



Hausarbeit

Schmerz und Schmerzmanagement

Schmerzerfassung bei demenziell erkrankten Menschen

Vorgelegt am	08.06.2015
Vorgelegt von	Horstmann, Marcel
Kontaktdaten	E-Mail: marcelhorstmann@live.de
Vorgelegt bei	Meike Schwermann
Modul	Schmerz und Schmerzmanagement

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Das Krankheitsbild der Demenz.....	3
3. Konsequenzen für das Schmerzerleben sowie den Schmerzausdruck.....	5
4. Probleme der Schmerzerfassung und Folgen einer unzureichenden Behandlung.....	6
5. Schmerzerfassung.....	7
6. Anforderungen an das Schmerzmanagement.....	9
7. Fazit.....	10
Literaturverzeichnis.....	12
Anhang.....	14
Erklärung zur Arbeit.....	

1. Einleitung

Erkrankungen gehen in vielen Fällen mit Schmerzen einher. Je nach Intensität können sie den Alltag einschränken und auch bestimmen. Nehmen Schmerzen Überhand ein, beeinflussen sie einen Menschen stark und können seinen Gesamtzustand erheblich verschlechtern.

Bei der Behandlung von Krankheiten und Leiden ist die Schmerztherapie deshalb bedeutsam, doch im Voraus müssen die Schmerzen erst einmal erkannt und richtig eingestuft werden. Das Empfinden, einschließlich der Intensität von Schmerz ist subjektiv, also von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Körperlich und kognitiv gesunde Menschen sind in der Lage, ihr Schmerzerleben zu äußern, wodurch letztendlich die Möglichkeit besteht, eine adäquate Therapie zu entwickeln. Bei kognitiv eingeschränkten Menschen sind mir jedoch des Öfteren schon Probleme bei der Schmerzbehandlung und insbesondere der Schmerzerfassung aufgefallen. Es schien offensichtlich, dass es den Patienten nicht gut geht und dennoch waren der Anlass oder die Intensität von Schmerzen nicht ersichtlich.

In meiner Arbeit möchte ich mich deshalb näher mit der Schmerzerfassung bei Demenz beschäftigen. Dabei werde ich auf das Krankheitsbild allgemein eingehen und erläutern, welche Auswirkungen dieses für das Erleben und Kommunizieren von Schmerzen hat. Im weiteren Verlauf soll ersichtlich werden, welche Probleme dadurch bei der Schmerzerfassung entstehen und was dies eigentlich bei der Behandlung ausmacht. Folgend werden Möglichkeiten der Schmerzerfassung erläutert und allgemein hinterfragt. Bei der Umsetzung spielt gelungenes Schmerzmanagement eine entscheidende Rolle, weshalb auch dieses betrachtet und die Anforderungen ersichtlich werden sollen. Zu guter Letzt fasse ich meine Erarbeitungen in einem Resümee zusammen.

2. Das Krankheitsbild der Demenz

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen (DIMDI, 2015, S. 176).“

Anhand der klinischen Symptomatik werden mehrere Formen der Demenz unterschieden, zunächst die primäre und sekundäre. Bei der sekundären Demenz ist das Gehirn nicht direkt erkrankt, sondern wird durch Störungen anderer Organe oder Körperfunktionen in seiner Aktivität eingeschränkt. Dies kann beispielsweise durch Organversagen (z.B. Niereninsuffizienz), Mangelzustände (z.B. Dehydration) und chronische Vergiftungen (z.B. Medikamenteneinnahme) bedingt sein. Sekundäre Demenzen sind potentiell reversibel. Die primäre Form der Demenz dagegen ist nicht heilbar. Das Gehirn ist als Organ unmittelbar betroffen und die Krankheit entwickelt sich fortschreitend (Engel, 2011, S. 5-6). Dazu werden unter anderem die Alzheimer-Krankheit sowie vaskuläre Demenzerkrankungen gezählt, die insgesamt den größten Teil der Demenzerkrankten betreffen (Engel, 2011, S. 5-6; Grond, 2014, S. 14-15).

Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative, zerebrale Krankheit, die mit charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Veränderungen verbunden ist. Sie beginnt zumeist schleichend und entwickelt sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren (DIMDI, 2015, S. 176). Eingeteilt wird sie in drei Stadien, von der leichtgradigen über die mittelschwere, bis zur schweren Demenz, in deren Verlauf sich bestimmte Symptome erkennen lassen. Es kommt zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und des Denkvermögens. Weitere Probleme machen sich bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung sowie der Sprache bemerkbar. Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen oder Depressionen sind ebenfalls häufig. Im Weiteren kann es zum Verlust des Krankheitsgefühls, Nichterkennen von Angehörigen und einer Inkontinenz, bis hin zu hochgradigem geistigem Abbau und körperlichen Symptomen kommen (Kurz, 2013, S. 9-12).

