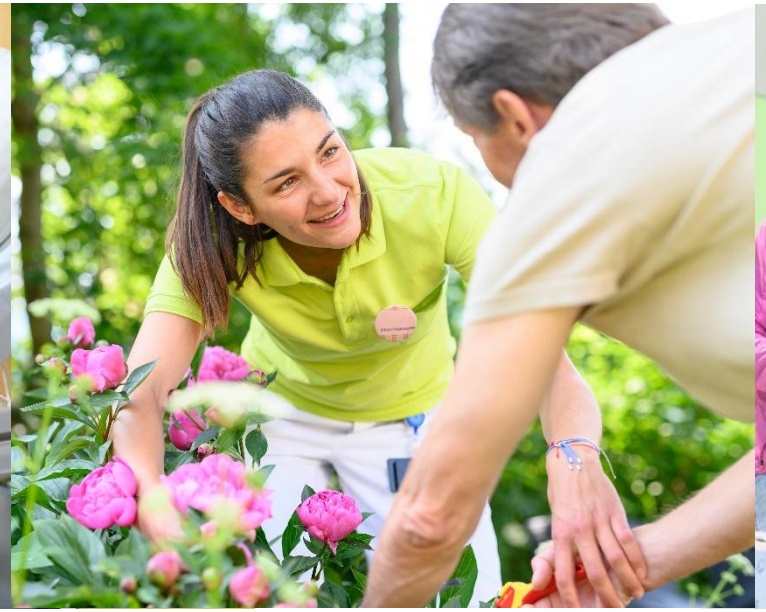
tirol kliniken

DEMENZ BRAUCHT KOMPETENZ



Workshop 6: Schmerz und Demenz

10. Praxistag „Demenz – den Alltag meistern“

Definitionen

Demenz wird laut ICD-10 definiert als …

„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“

(Dilling & Freyberger, 2016, S. 24)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Definitionen

Schmerz wird nach IASP definiert als …

(International Association for the Study of Pain)

„eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung in Verbindung mit einer tatsächlichen oder möglichen Gewebsschädigung oder beschrieben in Begriffen einer solchen Schädigung“

(ISAP 1986 zit. in Carr & Mann, 2014, S. 33)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Ethik Charta – Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

- Schmerzfreiheit ist ein wesentliches Element menschlichen Wohlbefindens
- Schmerztherapie ist ein fundamentales Menschenrecht
- Alle Menschen haben das gleiche Recht auf angemessene Schmerzlinderung

© Karin Gerstgrasser, MSc.

UN-Behindertenrechtskonvention

- Recht auf Gesundheit
- Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit
- Recht auf Schutz vor Gewalt
- Recht auf Schutz vor erniedrigender Behandlung

Nicht erfasste und nicht behandelte Schmerzen verletzen die UN-Behindertenrechtskonvention (Volksanwaltschaft, 2024)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerzempfinden – subjektives Schmerzerleben

- Stimmung
- Erinnerungen an frühere Schmerzerfahrungen
- Umgang mit früheren Schmerzepisoden
- Ursachen und ihre Bedeutung
- Kultureller Hintergrund
- Tageszeit
- Genetische Konstellation

(Carr & Mann, 2014, S. 28)

Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.

(McCaffery et al. 1999)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerz und Alter

Befragung in einem Altenwohnheim

- 25% haben in Ruhe und
- 45% bei Belastung **mittelstarke bis unerträgliche Schmerzen**

(Osterbrink et al., 2012)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerz und Alter - in Alten- und Pflegeheimen

- 80 % der Menschen leiden an Schmerzen
- 25 % der Einrichtungen (d. E.) haben kein strukturiertes Schmerzmanagement
- 20 % d. E. verwenden keine Schmerzeinschätzungsinstrumente
- 40 % d. E. führen keine kontinuierliche Schmerzerfassung durch
- 13 % d. E. haben keine Schmerzmittel inkl. Suchtmittel jederzeit zur Verfügung
- Schmerzqualität wird selten erfasst

Positive Ergebnisse:

- 95% d. E. wenden nichtmedikamentöse Maßnahmen an
- 50% d. E. bieten Schulungen zum Schmerzmanagement an

(Prüfschwerpunkt Schmerzmanagement und Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen, Volksanwaltschaft, 2024)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerz und Alter

Krankheiten im Alter

- Koxarthrose, Gonarthrose, Osteoporose, Rheumatische Erkrankung, Angina pectoris, …
- Organerkrankungen: Muskuloskelettales System, Herz-Kreislauf-System, Urogenitaltrakt, Gastrointestinaltrakt, …

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerz und Alter

- „Schmerzen im Alter sind normal“
- Chronische Schmerzen führen zu Depressionen, Schlaflosigkeit, eingeschränkte soziale Aktivitäten und Apathie
- endogene Schmerzhemmung ist herabgesetzt, Nervenleitungs-geschwindigkeit ist reduziert

