

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Wirtschaft & Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Assessmentinstrumente zur Fremdeinschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

Bachelor-Arbeit

Abgabetermin:	01. Juni 2014
Vorgelegt von	Heike Kretzschmer (Matrikel-Nummer: 2038920)
Erstgutachterin	Prof. Dr. Doris Wilborn
Zweitgutachterin	Doris Emde

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	S.1
1.1	Problembeschreibung.....	S.1
1.2	Zielsetzung, Fragestellung und Vorgehensweise Einleitung.....	S.3
2	Theoretische Grundlagen	S.5
2.1	Zur Schmerzsituation bei Menschen mit Demenz.....	S.5
2.1.1	Demenz.....	S.6
2.1.2	Schmerz.....	S.8
2.1.3	Besonderheiten der Schmerzsituation bei Menschen mit Demenz.....	S.9
2.2	Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung.....	S.11
2.2.1	Anwendungsbezogene Gütekriterien.....	S.13
2.3	Assessmentinstrumente BESD und ECPA.....	S.16
2.3.1	BESD.....	S.16
2.3.2	ECPA.....	S.21
3	Empirische Untersuchung	S.23
3.1	Entwicklung des Interviewleitfadens.....	S.23
3.2	Interviewpartner_innen.....	S.24
3.3	Datenerhebung.....	S.24
3.4	Durchführung.....	S.25
3.5	Transkription der Interviews.....	S.25
3.6	Qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring.....	S.25
3.7	Ergebnisdarstellung.....	S.27

4 Diskussion	S.34
4.1 Anwendungsbezogene Gütekriterien (BESD und ECPA)	S.34
4.2 Limitationen	S.36
5 Fazit und Abstract	S.38
6 Literatur	S.41
Eidstattliche Erklärung	S.45
Anhang	S.46
Anhang 1: Symptome einer Demenz	S.46
Anhang 2: Stadieneinteilung der Alzheimer-Demenz nach REISBERG	S.47
Anhang 3: WHO-Stufenschema	S.48
Anhang 4: Interviewleitfaden	S.49
Anhang 5: Exposé	S.53
Anhang 6: BESD	S.57
Anhang 7: ECPA	S.64

Abkürzungsverzeichnis

MmD	Menschen mit Demenz
ebd.	Ebenda/ ebendort
et al.	Et alia (und andere/ weitere Autor_innen)
ff.	fortfolgende
BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
ECPA	Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organisation
ICD	International Classification of Diseases
MMST	Mini-Mental-Status-Test
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
dt.	deutsch/ zu deutsch
BISAD	Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
ISAP	International Association for the Study of Pain
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
A/B/C	Bezeichnung der Interviewpartner_innen im Interview
P.	Paraphrase aus der Auswertungstabelle (liegt den Prüferinnen vor) der Interviews
Z.	Zeile in den Transkripten der Interviews (liegt den Prüferinnen vor)
AEDL	Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens
Hrsg.	Herausgeber

Tabellenverzeichnis

Tabellennummer	Tabellentitel	Seitenzahl
Tabelle I	Symptome der Demenz	46
Tabelle II	Stadieneinteilung der Alzheimer-Demenz nach REISBERG (1986)	47
Tabelle III	WHO-Stufenschema der Medikamente der Stufe I	48
Tabelle IV	WHO-Stufenschema der Medikamente der Stufe II	48
Tabelle V	WHO-Stufenschema der Medikamente der Stufe III	49
Tabelle VI	Analyseschritte nach MAYRING (2010)	26

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Im hohen Alter zählen Demenzen zu den häufigsten und folgereichsten psychiatrischen Erkrankungen. In Deutschland leiden knapp eine Million der über 65-Jährigen an Demenz und die Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr beträgt rund 190.000 Menschen (Weyerer, 2005: S. 7). Schwere Demenzen umfassen Stadien der Erkrankung, in denen Betroffene bis zum Tod andauernde Unterstützung in der Bewältigung alltäglicher Anforderungen benötigen (ebd.). Die Anzahl der Menschen mit Demenz (im Folgenden *MmD*) in deutschen Altenheimen nimmt kontinuierlich zu, rund 60 % der Heimbewohner_innen¹ sind aktuell von Demenz betroffen (ebd.). Aufgrund dieser hohen Anzahl der Betroffenen kommt der Pflege von *MmD* eine große Bedeutung zu. Das Risiko an Demenz zu sterben ist fast doppelt so hoch wie für zerebral intakte Personen (Kojer, 2010: S. 310).

