmerzen und deren Ursachen häufig nicht erkannt und bedeutsame Diagnosen übersehen. Dies führt zu erhöhter Morbidität und Mortalität.

Die Hypothese, dass Schmerz vorliegen könnte, sollte immer ernsthaft geprüft werden, egal von wem diese Hypothese aufgestellt wird. Die Verantwortung für den mehrstufigen Abklärungsprozess sollte in den Händen der jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzte liegen.

Gleichwohl müssen alle in die Betreuung des Betroffenen involvierten Personen ihren Beitrag leisten. Dieser liegt in der genauen Beobachtung und Dokumentation der als Schmerz gedeuteten Phänomene. Für die Beobachtung und den Austausch im Team darüber sind verschiedenste Situationen des Alltags heranzuziehen (z.B. Transfers, Nahrungsaufnahme, Schlaf). Ärztlicherseits sollte immer eine ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung erfolgen, wofür die Rahmenbedingung (großzügiger Zeitrahmen, ruhiger Untersuchungsraum) wichtige Voraussetzung sind. Häufige Ursachen sollten primär erwogen und abgeklärt werden, wenn Anamnese und klinische Untersuchung nicht auf eine Spur führen. Zu nennen sind hier Zahnschmerzen, thorako-abdominelle Schmerzen (Koprostase, Refluxösophagitis), neuroorthopädisch bedingte Schmerzen (Spastik, Kontrakturen, Hüftluxationen, Skoliosen) und Frakturen.

Labor und Sonographie sind die wichtigsten Bausteine eines ersten weiterführenden Untersuchungsschrittes. Beides sollte frühzeitig erfolgen. Die weitere, eher kleinschrittige Abfolge apparativer und fachärztlicher Diagnostik orientiert sich an klinischen Befunden und Erwartungswahrscheinlichkeiten. Letztere sind oft assoziiert mit dem jeweiligen Behinderungsbild (u.a. genetischem Syndrom) und den schon erwähnten Häufungen von somatischen Problemen in dieser Patientengruppe. CT, Endoskopie und fachärztliche Untersuchungen (Zahnmedizin, HNO, Orthopädie, Gynäkologie) sind wichtige Elemente einer erweiterten Diagnostik.

Bei mangelnder Kooperationsfähigkeit werden bei einige Patienten Untersuchungen nur in Narkose oder Sedierung möglich sein, was in der Regel die Möglichkeiten eines Krankenhauses voraussetzt. Hier gilt es möglichst viele Untersuchungen zu kombinieren, gleichzeitig aber „Überdiagnostik“ zu vermeiden.

Eine probatorische Schmerztherapie kann ein wichtiger Baustein der Diagnostik sein.

Schmerzdiagnostik ist immer „Teamwork“, alle Beteiligten müssen Verantwortung übernehmen. Die Führungsrolle im diagnostischen Prozess sollte aber bei den verantwortlichen Hausärztinnen und Hausärzten liegen.

Bei nicht zu erhärtender Hypothese, dass Schmerz vorliegen könnte, oder unklarer Ursache sollte eine Re-Evaluation von vornherein geplant werden. Auf eine adäquate Schmerztherapie sollte auch bei unklarer Situation nicht verzichtet werden. Gleichwohl muss deren Nutzen und Schaden im Verlauf immer wieder neu bewertet werden.