  (verzögertes Schmerzerleben, unveränderte Schmerzstärke)
- Veränderter Stoffwechsel
- Berücksichtigung von Komorbidität
- Wechselwirkungen der Medikamente

(DNQP, 2020, S. 162 – 163)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Aktueller Forschungsstand

- Menschen mit demenziellen Erkrankungen erhalten weniger Analgetika als Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen

  (Jensen-Dahm et al., 2016; Morrison & Siu, 2000; Tan et al., 2015)

- Mit der Zunahme der kognitiven Beeinträchtigung nimmt die Anzahl der verordneten Analgetika ab

  (Alzner et al., 2016; Closs, Barr & Briggs, 2004; Likar et al., 2015)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Begründung

- keine mögliche verbale Selbstauskunft
- keine ausreichende Beobachtung durch das Betreuungspersonal

➢ Falsche bzw. keine Instrumente zur Schmerzerfassung

(Bienas, Gnass, Mayer, Radbruch & Lukas, 2019; Budnick et al., 2019; Isfort, Klostermann, Gehlen & Siegling, 2014)

➢ Fehlende systematische Schmerzeinschätzung und lückenhafte Dokumentation

(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2011)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

- Zur Behandlung von herausfordernden Verhaltensweisen erhalten Demenzpatienten mehr Psychopharmaka als Analgetika

(Alzner et al., 2016)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerzerleben bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen

- Unterschiede hinsichtlich Schmerzerleben im Vergleich zu kognitiv Gesunden (experimentelle Untersuchungen)

  - Schmerzschwelle ist gleich
  - Schmerztoleranzschwelle scheint erhöht
  - Vegetative Schmerzschwelle ist höher (bei starken Schmerzen gleich)
  - **Verstärkte mimische Reaktion mit zunehmender kognitiver Beeinträchtigung**

(Lautenbacher et al., 2007)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerzerleben bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen

- Alzheimer-Krankheit (fMRT-Studien, Arbeiten zu Schmerzreflexen)
  - Ausgeprägte Reaktionen auf Schmerz
- Vaskuläre Demenz
  - Ähnliche Schmerzintensität
  - Stärkerer Leidensdruck
- Frontotemporale Demenz
  - Scheinbar höhere Schmerzschwelle und höhere Toleranzschwelle
- Lewy-Body-Demenz und Parkinson-Demenz
  - Schmerzen durch Mangel an schmerzreduzierendem Dopamin

(Achterberg et al., 2020)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Hauptprobleme in der Schmerzerfassung

- fehlende oder fragliche subjektive Selbsteinschätzung
- Zusammenhang zwischen Aktivität und Schmerz wird nicht erkannt
- Schmerz ist nicht lokalisierbar durch veränderte Körperwahrnehmung
- Einnahme von Bedarfsmedikation ist nicht nachvollziehbar
- keine Schmerzbewertung durch Gedächtnisprobleme
- Bewusstseins-, Sprech- und Sprachverständnisstörungen
- Schmerzskalen werden nicht verstanden

(Kastner & Löbach, 2018, S. 32; Kojer & Schmidl, 2016, S. 52-53)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Häufiges Schmerzverhalten (American Geriatrics Society, 2002)

- Gesichtsausdruck
- Wort- und Lautäußerungen
- Körperbewegungen
- Veränderungen in zwischenmenschlichen Interaktionen
- Veränderungen in Aktivitätsmustern und –routinen
- Veränderungen des Geisteszustandes

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerzmanagement in der Pflege

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege
Aktualisierung 2020

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

*S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei **geri**atrischen **Pati**en**t**:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN) 2025*

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Warum Schmerzassessment?

- Schmerzmanagement fällt in die pflegerische Kernkompetenz (Berufspflicht, Gesundheit- und Krankenpflegegesetz)
- Aufmerksamkeit auf Schmerzen wird erhöht – 5. Vitalzeichen
- Voraussetzung für eine gezielte Schmerztherapie
  - ✓ Steigerung der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen
  - ✓ Verbesserung von herausforderndem Verhalten
  - ✓ Reduktion verordneter Psychopharmaka
- Häufigere Verabreichung von Bedarfsmedikationen
- Reduktion von Stresssituationen für die Pflegepersonen

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Warum Schmerzassessment?

Ein gutes Schmerzmanagement ist Teil eines Qualitätsmerkmales einer Einrichtung.

(S3-Leitlinie *Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe*, 2017)

Ziel: Stabile Schmerzsituation

(GeriPAIN, 2025)

Nicht behandelte akute Schmerzen können Delir auslösen!

