

Patientengruppe mit besonderen Bedürfnissen



SCHMERZPHYSIOTHERAPIE IM ALTER Ältere Menschen haben häufig eine veränderte Schmerzwahrnehmung. Kommt dann beispielsweise noch eine Demenz hinzu, leidet oft auch die Kommunikation. In der Behandlung gestalten sich deshalb Befund und Therapie schwierig. Hier helfen Strategien wie mit einfachen Abbildungen die Schmerzstärke abzufragen.

Immer mehr Menschen werden immer älter und sind zunehmend auf Physiotherapie angewiesen. Haben diese Patienten chronische Schmerzen, gelten grundsätzlich die gleichen Therapieprinzipien wie bei jüngeren Erwachsenen (☞ *physiopraxis* 9/14, „Aktivität hat Vorfahrt“, S. 28). Doch es lauern Fallen, die der Therapeut berücksichtigen muss. So erschweren zum Beispiel kognitive Einschränkungen bei einer Demenz die Assessments. Auch die Pathophysiologie im Alter und bei einer Demenz ist eine andere. Man nimmt an, dass diese Patienten eine geringere Schmerztoleranz haben [2, 17]. Abhängig vom Ort der Degeneration und der Schwere der Demenz sind unterschiedliche Schmerzdimensionen betroffen: Bei einer Schädigung der lateralen Schmerzsysteme sind vor allem diesensorisch-diskriminativen Dimensionen wie Schmerzlokalisierung und -qualität betroffen. Liegt die Degeneration im medialen System, werden die affektiv-motivationale Dimension, wie Angst und Schmerzleiden, oder die kognitiv-evaluative Dimension, wie das Schmerzgedächtnis, herabgesetzt [3]. Läsionen in der weißen Gehirns substanz können Störungen in der Schmerzhemmung bewirken, was ein stärkeres Schmerzerleben zur Folge hat [4]. Bei der Untersuchung und Behandlung sollte der Therapeut sich deshalb an bestimmte Schritte halten, wie das nachfolgende Beispiel zeigt.

Fallbeispiel: Frau Kos ▶ Marianne Kos* ist eine 71-jährige Patientin, die seit etwa zehn Monaten immer wiederkehrende Schmerzen im Rücken hat. Ihr Hausarzt diagnostizierte ein Lumbalsyndrom und

stellte eine Gangunsicherheit fest. Seit einigen Monaten besteht zudem der Verdacht auf eine Alzheimer-Demenz. Mit einem Rezept für Krankengymnastik kommt Frau Kos begleitet von ihrer Tochter zu Physiotherapeutin Pia Kranz*. Aus dem Kurzbericht des Hausarztes geht hervor, dass Frau Kos im Mini-Mental-Status-Test 20 von 30 Punkten erreicht, was auf eine leichte Demenz hindeuten könnte [1]. Da der Arzt Red Flags ausgeschlossen hat, kann Pia Kranz davon ausgehen, dass es für die Beschwerden keine spezifischen Ursachen gibt.

Bei der Anamnese helfen Angehörige, die Schmerzen soll der Patient selbst angeben.

Bei der Untersuchung beginnt Pia Kranz mit der Schmerzanamnese. Frau Kos soll ihre Schmerzen in das Körperschema einzeichnen. Dabei umkreist sie den unteren LWS-Bereich. Beim Rest der Anamnese hilft die Tochter und erzählt, dass ihre Mutter gerne im Garten arbeitet und spazieren geht. Vor allem dabei treten die Beschwerden auf. Schon länger meidet sie Bewegungen im unteren Rücken und verfolgt deshalb ihre Hobbys nicht mehr so ausdauernd wie früher.

Schmerzanamnese sprachlich anpassen ▶ Bei älteren Patienten ist es wichtig, dass Therapeuten gezielt und mit deren Wortschatz nach Beschwerden fragen. „Tut Ihnen etwas weh?“ wird eher zu einer ▶

* Name von der Redaktion geändert

adäquaten Antwort führen als „Haben Sie Schmerzen?“. Von sich aus sprechen viele der Patienten ungern über Schmerz („underreporting of pain“). Sie denken, Schmerz gehöre zum Alter dazu, oder haben Angst, dass ihre Medikation erhöht wird. Es drohen Nebenwirkungen, viele Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte, meinen sie.