Zahlreiche Autoren beschreiben neben demenzbedingten Veränderungen der Körperwahrnehmung den Verlust der verbalen Kommunikationsfähigkeit (Basler et al., 2006: S. 524; Kojer, 2009: S. 311; Osterbrink et al., 2012: S. 28; Fischer, 2007: S. 310; Lagger et al., 2008: S. 153). Damit steigt zugleich die Gefahr, dass Schmerz bei den Betroffenen von professionell Pflegenden² nicht erkannt oder auch überschätzt wird und dass es zu einer unzureichenden Schmerzbehandlung kommt (Basler et al., 2006: S. 524): „Betrüblicherweise hat daran auch der Schmerztherapieboom der vergangenen 10 Jahre kaum etwas zu ändern vermocht. [...] Aber auch die Klagen von Demenzkranken, die ihren Schmerz noch verbal ausdrücken können, werden häufig nicht beachtet, vor allem wenn ihre Betreuer sie zugleich als sehr verhaltensgestört erleben.“ (Kojer, 2009: S.70). Gerade im Alter treten Schmerzen häufig auf (Kojer, 2009: S. 311, Osterbrink et al., 2012: S. 27). Nach LAGGER et al. (2008) hat ein inadäquates Schmerzmanagement Auswirkungen auf die physische und psychische Verfassung, sowie auf die Lebensqualität der Betroffenen (Lagger et al., 2008: S. 153).

Da auf der rationalen Ebene die Kommunikation mit *MmD* unmöglich scheint, kann auf der Gefühls- und Beziehungsebene mit ihnen in Kontakt getreten werden. Voraussetzungen

¹ Der ‚Gender_Gap‘ soll als sprachliche Möglichkeit benutzt werden, Geschlechter und Geschlechtsidentitäten jenseits der hegemonialen Zweigeschlechtlichkeit darzustellen (Herrmann, 2003: S. 22). Die Verfasserin fühlt sich dieser Schreib- und Ausdrucksweise verpflichtet und bemüht sich, diese einzuhalten. Wörter, die keinen Gender-Gap aufweisen, berücksichtigen alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten dennoch gleichwertig und gleichberechtigt.

² In dieser Arbeit werden die Angehörigen der verschiedenen Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpfleger_innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen, Altenpfleger_innen, sowie Pflegefachkräfte, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen) berufsübergreifend als *Pflegende*, bzw. *Pflegefachkräfte* angesprochen.

hierfür sind ausreichende Kenntnisse in Validation, Basale Stimulation, sowie die Fähigkeit, einfühlsam zu beobachten (Kojer, 2009: S. 79).