© Karin Gerstgrasser, MSc.

tirol kliniken

DEMENZ BRAUCHT KOMPETENZ

S3-Leitlinie GeriPAIN 2025

1. Empfehlung ↑	2. Empfehlung ↑↑	3. Empfehlung ↑↑
Patienten/Patientinnen und ihre Angehörigen sollten aktiv einbezogen werden.	Nutzen und Schaden einer nichtmedikamentösen/ medikamentösen Schmerztherapie sollen besprochen werden.	Die Kommunikation soll strukturiert erfolgen.

4. Empfehlung ↑	5. Empfehlung ↑↑	6. Empfehlung ↑↑
Dokumentation	Medikamentenreview	Schulungen

© Karin Gerstgrasser, MSc.

7. Empfehlung ↑	8. Empfehlung ↑	9. Empfehlung ↑
Screening	Zeitnahes systematisches Schmerzassessment bei positivem Screening	Bei akuten Schmerzen angemessene schmerzreduzierende Maßnahmen

10. Empfehlung ↑↑	11. Empfehlung ↑↑	12. Empfehlung ↑↑
Selbstauskunft vor Fremdeinschätzung	Bei kognitiver Beeinträchtigung soll eine zusätzliche systematische Fremdeinschätzung erfolgen.	Schmerzassessment in Ruhe und in Aktivitätssituationen

© Karin Gerstgrasser, MSc.

13. Empfehlung ↑↑	14. Empfehlung ↑	15. Empfehlung ↑↑
Schmerzhistorie Komorbiditäten Schmerzmedikation Schmerzdimensionen (non-, para-) verbale Zeichen	Schmerzzeichnungen (Körperskizzen/Karten)	Interprofessioneller Behandlungsplan

16. Empfehlung ↑↑	17. Empfehlung ↑↑	18. Empfehlung ↔
Verlaufserfassung	Körperliche Aktivierung bei muskuloskelettalen Schmerzen	Musikbasierte Interventionen (Singen oder Musik anhören) können erwogen werden

© Karin Gerstgrasser, MSc.

19. Empfehlung keine	20. Empfehlung ↑↑	21. Empfehlung ↔
Aromatherapie Passive Bewegungsübungen bei Kontraktur(-risiko)	Start von Analgetika in niedriger Dosierung, langsame Steigerung, Kontrolle von Wirksamkeit und Verträglichkeit	Metamizol Paracetamol

22. Empfehlung ↔	23. Empfehlung ↔	24. Empfehlung ↑
Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) z.B. bei Arthrose, Arthritis, spezifischen Rückenschmerzen und Gicht kurzzeitige Anwendung	Opioide	Topische NSAR Bei arthrosebedingten Gelenksschmerzen

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Schmerzmanagement in der Pflege bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Selbstauskunft

Vorinformationen
Risiken

Fremdeinschätzung (BESD)

Stellvertretender Schmerzbericht von Angehörigen

Physiologische Hinweise

(DNQP, 2020, S. 105)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Selbstauskunft

- Goldstandard der Schmerzerfassung
- Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung
- Wie stark sind jetzt Ihre Schmerzen (VRS)?

Kein Schmerz	Leichter schmerz	Mäßiger Schmerz	Starker Schmerz	Sehr starker Schmerz