Ebenso war es bisher bei Frau Kos. Wegen ihrer Rückenprobleme bekam sie bereits vor acht Monaten Physiotherapie. An ihren Schmerzen hat das nicht viel verändert. In der Untersuchung fragt sie ängst-

„Tut Ihnen etwas weh?“ versteht der Patient eher als „Haben Sie Schmerzen?“.

lich, ob das denn nie mehr weggehe, und erzählt, was sie noch alles in ihrem Garten erledigen wolle. Dabei hellt sich ihr Gesicht kurzzeitig auf. Als sie im nächsten Schritt ihre Schmerzen auf der Numerischen Rating-Skala [5] angeben soll, schaut sie die Therapeutin nur fragend an. Ihr fällt es schwer, die Skala von null bis zehn in ein Verhältnis zu ihren Schmerzen zu setzen. Um ihr die Angabe zu erleichtern, greift die Therapeutin alternativ zu einer Gesichter-Skala (Faces Pain Scale Revised). Diese zeigt sechs Gesichter, die sowohl Kindern als auch älteren Menschen helfen sollen, ihre Schmerzen einzuschätzen [13, 14]. Die Skala beginnt links mit einem neutralen Gesicht, gefolgt von fünf weiteren, die zunehmende Schmerzen ausdrücken. Frau Kos zeigt auf das zweite Gesicht von rechts, was die Therapeutin als deutlichen Schmerz interpretiert. Dabei reibt sich die 71-jährige den Lendenwirbelbereich. Wäre die Patientin mit dieser Skala ebenfalls nicht zurechtgekommen, hätte Pia Kranz eine Fremdeinschätzung anhand einer Beobachtungsskala vornehmen können, etwa anhand des Assessments „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz“ (BESD) [12]. Diese Skala wurde für Menschen mit Demenz entwickelt, die sich sprachlich nicht mehr gut ausdrücken können. Sie umfasst fünf Beobachtungskategorien: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung. Auch hätte Pia Kranz die Angehörigen befragen können. Sowohl die Fremdeinschätzung als auch die Befragung der Angehörigen sollte der Therapeut jedoch nur nachrangig in Betracht ziehen.

Das Hauptproblem suchen ➤ Auf die Frage, was für Frau Kos das größte Problem sei, antwortet sie: „Weniger machen können wegen der Rückenprobleme.“ Bei der üblichen Funktionsuntersuchung kann Pia Kranz keine Bewegungseinschränkung im Rücken feststellen. Allerdings bewegt sich Frau Kos sehr vorsichtig, und die Palpation ergibt einen leichten Druckschmerz in der unteren LWS. Als Funktionstest wählt die Therapeutin deshalb die Back Performance Scale (BPS), welche funktionelle Defizite und Ressourcen des Patienten aufdeckt (☞ [physiopraxis 11-12/09, S. 50](#)). Die Therapeutin achtet dabei besonders auf die Bewegungsqualität und Äußerungen von Frau Kos, die deutliche Schwierigkeiten hat, die Tests auszuführen. Sie erzielt 11 von 15 Punkten (je höher die Punktzahl, desto größer die Beeinträchtigung). Pia Kranz fällt zudem auf, dass die Patientin sehr unsicher und ängstlich ist. Während der Tests möchte sie sich oft abstützen; beim Aufhebe- und Hebetest, einem Teil der BPS, fragt sie, ob

sie das wirklich machen darf, und führt daraufhin die Bewegungen nur sehr zögerlich und unsicher aus. Deshalb entschließt sich Pia Kranz, zusätzlich die Sturzangst mithilfe der internationalen Falls Efficacy Scale (FES-I) abzufragen (☞ [physiopraxis 2/10, S. 34](#)). Frau Kos entgegnet, sie traue sich nicht mehr viel, habe Angst zu fallen oder „dass am Rücken was kaputt gehen könnte“. Mit 25 von 64 Punkten liegt sie im Bereich einer moderaten Sturzangst. So wie Frau Kos geht es dabei vielen älteren Menschen. Nicht nur die Sturz- und Schmerzangst, auch Angst-Vermeidungs-Verhalten und die Abneigung gegenüber Bewegung führen dazu, dass sie an Mobilität verlieren [8].