Um Pflegenden die Beurteilung von Schmerzen zu erleichtern und um dem multiprofessionellen Team das Gelingen einer Schmerztherapie zu ermöglichen, wurden in den vergangenen Jahrzehnten diverse Schmerzerfassungsinstrumente entwickelt, die Schmerzen bei Menschen mit verbaler Einschränkung erfassen sollen (Kostrzewa, 2010: S. 123, Zwakhalen et al., 2006: S. 3). Ein in Deutschland verbreitetes Instrument ist zum Beispiel die deutsche Übersetzung der amerikanischen PAINAD-Skala: ‚Beurteilung von Schmerzen bei Demenz‘ (im Folgenden *BESD*) von BASELER et al. (2006). Die *BESD*-Skala gilt als ein häufig untersuchtes Schmerzerfassungsinstrument (Zwakhalen et al., 2006: S. 10f., Basler et al., 2006: S. 125, Lagger et al., 2008: S. 152f., Kostrzewa, 2010: S. 105, Fischer, 2007: S. 310). „Obwohl es nicht möglich ist, die Beobachtungsskala an dem Goldstandard des subjektiven Schmerzerlebens zu validieren, gibt es doch Hinweise mit ausreichender Evidenz, dass durch die Skala tatsächlich Schmerz gemessen wird.“ (Basler et al., 2006: S. 525). So wird hervorgehoben, dass sich die Skala zur Schmerzerfassung bei MmD eigne, da sie wegen der guten Operationalisierung leicht zu erlernen sei, die Beobachtungszeit mit zwei Minuten recht kurz ausfalle, Pflegende nach absolvierter Schulung zur Anwendung der Skala signifikant mehr Sicherheit und eine höhere Aufmerksamkeit in Bezug auf die Schmerzwahrnehmung aufweisen (Basler et al., 2006: S. 156, Lagger et al., 2008: S. 153). Außerdem trage die *BESD*-Skala zur systematischen Erfassung von Schmerzen bei, überprüfe Maßnahmen zur Schmerzlinderung, unterstütze Kommunikation im multiprofessionellen Team, sowie überprüfe und vereinfache Schmerzdokumentation (Fischer, 2007: S. 311).

Dennoch wird der Gebrauch der *BESD*-Skala kritisch bewertet, da die Beurteilung einzelner Items in realen Pflegesituationen schwierig sein kann, personelle Kontinuität von Nöten ist, es kein Erfassungsinstrument gibt, das alle möglichen Verhaltensweisen berücksichtigt, Verhaltensweisen immer mehrdeutig sind und zudem die Beobachtungskompetenz von Pflegenden durch bloßes ‚Checklistenausfüllen‘ in Frage gestellt wird (Fischer, 2007: S. 311, Basler et al., 2006: S. 155, Kojer, 2009: S. 310).

Ein weiteres, verbreitetes Schmerzerfassungsinstrument ist *ECPA* (*Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes*) von MORELLE et al. (2002), deutsche Version von KUNZ (2006). „Selbstverständlich ist *ECPA* kein objektives Messinstrument, das empirische Daten hervorbringt, aber es kann Teams im Umgang mit dem Schmerzverhalten von Menschen mit einer Demenz sensibilisieren. Es wirkt ähnlich

disziplinierend wie das Dementia Care Mapping³.“ (Kostrzewa, 2010: S. 106). ECPA wird ausdrücklich von BECKER-EBEL (2011) für die Einführung als Schmerzerfassungsinstrument empfohlen (Becker-Ebel, 2011: S. 192f.). Kurzfristige Wirkungen einer Schmerztherapie können mit dem ECPA-Bogen nicht festgehalten werden. ECPA dient der langfristigen Schmerzbeobachtung und stützt sich dabei vor allem auf Verhaltensänderungen (Becker-Ebel, 2011: S. 192) und bezieht dabei den Aspekt der Aktivität mit ein (Fischer, 2012, S. 71). In der Literatur ist ECPA jedoch nur unzureichend untersucht (Zwakhaleh et al., 2006: S. 8, 2009: S. 79; Fischer, 2012: S. 71). Insbesondere hinsichtlich der anwendungsbezogenen Gütekriterien lassen sich nur wenig Aussagen nach Sichtung der verfügbaren Literatur treffen (Schwermann, Münch, 2008: S. 36).

1.2 Zielsetzung, Fragestellung und Vorgehensweise

Wie aus der Problembeschreibung hervorgeht, wird das Schmerzerfassungsinstrument BESD in der Literatur hinreichend beschrieben, ECPA jedoch nicht. Daher hat vorliegende Arbeit einen theoretischen, literaturgestützten und einen empirischen Teil. Die anwendungsbezogenen Gütekriterien des Instrumentes BESD sollen literaturgestützt beschrieben werden, wohingegen die anwendungsbezogenen Gütekriterien des Instrumentes ECPA durch leitfadengestützte Expert_inneninterviews mit professionell Pflegenden ermittelt werden sollen. Schließlich werden beide Instrumente miteinander verglichen.