- Hörgeräte, Sehbehelfe, einfache Wörter, Zeit, Reduktion von Ablenkungen

(DNQP, 2020, S. 105)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

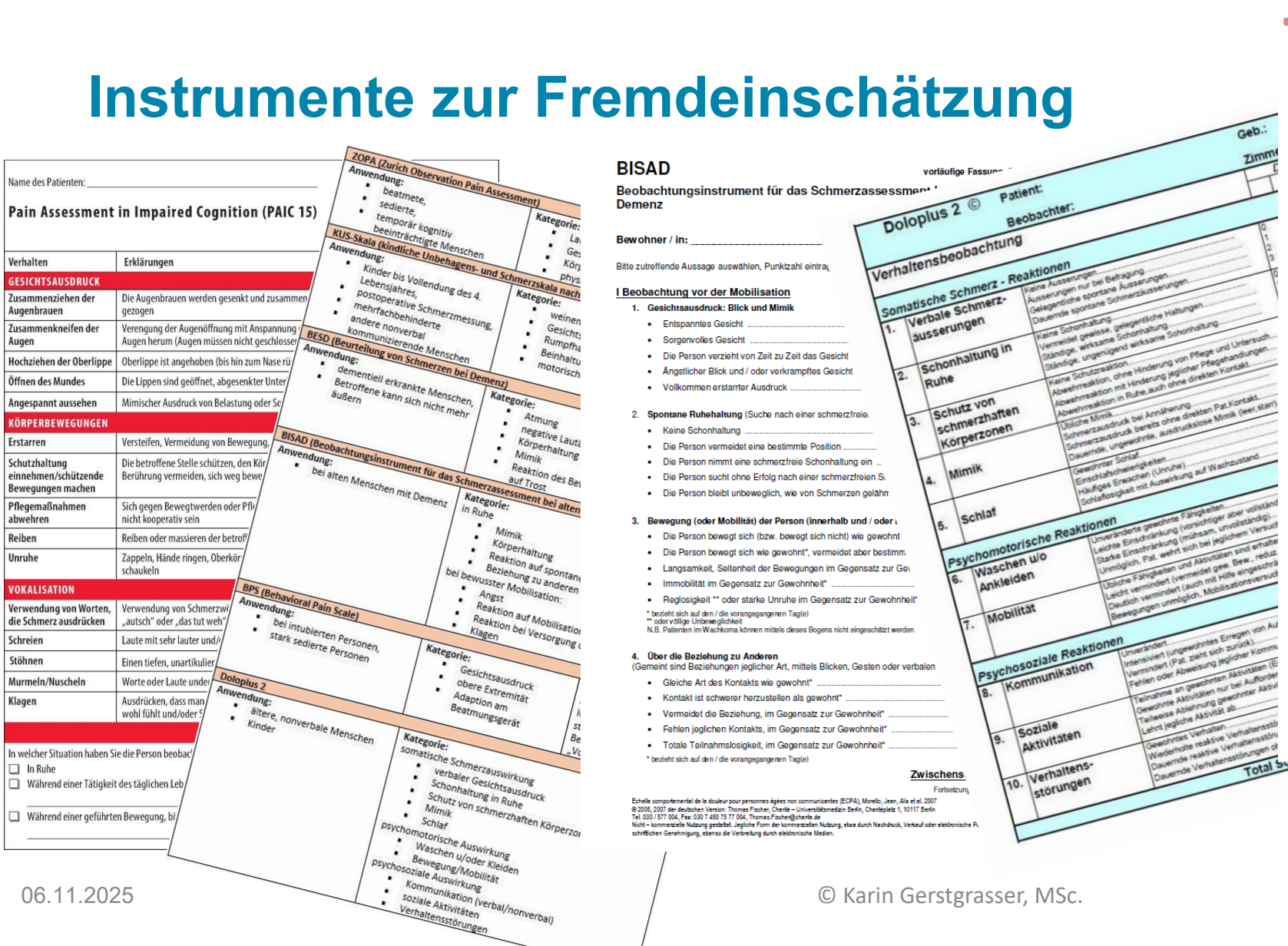
Selbstauskunft – Schmerzfragebogen in einfacher Sprache

- ☐ Der Schmerz ist ganz tief in mir drin.
  Und er **drückt** ganz fest. (dumpf)
- ☐ Der Schmerz **sticht**, wie mit einer Nadel.
- ☐ Der Schmerz **brennt**, wie wenn man Feuer oder Brennnesseln berührt.
- ☐ Der Schmerz ist wie ein **Krampf**. Alles **zieht** sich zusammen.
- ☐ Der Schmerz **pocht** wie mein Herz.
  Und als wenn jemand mit einem Hammer haut.
- ☐ Der Schmerz kommt ganz **schnell** und **fest**. Wie wenn jemand **schießt**.

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Schmerztagebuch_Gelhaus.pdf

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Instrumente zur Fremdeinschätzung



© Karin Gerstgrasser, MSc.

Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA©)

Die beobachteten Verhaltensmerkmale mit x eintragen

Name: **Datum:**

Uhrzeit						
0. keine Anzeichen						
1. Lautäußerungen						
Stöhnen / Klagen						
Brummen						
2. Gesichtsausdruck						
Verzerrter, gequälter Gesichtsausdruck						
Starrer Blick						
Zähne zusammenpressen (Tubus beißen)						
Augen zusammenkneifen						
Tränenfluss						
3. Körpersprache						
Ruhelosigkeit						
Massieren oder Berühren eines Körperteils						
Angespannte Muskeln						
4. Physiologische Indikatoren						
Änderungen in den Vitalzeichen						
Blutdruck / Puls						
Atmung						
Veränderung der Gesichtsfarbe						
Schwitzen / Röte						

Handel et al. (2007)

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

Ermittelten Wert hier eintragen

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)

Zwischensumme: _____

Fortsetzung umseitig

Echelle comportemental de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA), Morello, Jean, Alix et al. 2007
© 2005, 2007 der deutschen Version: Thomas Fischer, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Tel. 0351 / 46902 77, Thomas.Fischer@ehs-dresden.de
Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.

II Beobachtung während der Mobilisation

Ermittelten Wert hier eintragen

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)
   - Annährung 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 _____

Echelle comportemental de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA), Morello, Jean, Alix et al. 2007
© 2005, 2007 der deutschen Version: Thomas Fischer, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Tel. 0351 / 46902 77, Thomas.Fischer@ehs-dresden.de
Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.