Als vaskuläre Demenz wird der Zustand einer Infarzierung des Gehirns als Ergebnis vaskulärer Erkrankungen bezeichnet. Sie tritt normalerweise im höheren Lebensalter auf und unterscheidet sich in Beginn und Verlauf zur Alzheimer-Demenz, da sie eher plötzlich auftritt und sich sprunghaft entwickelt (DIMDI, 2015, S. 176; Höwler, 2004, S. 128). Die Symptome ähneln sich hingegen weitgehend, dazu treten körperliche Beschwerden, wie Taubheitsgefühle, Störungen verschiedener Reflexe und Lähmungserscheinungen auf (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

3. Konsequenzen für das Schmerzerleben sowie den Schmerzausdruck

Mit zunehmendem Alter steigt sowohl das Risiko für eine demenzielle Erkrankung als auch für dauerhafte Schmerzen. Die Wahrscheinlichkeit einer Demenz, die in Kombination mit Schmerzen auftritt, ist dementsprechend vorhanden (Vonstein, 2014, S. 9). Studienergebnisse zeigen, dass die Schmerzschwelle bei Älteren nicht erhöht gegenüber jener von jüngeren Menschen ist. Man kann folglich nicht von einem gesteigerten Schmerzempfinden sprechen. Dennoch scheint eine erhöhte Schmerztoleranz, bedingt durch eine veränderte Schmerzverarbeitung, möglich zu sein.

Analyseergebnisse von Heufer et al. (1995) und Hoft et al. (1995) zeigen, dass im Alter hohe psychische Fähigkeiten zur Verarbeitung von Schmerzen vorhanden sind. Es kann zur Anpassung an diese oder zur Akzeptanz kommen (Heufer et al., 1995 & Hoft et al., 1995, zit. nach Schwermann & Münch, 2008, S. 15-16).

Schmerzen werden oft als Begleiterscheinung des Alterungsprozesses hingegenommen und nicht zum Ausdruck gebracht. Darüber hinaus besteht Angst vor den Konsequenzen, wie unangenehmen Untersuchungen, Nebenwirkungen von Medikamenten oder einem allgemeinen Kontrollverlust (Vonstein, 2014, S. 6).

Demnzerkrankte Menschen sind durch die Minderung der Gedächtnisfunktionen und den Verlust kognitiver Fähigkeiten, wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Sprachleistung und Lernfähigkeit, in ihrer Schmerzbekundung gehemmt bzw. eingeschränkt (Schwermann & Münch, 2008, S. 16). Während ältere, nicht dementiell erkrankte, Menschen ihre Symptome folglich bekunden und lokalisieren können, „führt bereits eine mittelschwere Demenz zu einer erheblichen Störung des Körperschemas, der Schmerzwahrnehmung und der Mitteilungsfähigkeit (Wojnar).“ So ist Untersuchungen zu Folge davon auszugehen, dass die Reaktionen auf äußere Schmerzreize zwar abgeschwächt, aber meistens vorhanden sind. Die Wahrnehmung klinischer Schmerzen (Schmerzen, die nicht als Warnsignal zu verstehen sind, sondern bereits vorhandene Gewebsschädigungen anzeigen) ist bei Menschen mit Demenz dagegen erheblich supprimiert oder nicht vorhanden, wodurch z.B. Knochenbrüche oder entzündliche Schmerzen nicht registriert werden (Wojnar).

Obwohl das Schmerzerleben dieser Patientengruppen noch nicht ausreichend untersucht ist, zeigen Studienresultate (Scherder et al., 2003), dass Menschen mit einer vaskulären Demenz ein erhöhtes Schmerzempfinden im Vergleich zu nicht Erkrankten besitzen. Dies sei auf postapoplektischen Schmerz, als Ergebnis von Schädigungen des Nervensystems, zurückzuführen (Scherder et al., 2003, zit. nach Schwermann & Münch, 2008, S. 17-18).

Lautenbacher und Kunz (2004) liefern in einer Studie über Alzheimerpatienten andere Resultate. Es wird berichtet, dass Alzheimer keinen Einfluss auf die Schmerzschwelle Betroffener habe, wohingegen die Schmerztoleranz sowie die Aktivierungsschwelle für vegetative Reaktionen, wie steigende Puls- oder Atemfrequenz, erhöht seien. Erklärt wird dies mit einer veränderten Schmerzverarbeitung, die aufgrund von Atrophien des limbischen Systems und angrenzender Regionen (die an der Schmerzverarbeitung beteiligt sind) eintritt (Lautenbacher & Kunz, 2004, zit. nach Schwermann & Münch, 2008, S. 17-18).

4. Probleme der Schmerzerfassung und Folgen einer unzureichenden Behandlung

Schmerzen wirken sich auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Betroffenen aus und können, neben einer situativen Belastung, die Lebensqualität auf Dauer stark einschränken (Schwermann, 2014, S. 6). In der Ethikcharta der DGSS (2007, S. 11) wird „Schmerzfreiheit [...] [als] ein wesentliches Element menschlichen Wohlbefindens“ genannt. Ein weiterer Grundsatz dieser ist, dass „alle Menschen [...] das gleiche Recht auf angemessene Schmerzlinderung [haben] (DGSS, 2007, S. 11).“