Ziel der Expert_inneninterviews ist es, die anwendungsbezogenen Gütekriterien (Relevanz, klinische Wirksamkeit, Handhabbarkeit, Akzeptanz und Kosten-Nutzen-Analyse) des Assessmentinstrumentes ECPA zur Schmerzerfassung bei MmD in einer Wohn-Pflege-Einrichtung für MmD zu untersuchen und dabei praxisrelevante Schwierigkeiten und Modifikationsvorschläge zu identifizieren. Hierbei stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- **Welchen anwendungsbezogenen Gütekriterien entspricht das Schmerzerfassungsinstrument ECPA?**
- **Welche Schwierigkeiten weist ECPA in der pflegerischen Praxis auf?**

³ Das Dementia Care Mapping (DCM) ist ein von Tom Kidwood entwickeltes Verfahren zur Qualitätssicherung in der Pflege von MmD. Nach standardisierten Parametern werden beim DCM das Wohlbefinden oder die Problemlagen von MmD erfasst und in der pflegerischen Praxis werden daraus Evaluierungsmöglichkeiten gezogen (Popp, 2006: S. 123.).

Eingangs wird der theoretische Hintergrund dargestellt, wobei Begriffsdefinitionen zu Demenz, Schmerz, Assessmentinstrumente in der Pflege und anwendungsbezogene Gütekriterien vorangestellt werden. Darauf aufbauend werden die Assessmentinstrumente BESD und ECPA vorgestellt und erläutert. Nach der Entwicklung eines Interviewleitfadens wurden im März 2014 drei leitfadengestützte Expert_inneninterviews mit professionell Pflegenden einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft für MmD geführt. Das Interview verlief problemzentriert. Im Vorfeld wurde die Problemstellung herausgearbeitet, um daran anschließend auf bestimmte Aspekte genauer einzugehen und diese in einem Leitfaden für den Gesprächsverlauf zusammenzustellen. Die Ergebnisse aus den Interviews werden dargestellt und nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2010) analysiert und diskutiert. Hier erfolgt ein Vergleich der beiden Assessmentinstrumente in Hinblick auf deren anwendungsbezogenen Gütekriterien. Anschließend wird ein Fazit in Bezug auf die o.g. Fragestellungen gezogen, es erfolgt ein Ausblick und eine Zusammenfassung.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Zur Schmerzsituation bei Menschen mit Demenz

Das Erkennen von Schmerzen ist die Grundvoraussetzung für ein angemessenes Schmerzmanagement im therapeutischen Team.

Ein angemessenes Schmerzmanagement wiederum ist ein Grundanspruch jedes einzelnen Bürgers an die gesundheitliche Versorgung.⁴

Um die Schmerzsituation von MmD zu skizzieren, wird Demenz zunächst als Krankheitsbild vorgestellt. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit sollen dabei vorrangig Aspekte berücksichtigt werden, die für das allgemeine Verständnis über den Zusammenhang zwischen Demenz und Schmerzerlebnis notwendig sind. Weiterführendes Wissen über das Krankheitsbild der Demenz kann den Tabellen im Anhang entnommen werden. Im Anschluss wird das Phänomen des Schmerzes näher eingegrenzt, um schließlich Besonderheiten zur Schmerzsituation bei MmD herauszuarbeiten. Hieraus soll die Notwendigkeit von Schmerzerfassungsinstrumenten zur Fremdeinschätzung abgeleitet werden.

⁴ Fischer, 2012: S. 9.

2.1.1 Demenz

*Die Krankheit ist eine Diebin.
Anfangs lässt sie einen hier und da Kleinigkeiten vergessen, aber sie ruht nicht,
bis sie einem alles geraubt hat.
Sie raubt einem die Lieblingsfarbe, den Duft des Lieblingsgerichtes,
die Erinnerung an den ersten Kuss und die Liebe zum Golfspielen.⁵*

Die Prävalenz für Demenz betrug nach Schätzungen der *World Health Organization* (WHO) im Jahr 2010 weltweit rund 35,6 Millionen. Deutschland steht dabei an fünfter Stelle mit 1,5 Millionen Betroffenen. Darüber stehen China (5,4 Mio.), USA (3,9 Mio.), Indien (3,7 Mio.) und Japan (2,5 Mio.). Diesen Schätzungen nach wird es im Jahr 2030 rund 115,4 Millionen MmD weltweit geben (Weyerer, 2005: S. 7).