Name des Patienten: Datum:

Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 15)

Verhalten	Erklärungen	Überhaupt nicht	Geringfügig	Mäßig	Stark	Nicht bewertbar
GESICHTSAUSDRUCK						
Zusammenziehen der Augenbrauen	Die Augenbrauen werden gesenkt und zusammengezogen	0	1	2	3	x
Zusammenkneifen der Augen	Verengung der Augenöffnung mit Anspannung um die Augen herum (Augen müssen nicht geschlossen sein)	0	1	2	3	x
Hochziehen der Oberlippe	Oberlippe ist angehoben, (bis hin zum Nase rümpfen)	0	1	2	3	x
Öffnen des Mundes	Die Lippen sind geöffnet, abgesenkter Unterkiefer	0	1	2	3	x
Angespannt aussehen	mimischer Ausdruck von Belastung oder Sorge	0	1	2	3	x
KÖRPERBEWEGUNGEN						
Erstarren	Versteifen, Vermeidung von Bewegung, Luft anhalten	0	1	2	3	x
Schutzhaltung einnehmen/schützende Bewegungen machen	Die betroffene Stelle schützen, den Körperteil halten, Berührung vermeiden, sich weg bewegen	0	1	2	3	x
Pflegemaßnahmen abwehren	Sich gegen Bewegtwerden oder Pflege wehren, nicht kooperativ sein	0	1	2	3	x
Reiben	Reiben oder massieren der betroffenen Körperstelle	0	1	2	3	x
Unruhe	Zappeln, Hände ringen, Oberkörper vor und zurückschaukeln	0	1	2	3	x
VOKALISATION						
Verwendung von Worten, die Schmerz ausdrücken	Verwendung von Schmerzwörtern, wie "aua", "oweh", "autsch", oder "das tut weh"	0	1	2	3	x
Schreien	Laute mit sehr lauter und/oder schriller Stimme äußern	0	1	2	3	x
Stöhnen	Einen tiefen, unartikulierten Laut von sich geben	0	1	2	3	x
Murmeln/Nuscheln	Worte oder Laute undeutlich äußern	0	1	2	3	x
Klagen	Ausdrücken, dass man unglücklich ist, leidet, sich nicht wohl fühlt und/oder Schmerzen hat	0	1	2	3	x
	SUMME=					

In welcher Situation haben Sie die Person beobachtet?

- ☐ In Ruhe
- ☐ Während einer Tätigkeit des täglichen Lebens, bitte beschreiben Sie diese:
- ☐ Während einer geführten Bewegung, bitte beschreiben Sie diese:

PAIC15

Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 6)

Verhalten	Erklärungen	Überhaupt nicht	Geringfügig	Mäßig	Stark	Nicht bewertbar
GESICHTSAUSDRUCK						
Zusammenziehen der Augenbrauen	Die Augenbrauen werden gesenkt und zusammengezogen	0	1	2	3	x
Hochziehen der Oberlippe	Oberlippe ist angehoben, (bis hin zum Nase rümpfen)	0	1	2	3	x
KÖRPERBEWEGUNGEN						
Erstarren	Versteifen, Vermeidung von Bewegung, Luft anhalten	0	1	2	3	x
Schutzhaltung einnehmen/schützende Bewegungen machen	Die betroffene Stelle schützen, den Körperteil halten, Berührung vermeiden, sich weg bewegen	0	1	2	3	x
VOKALISATION						
Verwendung von Worten, die Schmerz ausdrücken	Verwendung von Schmerzwörtern, wie "aua", "oweh", "autsch", oder "das tut weh"	0	1	2	3	x
Stöhnen	Einen tiefen, unartikulierten Laut von sich geben	0	1	2	3	x
	SUMME=					

PAIC 6

Pain Assessment in Impaired Cognition

https://paic15.com/

© Karin Gerstgrasser, MSc.

BESD-Skala - BEurteilung von Schmerzen bei Demenz

- „Pain Assessment in Advanced Dementia“ (PAINAD)-Skala
  von Warden, Hurley und Volicer (2003) entwickelt
- Übersetzung ins Deutsche von Schuler und Kollegen (2007)
- **Valides Instrument zur Fremdbeurteilung von Schmerzen bei Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim** (Basler et. al. 2006)
- Verhaltensauffälligkeiten in **fünf Dimensionen**
  Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung

(Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft , 2013)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Hinweise

- Beobachtungszeit: 2 Minuten
- Dokumentation in Ruhe oder bei Belastung
- Pro Kategorie max. 2 Punkte
- insgesamt 10 Punkte möglich

- keine Messung der Schmerzstärke – sondern:

Beobachtung von Verhalten, das auf Schmerzen hindeutet

(Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft, 2013)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Atmung

1. Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	nein	ja	Punkt-wert
• 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)	☐	☐	

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Negative Lautäußerungen

2. Negative Lautäußerung

• keine	☐	☐	0
• gelegentlich stöhnen oder ächzen	☐	☐	1
• sich leise negativ oder missbilligend äußern	☐	☐	
• wiederholt beunruhigt rufen	☐	☐	2
• laut stöhnen oder ächzen	☐	☐	
• weinen	☐	☐	