Dennoch werden Leiden demenziell Erkrankter oft nur unzureichend oder gar nicht erkannt und folglich nicht behandelt (Wilkening & Kunz, 2003, S. 97-98). Die Schmerzerfassung birgt bei diesem Krankheitsbild besondere Herausforderungen, da fortschreitende kognitive Einschränkungen die Selbsteinschätzung der Betroffenen behindern oder schwer interpretierbar machen (Pfisterer & Heins, 2013, S. 99). Dieses Nachlassen der Gedächtnisfunktionen und weitere kognitive Verluste, wie z.B. der Kommunikationsfähigkeit, machen es den Menschen mit Demenz schwierig, sich mitzuteilen, wodurch häufig die Annahme entsteht, sie hätten keine Schmerzen (Kostrzewa, 2010, S. 99). Dies ist zum Beispiel auch dann der Fall, wenn Patienten die Frage nach Schmerzen nicht verstehen und als Reaktion ein Lächeln oder Schulterzucken kommunizieren (Kunz, 2011, S. 56). Dadurch wird die Demenz zur Kardinalsdiagnose gemacht und alle anderen Erkrankungen als nebensächlich empfunden (Kostrzewa, 2010, S. 99). Ergänzt werden diese Probleme der Erfassung durch die generelle Einstellung vieler älterer Menschen in Bezug auf die Angabe von Schmerzen. Diese werden als normale Begleiterscheinung des Alterungsprozesses angesehen oder aus Angst vor unangenehmen Konsequenzen (z.B. Medikamentenabhängigkeit, unangenehme Untersuchungen, Angst vor der Diagnose und Kontrollverlust) verschwiegen (Vonstein, 2014, S. 6). Hinzu kommt, dass manche älteren Menschen den Begriff Schmerz nicht verwenden und eher auf Äußerungen, wie Druckgefühl oder Leiden anzusprechen sind (Schwermann & Münch, 2008, S. 25).

Im Verlauf einer Demenzerkrankung ist es wichtig, die noch verbliebenen Fähigkeiten der betroffenen Personen zu fördern, um das alltägliche Leben so lange wie möglich zu erhalten

und das Voranschreiten der Krankheit zu verlangsamen. Unzureichend behandelte Schmerzen hemmen diese protektiven Maßnahmen und Begleiterscheinungen, wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel und Übelkeit, treten zunächst unabhängig von der Demenzerkrankung auf. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich zunehmend und schneller. Die Leidenden werden verwirrter und ihre Konzentration lässt nach. Darüber hinaus lassen auch die Kognition, Sozialkompetenz und Mobilität nach, was einen großen Verlust der Selbständigkeit zur Folge hat. All dies kann auch zu Angst und Depressionen führen, die, so wie der Schmerz, behandelt werden müssen (Vonstein, 2014, S. 22).

Die Schmerzerfassung ist folglich wichtig und muss ähnlich adäquat erfolgen können, wie bei Personen, die nicht von der Erkrankung betroffen sind. Die Schmerzen müssen eingeordnet und ernst genommen werden, denn Studien belegen, „dass eine systematisch durchgeführte Schmerztherapie nicht nur die Beschwerden deutlich mindert, sondern auch den Gesamtzustand von Demenzkranken erheblich verbessert (Vonstein, 2014, S. 22-23).“

5. Schmerzerfassung

Die allgemeine Schmerzerfassung beginnt bereits zu Beginn des Pflegeprozesses, mit Hilfe der Pflegeanamnese, die sich aus einer bibliografischen sowie einer medizinischen Anamnese zusammensetzt. Auch die Beobachtung gilt in Folge dessen als wichtiges Kriterium, um Zeichen wahrzunehmen und interpretieren zu können. Für die schmerzbezogene Pflegeanamnese ist ein Ersteinschätzungsbogen notwendig und ein geeignetes Instrument zur kontinuierlichen Erfassung wird im weiteren Verlauf benötigt (Schwermann & Münch, 2008, S.34). Bei der Schmerzerfassung dementer Menschen gibt es verschiedene Möglichkeiten, Schmerzen zu erkennen und im Verlauf zu dokumentieren.

Vorausgehend sei gesagt, dass auch bei dieser Erkrankung die Selbstauskunft an erster Stelle steht, sofern diese möglich ist. In der Hierarchie folgen pathologische Bedingungen bzw. Prozeduren, die bereits als schmerzhaft bekannt sind, Verhaltensweisen, die mit Schmerzen in Verbindung gebracht werden können (z.B. Unruhe oder Grimassen) und Aussagen Angehöriger. An vierter Stelle stehen physiologische Hinweise (z.B. die Atemfrequenz oder der Puls) (DNQP, 2014, S. 95). Studien (Arbeitsgruppe Geriatriches Assessment, 1997) belegen, dass sich auch Personen mit schweren kognitiven Einschränkungen in Bezug auf Schmerzen noch selbst einschätzen können. Dies funktionierte anhand einer Gesichter-Rating-Skala, einer visuellen Analogskala sowie einer verbalen Ratingskala, die sich als am geeignetsten herausstellte (Schwermann & Münch, 2008, S. 26). Eindimensionale Selbstassessments sind, daraus resultierend, durchaus geeignet und dennoch können diese und auch verschiedene mehrdimensionale Ratingskalen bzw. Fremdassessments bei einer

fortschreitenden Demenz nicht mehr verlässlich genutzt werden (Willkening & Kunz, 2003, S. 98). Fremdeinschätzungen sind neben der eigenen Wahrnehmung folglich sehr wichtig. In erster Linie beruhen diese auf Interpretationen aus den Verhaltensweisen bzw. Verhaltensänderungen des Menschen bei Schmerz.