Hypothese und Therapieziele formulieren ➤ Schon während der Untersuchung stellt Pia Kranz eine Hypothese auf, die sie Schritt für Schritt durch die Assessments bestätigt. Sie vermutet, dass sich die Schmerzproblematik bei Frau Kos hauptsächlich im Verarbeitungsbereich abspielt. Bei der Chronifizierung des Schmerzes haben bei ihr vor allem maladaptive Gedanken, Schadens- sowie Sturzängste eine Rolle gespielt und zu einer reduzierten Alltagsaktivität geführt.

Pia Kranz möchte, dass die Patientin wieder Vertrauen in Aktivitäten gewinnt. Um Handlungen zu definieren, die für Frau Kos problematisch, aber relevant sind, erhebt sie zusammen mit ihr und ihrer Tochter die Patientenspezifische Funktionskala (PSFS) (☞ [physiopraxis 6/14, S. 42](#)). Damit lassen sich der Behandlungsverlauf beurteilen und die Therapieziele auswählen. Alten Menschen fällt es oft schwer, ihre Ziele konkret zu benennen. Hier helfen Fragen nach Hobbys, sozialen Aktivitäten und Beruf. Frau Kos nennt mit ihrer Tochter die drei wichtigsten Aktivitäten. Die schwierigste, aber wichtigste Aktivität ist die Gartenarbeit, gefolgt von Kochen und Wandern. Pia Kranz spricht auch die Sturzängste an und formuliert als Ziel im Behandlungsplan: wachsende Sicherheit im Alltag. Frau Kos' Tochter vereinbart bei der Therapeutin zwei Mal pro Woche Termine. Diese finden um 16 Uhr statt, weil die Patientin da aktiver und belastbarer ist.

➔ **FORTBILDUNG**

Spezielle Schmerzphysiotherapie

In der Fortbildung lernen erfahrene Physiotherapeuten unter anderem, Kenntnisse der Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz in die Praxis zu übertragen. Infos unter: www.dgss.org/aus-weiter-fortbildung/deutsche-schmerz-akademie/spezielle-schmerzphysiotherapie

 **ZU GEWINNEN**

Den Schmerz in den Griff bekommen

Wer eines von drei Büchern aus dem Huber Verlag (www.verlag-hanshuber.com) gewinnen will, klickt bis zum 17.7.2015 unter www.thieme.de/physiopraxis > „Gewinnspiel“ auf „Schmerz“.



Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.



Abb. Zu Hause trainiert Frau Kos stufenweise ihre Aktivitäten zu steigern, unter anderem bei der Gartenarbeit.

Den Fokus auf die Selbstwirksamkeit legen > In der speziellen Schmerzphysiotherapie arbeitet der Therapeut hypothesengesteuert und orientiert sich am biopsychosozialen Modell und der International Classification of Functioning, Disability and Health [10, 11]. In der Behandlung gilt es, wie bei den Assessments, altersbedingte Besonderheiten zu berücksichtigen. Ältere Menschen mit chronischen Schmerzen sind im Vergleich zu schmerzfreien Älteren anfälliger, Funktionseinschränkungen zu entwickeln, sich vom sozialen Leben abzukapseln und ihre Selbstständigkeit zu verlieren. Deshalb sollte der Fokus der Therapie insbesondere darauf liegen, die Selbstwirksamkeit zu steigern, indem die Patienten das Vertrauen in verloren geglaubte Fähigkeiten wiedererlangen und ihre Eigenaktivität erhöhen. Gemäß internationaler Leitlinien bieten sich dabei Übungen mit dem Schwerpunkt auf Kraft, Ausdauer, Gleichgewicht und Beweglichkeit an [15, 16]. Diese sollten sich an den Zielen und dem Alltag des Patienten sowie Funktion und Partizipation orientieren.

Da Frau Kos jedoch sturz- und bewegungsbezogene Ängste hat, bereitet Pia Kranz sie zunächst mit gezielten Informationen auf die Therapie vor (Edukation). Mit einfachen Worten erklärt die Therapeutin, dass im Rücken nichts „kaputt“ ist, sondern der Schmerz sich verselbstständigt hat. Sie erklärt Frau Kos, dass sie ihre körperlichen Tätigkeiten weiter durchführen darf und sich der Körper an Bewegung und Belastung gewöhnen kann.