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Gesichtsausdruck

3. Gesichtsausdruck	nein	ja	Punkt-wert
• lächelnd oder nichts sagend	☐	☐	0
• trauriger Gesichtsausdruck	☐	☐	1
• ängstlicher Gesichtsausdruck	☐	☐	
• sorgenvoller Blick	☐	☐	
• grimassieren	☐	☐	2

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Gesichtsausdruck (PAIC15-Skala)

➢ Zusammenziehen der Augenbrauen	M. corrugator superclii
➢ Zusammenkneifen der Augen	M. orbicularis oculi
➢ Hochziehen der Oberlippe	M. levator labii superioris
➢ Öffnen des Mundes	M. orbicularis oris

(paic15.com)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Körpersprache

4. Körpersprache

• entspannt	☐	☐	0
• angespannte Körperhaltung	☐	☐	1
• nervös hin und her gehen	☐	☐	
• nesteln	☐	☐	
• Körpersprache starr	☐	☐	2
• geballte Fäuste	☐	☐	
• angezogene Knie	☐	☐	
• sich entziehen oder wegstoßen	☐	☐	
• schlagen	☐	☐	

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Trost

5. Trost

• trösten nicht notwendig	☐	☐	0
• Ist bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich?	☐	☐	1
• Ist bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich?	☐	☐	2

Gesamtsumme von maximal 10 möglichen Punkten __/10

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Auswertung

Empfehlungen des Arbeitskreises Alter und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft (2013)

- 0 Punkte: kein Schmerzverhalten erkennbar – Schmerz wird nicht ausgeschlossen
- 1 Punkt: erhöhte Aufmerksamkeit für mögliche Schmerzursachen
- **ab 2 Punkten:** Schmerzen wahrscheinlich

Schmerzen wahrscheinlich, wenn

- BESD-Werte höher bei Belastung als in Ruhe
- BESD-Werte verringern sich nach Analgetika-Gabe

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Wann VRS und wann BESD?

- Bei einer schweren Beeinträchtigung (MMST 0 bis 9)

  → BESD

- Bei einer mittelgradigen Beeinträchtigung (MMST 10 bis 19)

  → eventuell VRS, im Zweifel zusätzlich BESD

- Bei einer leichten Beeinträchtigung (MMST ab 20)

  → VRS

(DNQP, 2011; Lautenbach & Kunz, 2019; ÖGARI, Schweitzer, 2019)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Empfehlungen der Volksanwaltschaft (2024)

- Ein standardisiertes Schmerzmanagement muss Teil eines jeden Pflegemanagements sein.
- Routinescreening beim Einzug ins Heim mit geeigneten Einschätzungsinstrumenten
- Erfassung aller Aspekte des Schmerzes
- Erstellung eines multiprofessionellen Behandlungsplans

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Empfehlungen der Volksanwaltschaft

- regelmäßige Verlaufserfassung
  - mindestens alle vier Wochen
  - mindestens wöchentliche Verlaufskontrolle bei chronischen Schmerzen
  - bei Veränderungen des medizinischen Status
  - bei Verdacht auf Schmerzen
- Vorhandensein von hochwirksamen Schmerzmitteln in vertretbarer Zeit
- Anwendung nichtmedikamentöser Maßnahmen
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Behandlung – nichtmedikamentöse Maßnahmen

Studienlage schlecht, geringe Evidenz, aber starke Empfehlung

1. Wahl in der Schmerztherapie, oft kombiniert mit Analgetika

- Körperliches Training
- Massagen (Reflexzonenmassage) und Berührungen
- Wärmetherapie (warmes Bad)
- Entspannung/Ruhe (Reiki, Schaukelstuhltherapie)
- Musiktherapie
- Menschliche Interaktionen

(Achterberg et al., 2020)

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Praktische Übungen

tirol kliniken

BESD -Skala: Beurteilung des Schmerzes bei Demenz

	0	1	2	Score
Atmung (unabhängig von Lautäußerungen)	normal	gelegentlich angestrengt atmen, kurze Phasen von Hyperventilation	lautstark angestrengt atmen, lange Phasen von Hyperventilation, Cheyne-Stokes-Atmung	
Negative Lautäußerungen	keine	gelegentlich Stöhnen und Ächzen, sich leise negativ oder missbilligend äußern	wiederholt beunruhigt rufen, lautes Stöhnen und Ächzen, Weinen	
Gesichtsausdruck	lächelnd, nichtssagend	traurig, ängstlich, sorgenvoller Blick	grimassieren	
Körpersprache	entspannt	angespannt, nervös hin und her gehen, nesteln	starr, geballte Fäuste, angezogene Knie, sich entziehen oder wegstoßen, schlagen	
Trost	trösten nicht notwenig	ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich	trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich	
			Ab 2 Punkten zeigt der/die Patient:in ein Verhalten, das auf Schmerzen hindeutet	**Total**

Basler HD, Hüger D, Kunz R et al(2006) Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. Schmerz 20:519–526

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Links

Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

BESD Anleitungen

https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/BESD_Fassung_Dezember_2008.pdf

https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf

Video Beurteilung von Schmerz bei Demenz

https://www.schmerzgesellschaft.de/hilfseiten/besd-videos

E-Training Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 15 Skala)

https://paic15.com/e-training/

© Karin Gerstgrasser, MSc.