Die American Geriatrics Society hat dazu in ihren Leitlinien zu chronischen Schmerzen bei älteren Menschen Merkmale herausgestellt, die auf mögliche Schmerzen hinweisen und zur Bewertung genutzt werden können. Unter diese fallen die Mimik (traurig, ängstlich, Grimassieren, zusammengekniffene Augen etc.), der stimmliche Ausdruck (Stöhnen, Schreien, Wimmern etc.) und das Bewegungsmuster (verändert, erschwerte Mobilisation, Fluchtbewegungen u.ä.). Außerdem sind Veränderungen der sozialen und interpersonalen Interaktionen (Aggressivität, Rückzug im sozialen Umfeld etc.), Veränderungen in Alltagsaktivitäten (Schlafstörungen, verminderter Appetit, Unruhe etc.) sowie mentale und affektive Veränderungen (Verwirrung, Reizbarkeit, Weinen und sichtbares Leiden) einbegriffen (AGS Panel, 2002, zit. nach Kunz, 2011, S. 60).

Bei den Assessmentinstrumenten wird „häufig auf die Schmerzindikatorengruppen der American Geriatrics Society Bezug genommen, da deren Berücksichtigung als wichtiges Evaluationskriterium zur Beurteilung der Instrumentenqualität dient (Schwermann & Münch, 2008, S. 29).“ Im Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (DNQP, 2014) werden sechs Instrumente zur Fremdeinschätzung chronischer Schmerzen bei Menschen mit kognitiver Einschränkung genannt. Dazu zählen die PACSLAC-Skala (Pain Assessment Scale for Seniors with Severe Dementia), DOLOPLUS 2 sowie die FLACC- (Face, Legs, Cry, Consolability), BESD- (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), BISAD- (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) und ZOPA-Skala (Zürich Observation Pain Assessment) (DNQP, 2014, S. 103).

Im Folgenden wird das BISAD, eine übersetzte Form der französischen ECPA-Skala, beispielhaft näher erläutert (Fischer, 2007). Es wird zunächst in zwei Abschnitte, der Ruhe- sowie Bewegungssituation, unterteilt und setzt sich aus acht Items zusammen. Beachtet werden der Gesichtsausdruck, spontane Ruhehaltung, Bewegung, die Beziehung zu anderen, ängstliche Erwartungen bei der Pflege, Reaktionen bei der Mobilisation, Reaktionen bei der Pflege schmerzender Bereiche und Klagen während der Pflege.

Es gibt jeweils mehrere Antwortoptionen, von denen eine ausgewählt wird. Die Punkte werden von null bis vier vergeben und bei der Fertigstellung zusammengerechnet. Für BISAD gibt es kein festes Auswertungsschema, da es aus fachlichen Gründen nicht möglich ist, feste Werte zu setzen, ab denen man von Schmerz ausgehen kann. Sinnvoll ist die Anwendung deshalb nur

individuell für jeden einzelnen Patienten, um z.B. eine Verlaufsentwicklung zu skizzieren oder den Therapieerfolg zu überprüfen (Fischer, 2012). Generell weisen Schwermann und Münch (2008, S. 31-32) darauf hin, dass es allen Instrumenten an Genauigkeit fehle und die reelle Erfassung der Schmerzintensität dadurch anzuzweifeln sei. Des Weiteren seien die ins Deutsche übersetzten Instrumente noch nicht wissenschaftlich abgesichert. Abgesehen von der Einstufung der tatsächlichen Stärke, seien die Instrumente jedoch sinnvoll, um generelle Schmerzprobleme aufzudecken und das Pflegepersonal für die Erkennung mit Hilfe der Verhaltensbeobachtung zu qualifizieren. Auch Kunz (2011, S. 61) weist darauf hin, dass es sich nicht um Schmerzerfassungsinstrumente, sondern um Beobachtungsskalen handle. Sie seien durchaus hilfreich, aber es bestünde keine Beziehung zwischen dem Score und den letztendlich erlebten Schmerzen.

6. Anforderungen an das Schmerzmanagement

Um die Schmerzsituation von Patienten optimal verbessern zu können, ist ein professionelles Schmerzmanagement vorteilhaft.