Angstbehaftete Aktivitäten gezielt angehen > Im Laufe der Therapie stellt sich heraus, dass die Tochter nach dem Demenz-Verdacht ihrer Mutter im Haushalt alles abgenommen hat. Deshalb schließt die Therapeutin auch sie in das Gespräch mit ein. Angehörige meinen es gut, wenn sie den Patienten im Alltag viel abnehmen. Dadurch tragen sie jedoch dazu bei, dass diese körperlich zunehmend inaktiv werden und sich im Sinne einer verminderten Selbstwirksamkeit hilflos fühlen. Im nächsten Schritt, der aktivierenden Therapie, greift Pia Kranz

die Ziele der Patientin auf. Für die Aktivitäten Gartenarbeit, Kochen und Wandern zeigt die Therapeutin ökonomische Bewegungsmuster, die die Patientin nachmacht. Diese Tätigkeiten soll sie selbstständig zu Hause üben. Bei Problemen suchen sie gemeinsam nach Lösungen. Pia Kranz fragt die Patientin immer wieder, ob sie bei den Bewegungen Angst hat, und übt diese so lange mit ihr, bis sie sich zutraut, diese Tätigkeiten selbstständig zu Hause durchzuführen. Frau Kos' Tochter nimmt die Übungen mit ihrer Kamera auf, so kann die Patientin sich diese immer wieder ansehen. Aus Akzeptanzgründen sollte zusätzliches Übungsmaterial außerdem möglichst alters- und geschlechtsentsprechende Personen abbilden.

Die richtige Dosis finden > Um durch die wiederaufgenommenen Aktivitäten nicht in eine Überlastung zu kommen, soll Frau Kos lernen, ihre Aktivitäten sinnvoll zu dosieren. Dies geschieht im Sinne des „Pacing“ (☞ **Abb.**). Dabei steigert sie schrittweise Dauer und Intensität der Übungen, wechselt zwischen Aktivität und Entlastung und lernt Entspannungstechniken wie Atemübungen, Entlastungshaltungen und Dehnungen. In einem Aktivitätstagebuch notiert Frau Kos mit der Therapeutin, welche Übungen sie täglich wie oft macht. Hat sie zu Hause eine Übung absolviert, kreuzt sie denjenigen Smiley an, der ihr Befinden am besten widerspiegelt. Das Tagebuch besprechen die beiden bei Behandlungsbeginn und planen gemeinsam die weiteren Steigerungen. Wichtig ist, dass Pia Kranz die Fortschritte von Frau Kos deutlich hervorhebt. Das erhöht die Motivation, die Selbstwirksamkeit und führt zur Aktivitätssteigerung. In den letzten beiden Einheiten geht die Therapeutin zunehmend darauf ein, wie ihre Patientin die Aktivität nach Therapieende selbst weiter steigert.

In der Abschlussuntersuchung gibt Frau Kos auf der Gesichtsskala eine Intensitätsstufe weniger an. Auch machen ihr die immer noch vorhandenen Schmerzen durch die Erfolgserlebnisse bei Haus- und Gartenarbeit deutlich weniger Angst. Die funktionellen Verbesserungen spiegeln sich auch in der PSFS und der BPS (8/15 Punkten) wider. Bleibt Frau Kos weiterhin aktiv, wird sie sich mittelfristig weiter verbessern. Wenn sich ihr Zustand nicht bessert oder gar verschlechtert, sollte sie die Übungen im Rahmen von erneuter Physiotherapie auffrischen. *Marjan Laekeman und Katrin Kuss*

☞ **Das Literaturverzeichnis finden Sie im Artikelarchiv unter www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 6/15“.**



Marjan Laekeman (links) und **Katrin Kuss** sind Physiotherapeutinnen, MSc, Spezielle Schmerzphysio- und Manualtherapeutinnen. Marjan Laekeman ist zudem FBL-Therapeutin Functional Kinetics und stellvertretende Sprecherin des Arbeitskreises Schmerz und Bewegung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Katrin Kuss arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in interdisziplinären Forschungsprojekten der Philipps-Universität Marburg und ist Honorarprofessorin in verschiedenen Studiengängen. Beide unterrichten in der Fort- und Weiterbildung „Spezielle Schmerzphysiotherapie“.