(iStock)

Demenzkranke Menschen haben ihre Fähigkeit verloren,
für sich zu sprechen und für ihre Rechte zu kämpfen,
daher müssen wir, die Pflegepersonen
– in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen –
uns für sie einsetzen und unser Möglichstes tun,
ihre Schmerzen zu erkennen und für eine Schmerzlinderung zu sorgen.

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Literaturverzeichnis

- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B.; Erdal, A. & Herr, K. (2020). Schmerz bei Demenz. Schmerz 35 , 130–138. https://doi.org/10.1007/s00482-020-00501-w [25.10.2025]
- Alzner, R., Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M. M., Osterbrink, J., & Iglseder, B. (2016). Bewohner österreichischer Pflegeheime. ProCare, 21(4), 22–25. https://link.springer.com/article/10.1007/s00735-016-0631-x [25.10.2025]
- Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (Juni 2013). Hinweise zur Verwendung von BESD. (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). Verfügbar unter https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf [25.10.2025]
- AWMF (16.07.2025). S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei Geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN). Verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-005#anmeldung [25.10.2025]
- Basler, H. D., Hüger, D., Kunz, R., Luckmann, J., Lukas, A., Nikolaus, T., & Schuler, M. S. (2006). Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens [Assessment of pain in advanced dementia. Construct validity of the German PAINAD]. Schmerz (Berlin, Germany), 20(6), 519–526. https://doi.org/10.1007/s00482-006-0490-7
- Bienas, M., Gnass, I., Mayer, B., Radbruch, L., & Lukas, Albert. (2019). Herausfordernde Verhaltensweisen und Schmerz bei Demenz : Erfahrungen von Pflegenden in einem Akutkrankenhaus [Challenging behavior and pain in dementia : Experiences of nursing staff in an acute care hospital]. Schmerz (Berlin, Germany). Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00482-019-0360-8
- Budnick, A., Wenzel, A., Schneider, J., Paschke-Duke, M., Kreutz, R. & Dräger, D. (2019). Schmerzgeschehen bei nichtauskunftsfähigen ambulant versorgten Pflegebedürftigen: Herausforderungen und Empfehlungen. *Schmerz (Berlin, Germany)* [Pain situation among older adults in need of care in the outpatient care setting and cognitively or physically unable to respond : Challenges and recommendations], *33*(6), 523–532. https://doi.org/10.1007/s00482-019-00404-5
- Carr, E. & Mann, E. (2014). Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe (3.Auflage). Osterbrink, J. & Georg, J. (Hrsg. der deutschen Ausgabe) (Hermann, M. Übers.) Bern: Huber. (Orginal erschienen 2009: Pain)
- Closs, S. J., Barr, B., & Briggs, M. (2004). Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. The British Journal of General Practice, 54(509), 919–921.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2020). Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege – Aktualisierung 2020.* Osnabrück: DNQP.

© Karin Gerstgrasser, MSc.

Literaturverzeichnis

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2015). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP.
- Drilling, H., & Freyberger, H. J. (Eds.). (2016). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR (8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2016). Bern: Hogrefe.
- Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D., Siegling, B. (2014). Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf [20.06.2019]
- Jensen-Dahm, C., Palm, H., Gasse, C., Dahl, J. B. & Waldemar, G. (2016). Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Patients with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *41*(3-4), 181–191. https://doi.org/10.1159/000444704
- Kastner, U. & Löbach, R. (2018). *Handbuch Demenz* (4. Auflage). München: Elsevier. Verfügbar unter http://shop.elsevier.de/978-3-437-28003-0
- Kojer, M. & Schmidl, M. (Hrsg.). (2016). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen; mit 23 Abbildungen* (2. Auflage). Wien: Springer.
- Lautenbacher, S. & Kunz, M. (2019). Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenz. *Der Anaesthesist* [Assessing pain in patients with dementia], *68*(12), 814–820. https://doi.org/10.1007/s00101-019-00683-8
- Lautenbacher, S., Kunz, M., Mylius, V., Scharmann, S., Hemmeter, U. & Schepelmann, K. (2007). Mehrdimensionale Schmerzmessung bei Demenzpatienten. *Schmerz (Berlin, Germany)* [Multidimensional pain assessment in patients with dementia], *21*(6), 529–538. https://doi.org/10.1007/s00482-007-0545-4

© Karin Gerstgrasser, MSc.