Das DNQP beschreibt dieses folgendermaßen: „Schmerzmanagement beschreibt den fortlaufenden, dynamischen und koordinierten Prozess einer an Schmerz leidenden Person und aller mit der Gestaltung der Schmerzsituation beauftragten Personen. Das in der Regel multidisziplinäre professionelle Team beim Schmerzmanagement befasst sich mit dem Erkennen, Einschätzen und der Verlaufsbeobachtung des Schmerzes sowie dem zielorientierten und situationsspezifischen Einsatz von [...] heilberuflichen Methoden und deren Wirkungsüberprüfung (DNQP, 2014, S. 177).“

Im Rahmen dieses Prozesses benötigt es verschiedene Schritte, die umgesetzt werden müssen, um ein erfolgreiches Management zu garantieren. Zunächst ist ein umfassendes Schmerzassessment bzw. eine Schmerzanamnese durchzuführen. Die Art und Pathophysiologie, den Schweregrad und die Auswirkungen des Schmerzes, gilt es dabei zu identifizieren. Auch die Reaktionen auf die Therapie sollen erörtert werden (DNQP, 2014, S. 94-96). Das Screening auf vorhandene Risikofaktoren ist ebenfalls ein wichtiges Element des Schmerzmanagements, um einer Chronifizierung vorzubeugen. Es müssen Risikofaktoren erkannt werden, um ggf. eine frühzeitige Behandlung zu beginnen (DNQP, 2014, S. 113). Bereits hier integriert sich die Verlaufsbeobachtung von Schmerzen, die mit weiteren Reassessments einhergehen kann (BÄK, 2010, zit. nach DNQP, 2014, S. 116). In Bezug auf die Demenz wurden in der Arbeit bereits einige Instrumente aufgeführt. Die Dokumentation soll darstellen, ob geplante Ziele erreicht wurden (NHS, 2009, zit. nach DNQP, 2014, S. 118). Sie sollte u.a. alle Komponenten des Schmerzassessments, den Behandlungsplan,

Interventionen und die Wirksamkeit in Bezug auf den Schmerz, aber auch Edukationsangebote für Patienten und Angehörige, enthalten (ICSI, 2011 & CCO, 2012, zit. nach DNQP, 2014, S. 119). Wichtig ist, dass die Dokumentation für alle Beteiligten der multiprofessionellen Behandlung zugänglich ist (RNAO, 2007 & CCO, 2012, zit. nach DNQP, 2014, S. 118). Entscheidend für das Wohl des belasteten Patienten ist letztendlich die Therapie. Im Rahmen des Schmerzmanagements kann diese von medikamentösen, über physiotherapeutische, bis hin zu komplementären Maßnahmen reichen (DNQP, 2014, S. 121-148). Bei der medikamentösen Therapie sind vor allem ein sorgfältiges Schmerzassessment und die Dokumentation wichtig, um Kontraindikationen rechtzeitig zu erkennen (DNQP, 2014, S. 132-133). Generell gilt es hier, die Analgetika immer an den Schweregrad der Schmerzen anzupassen (SIGN, 2008, zit. nach DNQP, 2014, S. 136). Orientierung bietet dabei das WHO-Stufenschema.

Neben diesen Aspekten, die unmittelbar mit dem Schmerzmanagement in Verbindung gebracht werden können, gehört auch die Patientenedukation dazu. Sie fasst „verschiedene Interventionen wie Bereitstellung von Informationen, Beratung, Schulungen und Techniken zu Verhaltensänderungen [zusammen] (BÄK, KBV, AWMF, 2010, S. 80). Es sollten individualisierte Informationen über Schmerz und dessen Behandlungsmöglichkeiten an Patienten und Angehörige gegeben werden. Dazu zählen unter anderem auch Präventionsmaßnahmen (RNAO, 2007, zit. nach DNQP, 2014, S. 150).

7. Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Krankheit Demenz noch nicht vollständig erforscht ist und es auch in Bezug auf die Schmerzerfassung viele Unklarheiten bzw. Schwierigkeiten gibt. Die kognitiven Verluste Demenzerkrankter stellen dabei das Hauptproblem dar, da der Schmerz, der immer ein subjektives Empfinden ist, nicht mehr selbständig geäußert werden kann. In Folge dessen wird der Schmerz häufig nicht erfasst und auch nicht behandelt. Dies ist jedoch wichtig, um den Allgemeinzustand auf einem guten Level zu halten oder verbessern zu können. Problematisch ist auch, dass die Demenz zur Kardinalsdiagnose gemacht wird, wodurch andere Leiden in den Hintergrund gerückt. Hilfestellung zur Erkennung bietet vor allem die Beobachtung der Bewegungen, der Mimik und der Verhaltensmuster, was in verschiedenen Erfassungsinstrumenten aufgegriffen wurde.

Diesen fehlt es allerdings in der Regel an Genauigkeit. Die reale Schmerzintensität kann nicht verlässlich gemessen werden und Punktezahlen der Skalen bieten keine Auskunft über diese. Zu betonen ist deshalb, dass man diese Assessmentinstrumente lediglich zur Beobachtung der Schmerzentwicklung, bezogen auf jeden Patienten individuell, anwenden kann. Darüber hinaus stehen viele dieser Einschätzungsbögen nicht als validierte, deutsche Fassungen, zur

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit. (06.02.2014). Demenz, Krankheitsbild und Verlauf. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/krankheitsbild-verlauf.html> [03.06.2015]
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Hrsg.). (2010). *Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz*. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). (2014). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification*
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2014). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück
- Engel, S. (2011). *Alzheimer und Demenzen: Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation*. Stuttgart: TRIAS
- Fischer, T. (2007). Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz. Verfügbar unter http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BISAD_1111.pdf [03.06.2015]
- Fischer, T. (2012). Hinweise zur Verwendung der BISAD. Verfügbar unter http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BISAD_Kurzanleitung_2012_06.pdf [03.06.2015]
- Grond, E. (2014). *Pflege Demenzkranker: Impulse für eine wertschätzende Pflege*. Hannover: Schlütersche
- Höwler, E. (2004). *Gerontopsychiatrische Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege*. Hannover: Schlütersche
- Kostrzewa, S. (2010). *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz*. Bern: Huber
- Kunz, R. (2011). Schmerzmanagement bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Menschen. In Kojer, M & Schmidl, M. (Hrsg.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 47-74). Wien, New York: Springer
- Kurz, A. (2013). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen*. Berlin: Deutsche Alzheimer-Gesellschaft
- Pfisterer, M. & Heins, J. (2013). Schmerztherapie und Palliativmedizin. In Willkomm, M. (Hrsg.), *Praktische Geriatrie: Klinik - Diagnostik - Interdisziplinäre Therapie* (S. 97-111). Stuttgart, New York: Thieme
- Schwermann, M. & Münch, M. (2008). *Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz: ein Leitfaden für die Pflegepraxis*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schwermann, M. (2014). *Schmerz und Schmerzmanagement*. Münster: Fachhochschule Münster
- Vonstein, C. (2014). *Schmerzen erkennen bei Demenz*. Bonn: Deutsche Seniorenliga

Wilkening, K. & Kunz, R. (2003). *Sterben im Pflegeheim: Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Wojnar, J. (k. D.). Demenz und Schmerz. Verfügbar unter http://alzheimer-soest.de/vortrag_wonjar.pdf [03.06.2015]

Anhang

Anhang A: Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (Fischer, 2007)

Anhang B: Hinweise zur Verwendung der BISAD (Fischer, 2012)

BISAD

Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz

Bitte zutreffende Aussage auswählen, Punktzahl eintragen und anschließend umseitig alle Punkte addieren.

I Beobachtung vor der Mobilisation

1. Gesichtsausdruck: Blick und Mimik

- Entspanntes Gesicht (0)
- Sorgenvolles Gesicht (1)
- Die Person verzieht von Zeit zu Zeit das Gesicht (2)
- Ängstlicher Blick und / oder verkrampftes Gesicht (3)
- Vollkommen erstarrter Ausdruck (4)

2. Spontane Ruhehaltung (Suche nach einer schmerzfreien Schonhaltung)

- Keine Schonhaltung (0)
- Die Person vermeidet eine bestimmte Position (1)
- Die Person nimmt eine schmerzfreie Schonhaltung ein (2)
- Die Person sucht ohne Erfolg nach einer schmerzfreien Schonhaltung (3)
- Die Person bleibt unbeweglich, wie von Schmerzen gelähmt (4)

3. Bewegung (oder Mobilität) der Person (innerhalb und / oder außerhalb des Bettes)

- Die Person bewegt sich (bzw. bewegt sich nicht) wie gewohnt* (0)
- Die Person bewegt sich wie gewohnt*, vermeidet aber bestimmte Bewegungen ... (1)
- Langsamkeit, Seltenheit der Bewegungen im Gegensatz zur Gewohnheit* (2)
- Immobilität im Gegensatz zur Gewohnheit* (3)
- Reglosigkeit ** oder starke Unruhe im Gegensatz zur Gewohnheit* (4)

* bezieht sich auf den / die vorangegangenen Tag(e)

** oder völlige Unbeweglichkeit

N.B. Patienten im Wachkoma können mittels dieses Bogens nicht eingeschätzt werden

4. Über die Beziehung zu Anderen

(Gemeint sind Beziehungen jeglicher Art, mittels Blicken, Gesten oder verbalem Ausdruck)

- Gleiche Art des Kontakts wie gewohnt* (0)
- Kontakt ist schwerer herzustellen als gewohnt* (1)
- Vermeidet die Beziehung, im Gegensatz zur Gewohnheit* (2)
- Fehlen jeglichen Kontakts, im Gegensatz zur Gewohnheit* (3)
- Totale Teilnahmslosigkeit, im Gegensatz zur Gewohnheit* (4)

* bezieht sich auf den / die vorangegangenen Tag(e)

Ermittelten
Wert hier
eintragen

Zwischensumme:

Fortsetzung umseitig

II Beobachtung während der Mobilisation

5. Ängstliche Erwartung bei der Pflege

- Die Person zeigt keine Angst (0)
- Ängstlicher Blick, ängstlicher Eindruck (1)
- Die Person ist unruhig (2)
- Die Person ist aggressiv (3)
- Schreie, Seufzer, Stöhnen (4)

6. Reaktionen während der Mobilisation

- Die Person lässt sich mobilisieren oder bewegt sich selbst ohne dem besondere Aufmerksamkeit zu schenken (0)
- Die Person blickt angespannt und scheint die Mobilisation und Pflege zu fürchten. (1)
- Die Person hält sich mit den Händen fest oder führt die Hände der Pflegeperson während der Mobilisation oder Pflege (2)
- Die Person nimmt während der Mobilisation oder Pflege eine schmerzfreie Schonhaltung ein (3)
- Die Person wehrt sich gegen die Mobilisation oder Pflege (4)