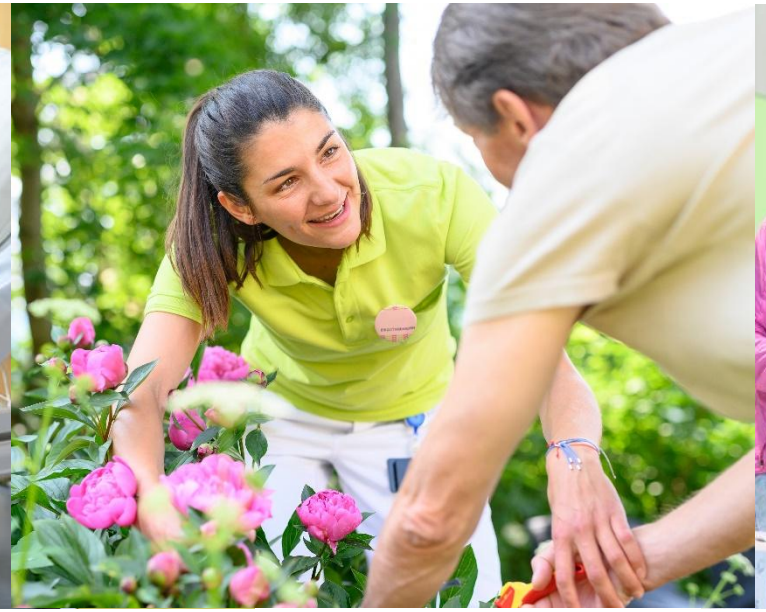
Literaturverzeichnis

- Likar, R., Pipam, W., Neuwersch, S., Köstenberger, M., Pinter, G., Gatternig, C. et al. (2015). Schmerzmessung bei kognitiv beeinträchtigten Patienten mit der Doloshort-Skala. *Schmerz (Berlin, Germany)* [Pain measurement in cognitively impaired patients with the Doloshort scale], *29*(4), 440–444. https://doi.org/10.1007/s00482-015-0006-4
- Morrison, R.S. & Siu, A. L. (2000). A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, *19*(4), 240–248. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00113-5
- Osterbrink, J., Hufnagel, M., Kutschar, P., Mitterlehner, B., Krüger, C., Bauer, Z., . . . Ewers, A. (2012). Die Schmerzsituation vo Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster [The pain situation for residents of nursing homes. Results of a study in Münster]. Schmerz (Berlin, Germany), 26(1), 27–35. https://doi.org/10.1007/s00482-011-1127-zSchilder, M., & Philipp-Metzen, H. E. (2018). Menschen mit Demenz: Ein interdisziplinäres Praxisbuch: Pflege, Betreuung, Anleitung von Angehörigen (1. Auflage). Pflegepraxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. Retrieved from https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5399541
- Osterbrink, J. (Ed.). (2014). Pflegepraxis. Schmerz und Schmerzmanagement: Praxishandbuch für Pflegeberufe (M. Herrmann, Trans.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Periyakoil, V. (2018). Pain Management.....Updated July 2018. The American Geriatrics Society Inc. US. Verfügbar unter https://geriatricscareonline.org/FullText/B023/B023_VOL001_PART001_SEC002_CH016
- Schweitzer, E. (25.01.2019). Information kompakt. Perioperatives Schmerzmanagement. Schmerzassessment. Verfügbar unter https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/periop._schmerzth_schmerzassessment_schweitzer_201800923_end-endfassung.pdf [03.11.2019]
- Tan, E. C. K., Jokanovic, N., Koponen, M. P. H., Thomas, D., Hilmer, S. N., & Bell, J. S. (2015). Prevalence of Analgesic Use and Pain in People with and without Dementia or Cognitive Impairment in Aged Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. Current Clinical Pharmacology, 10(3), 194–203.
- Volksanwaltschaft (2024). Prüfschwerpunkt Schmerzmanagement und Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen. Verfügbar unter https://volksanwaltschaft.gv.at/artikel/Pruefschwerpunkt-Schmerzmanagement-und-Palliativversorgung-in-Alten-und-Pflegeheimen?topic_type=aktuelles&archiv=0 [07.05.2024]
- Vyjeyanthi S. Periyakoil, Md. (2018). *Pain Management.....Updated July 2018*. The American Geriatrics Society Inc. US. Verfügbar unter https://geriatricscareonline.org/FullText/B023/B023_VOL001_PART001_SEC002_CH016
- Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. Journal of the American Medical Directors Association, 4(1), 9–15. https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7

© Karin Gerstgrasser, MSc.

tirol kliniken

DEMENZ BRAUCHT KOMPETENZ



DEMENZ BRAUCHT KOMPETENZ