7. Reaktionen während der Pflege der schmerzenden Bereiche

- Keinerlei Reaktion während der Pflege (0)
- Reaktion während der Pflege, nicht darüber hinausgehend (1)
- Reaktion auf Anfassen der schmerzenden Bereiche (2)
- Reaktion auf leichte Berührung der schmerzenden Bereiche (3)
- Annäherung an die schmerzenden Bereiche ist unmöglich (4)

8. Während der Pflege vorgebrachte Klagen

- Die Person klagt nicht (0)
- Die Person klagt, sobald die Pflegekraft sich ihr zuwendet (1)
- Die Person fängt an zu klagen, sobald eine Pflegekraft anwesend ist (2)
- Die Person stöhnt oder weint leise und spontan (3)
- Die Person schreit oder klagt heftig und spontan (4)

Zwischensumme

Übertrag erste Seite

Gesamtpunktzahl

Ermittelten
Wert hier
eintragen

Hinweise zur Verwendung der BISAD

Bei welchen Betroffenen kann ich BISAD verwenden?

BISAD wurde ausschließlich für die Anwendung bei Menschen mit schwerer Demenz entwickelt, die sich sprachlich nicht mehr äußern können.

Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz können oft noch Auskunft zu Schmerzen geben. Bei Ihnen hat die Selbstauskunft absolut Vorrang!

BISAD ist ausdrücklich nicht zur Anwendung bei Betroffenen entwickelt, die sich aus anderen Gründen sprachlich nicht äußern können (z.B. Patienten mit Aphasie nach einem Schlaganfall, Menschen im Apallischen Syndrom) etc. Es kann sein, dass BISAD auch bei diesen Personen nützliche Hinweise liefert. Die Anwendung ist aber nicht durch Forschungsergebnisse abgesichert.

Für welche Versorgungssituation ist BISAD geeignet?

BISAD wurde mit Menschen mit schwerer Demenz getestet die im Pflegeheim leben. Sie ist nicht getestet für Menschen im ambulanten Bereich oder im Krankenhaus. Für diese Betroffenengruppen ist daher unklar, ob die Anwendung der BISAD sinnvoll ist.

Wichtig: Um BISAD anwenden zu können, muss der Betroffene und sein übliches Verhalten bekannt sein. Die Pflegeperson muss also einschätzen können, wie der Betroffene sich in den vergangenen Tagen verhalten hat. Das kann insbesondere nach einer Aufnahme ins Krankenhaus schwierig sein. In ambulanten Settings ist der Einbezug von Informationen notwendig, die Angehörige geben können, um BISAD sinnvoll zu nutzen.

Wer kann BISAD anwenden?

BISAD ist bei der Anwendung durch ausgebildete AltenpflegerInnen und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (Krankenschwester / Krankenpfleger) getestet worden. Grundsätzlich sollte die pflegerische Diagnostik, zu der die Schmerzeinschätzung gehört, durch Pflegefachpersonen erfolgen.

Aber natürlich ist es wichtig, dass alle an der Pflege beteiligten, also auch Hilfskräfte, Angehörige oder andere, ihre Erkenntnisse in den diagnostischen Prozess einbringen. Daher kann BISAD auch gut zu zweit oder dritt im Austausch bzw. gemeinsam genutzt werden.

Grundsätze der Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz

Grundsätzlich hat auch bei Menschen mit Demenz die Selbstauskunft zu Schmerzen Vorrang. Sollte keine Selbstauskunft mehr möglich sein, empfehlen Herr et al. (2006) folgendes Vorgehen:

1. Wenn eine üblicherweise schmerzhaftes Erkrankung, Verletzung oder ein ebensolcher Eingriff vorliegt, sollte davon ausgegangen werden, dass der Betroffene Schmerzen hat
2. a.) Übliches Verhalten des Betroffenen beobachten
b.) Regelmäßig auf Verhaltensänderung (Schmerzverhalten) prüfen, v.a. auch während Aktivitäten
3. Nicht immer ist Schmerzverhalten erkennbar oder Schmerzen äußern sich in demenztypischem, herausforderndem Verhalten
4. Wenn Schmerzen vermutet werden, versuchsweise Gabe eines Schmerzmittels

Anwendung der BISAD

Die BISAD-Anwendung wird in drei Schritten empfohlen:

1. Reine **Beobachtung** und Dokumentation des Verhaltens mittels BISAD. Hier spielen Gründe für das Verhalten *keine* Rolle.
2. **Bewertung** der Beobachtungsergebnisse im Rahmen einer umfassenderen pflegerischen Diagnostik. D.h., es werden mögliche Gründe für das Verhalten oder Schmerzen, demenztypische Verhaltensweisen, andere Bedürfnisse des Bewohners mit berücksichtigt (s. vorherigen Abschnitt).
3. Bei Unsicherheiten, bei neuen Bewohnern, Verdacht auf Schmerzen oder Therapieänderung empfiehlt sich eine **Besprechung** im Team (Fallbesprechung) und mit dem behandelnden Arzt.

BISAD selbst teilt sich in zwei Abschnitte: 1. Ruhesituation (Seite 1), 2. Bewegungssituation (Seite 2). Die beiden Abschnitte sollten nacheinander bewertet werden.

Für alle Items („Fragen“) gilt: Wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die auf den Bewohner am besten zutrifft. Es darf nur eine Antwort ausgewählt werden. Treffen mehrere Antworten zu, wird diejenige mit der höchsten Punktzahl ausgewählt. Die Punktzahl findet sich hinter dem jeweiligen Ankreuzkästchen.

Abschnitt 1: Ruhesituation

Die Einschätzung erfolgt in einer Ruhesituation. Der Bewohner liegt oder sitzt also und bewegt sich nicht in größerem Umfang bzw. wird nicht in größerem Umfang bewegt. Der Bewohner sollte wenigstens einige Minuten in Ruhe sein (keine größere Bewegung unmittelbar zuvor.). Beobachten Sie den Bewohner und wählen Sie die Antwort aus, die in diesem Moment am besten passt.

Bei den Items („Fragen“) drei und vier ist einzuschätzen, ob sich das Verhalten des Bewohners im Moment unterscheidet vom Verhalten der letzten Tage bzw. vom üblichen, gewohnten Verhalten. Die Pflegefachperson muss also das Verhalten des Bewohners in den letzten Tagen / üblicherweise kennen, d.h. im Dienst gewesen sein. Alternativ ist es der Pflegefachperson möglich, sich durch Rückfrage im Team oder bei Angehörigen über das Verhalten bzw. Verhaltensänderungen des Bewohners zu informieren.

Abschnitt 2: Bewegungssituation („Bei der Pflege“)

Die Items („Fragen“) der zweiten Seite werden in einer Bewegungssituation eingeschätzt. Empfohlen ist die Beobachtung einer der folgenden Situationen:

- Aufstehen aus dem Sitzen und Loslaufen
- Transfer (aktiv oder passiv) des Bewohners vom Bett zum (Roll-)Stuhl oder umgekehrt
- Größere Umlagerung des Bewohners im Bett.

Die Beobachtungssituation hängt von den Fähigkeiten des Bewohners sowie den üblichen (pflegerischen) Interventionen und dem Tagesablauf ab. Es sollen keine zusätzlichen Belastungen für den Bewohner geschaffen werden!

Gerade bei der Durchführung eines Transfers ist es manchmal schwierig, gleichzeitig das Verhalten des Bewohners zu beobachten. So ist das Gesicht des Bewohners nicht sichtbar, wenn er bei einem Transfer über die Schulter der Pflegeperson schaut. Wenn möglich, ist es daher hilfreich, wenn eine zweite Pflegeperson die Beobachtung übernimmt, während eine andere den Transfer durchführt. Anschließend wird der zweite Teil des BISAD gemeinsam ausgefüllt.

Punkte

Es werden zunächst die Punkte der ersten Seite, dann die Punkte der zweiten Seite zusammen gezählt. Diese beiden Zwischensummen ergeben dann zusammen den Gesamtwert des BISAD. Zur Verwendung dieses Punktwertes siehe oben bzw. im unten angeführten Artikel.

Wie kann ich die BISAD - Ergebnisse nutzen?

Es gibt leider kein festes Auswertungsschema für die BISAD. Es ist aus fachlichen Gründen nicht möglich, bei Beobachtungsinstrumenten feste Werte festzusetzen, ab denen man sicher sein kann, dass Schmerz vorliegt.

Die Anwendung von BISAD kann also immer nur individuell für jeden einzelnen Patienten erfolgen, zum Beispiel um eine Entwicklung im Verlauf zu bewerten oder den Erfolg einer Therapie zu überprüfen. Wichtig: Es muss immer der gesamte Zustand eines Patienten (z.B. schmerzverursachende Erkrankungen oder Interventionen) berücksichtigt werden. Auch wenn ein Patient null Punkte auf der BISAD erreicht, kann er trotzdem Schmerzen haben!

Nähere Ausführungen dazu in unten genannten Fachartikeln.

Weitere Informationen in deutscher Sprache:

Zur Entwicklung und Testung der BISAD

Fischer, Thomas (2012): Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz. Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD). Verlag Hans Huber: Bern

Zur Anwendung von Beobachtungsinstrumenten für die Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz:

Fischer, Thomas (2007): Instrumente für die Schmerzeinschätzung bei Personen mit schwerer Demenz: Hilfsmittel für die Beobachtung, aber kein Ersatz für Fachlichkeit. In: Pflegezeitschrift 59 (6): 308 – 311

Zur Schmerzeinschätzung bei anderen Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit:

Fischer, Thomas & Bornschlegel, Ulrike (2011): *Den Einzelfall beurteilen. Sprachlose Patienten: Wie Schmerzeinschätzung trotzdem gelingt.* In: Pflegezeitschrift 64 (10): 594 -596

Erklärung zur schriftlichen Arbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Wadersloh, den 05.06.2015

Ort, Datum und Unterschrift