Nach der *International Classification of Diseases* (ICD) ist Demenz (F00-F03) Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen. Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen sind hiernach eingeschlossen. Das Bewusstsein ist hingegen nicht getrübt. Kognitive Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet (ICD-10-GM-WHO, 2013:o.S.). Unter Demenz ist eine Fülle von Krankheitsbildern subsumiert. Eine grobe Einteilung ist die Unterscheidung in *primäre* und *sekundäre* Demenz (Kostrzewa, 2010: S. 22). Bei den primären Demenzen handelt es sich um Krankheitsbilder, die durch einen im Gehirn entstandenen progredienten Krankheitsverlauf verursacht werden (Bsp.: Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenz)⁶, wohingegen die sekundären Demenzen anderen Krankheitsbildern zugrunde liegen (Bsp.: schwere Formen der Herzinsuffizienz oder Schilddrüsenunterfunktion) (ebd.).

Generell ist Demenz eine Bezeichnung für eine Kombination von Symptomen, die auch bei anderen Erkrankungen auftreten (Builssen, 2011: S. 19). In der Tabelle im Anhang 1 sind die Symptome nach POPP (2006) benannt und beschrieben.

Hinweise auf die Auslöser von Alzheimer-Demenz sind nur unzureichend erforscht (Popp, 2006: S. 28), abgesehen von den wenigen klar genetisch bedingten Formen von Demenz

⁵ Wright, 2005: o.S..

⁶ Die **Alzheimer-Demenz** gilt als die häufigste Demenzform. Zu Beginn der Alzheimer-Demenz kommt es v.a. zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und zu räumlichen Orientierungsstörungen, später treten Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten, sowie apraktische, aphasische und agnostische Störungen hinzu. Die **vaskuläre Demenz** gilt als die zweithäufigste Demenzform. Die vaskuläre Demenz beginnt im Vergleich zur Alzheimer-Demenz eher plötzlich und fluktuiert in der Symptomatik stärker. Es wird vermutet, dass Ursache der vaskulären Demenz der Untergang einer kritischen Masse an Gehirngewebe ist. Zusätzlich zu den Symptomen der Alzheimer Demenz kommt es bei der vaskulären Demenz zu fokalen-neurologischen Störungen, wie gesteigerte Muskelreflexe und Gangstörungen (Fischer, 2012: S. 11).

(Weyerer, 2005: S.10). „Das Alter ist der wichtigste Risikofaktor für die Prävalenz und die Inzidenz des Demenzsyndroms im Allgemeinen und der Alzheimer-Krankheit im Besonderen.“ (ebd.). Personen mit leicht kognitiven Störungen stellen für die Entstehung von Demenz im Vergleich zu kognitiv unbeeinträchtigten Personen eine Hochrisikogruppe dar (ebd.). Auch Chlamydien bei geschwächten Menschen gelten als Risikofaktoren. „Chlamydia pneumoniae ist sehr verbreitet. Im Alter von 20 Jahren ist [...] bereits jeder Zweite damit infiziert, dieser Anteil steigt noch mit dem Alter. Wann sie allerdings Krankheiten hervorrufen, steht noch nicht fest.“ (Popp, 2006: S. 28). Die Bakterienvermehrung könnte auch eine Folge der Erkrankung sein. Weitere Ursachen können sein: Vorhofflimmern, Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, Diabetes Mellitus, chronischer Alkoholabusus, Fettstoffwechselstörung, Adipositas und Rauchen (Weyerer, 2005: S. 10).

Diagnostische Maßnahmen reichen von der Anamnese (z.B. **Nurses observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)**, **Minimal-Mental-Status-Test (MMST)**⁷, Uhrentest), über weitere Standarduntersuchungen (CAMDEX, CERAD, FAST, SIDAM, TFDD), Labortests (metabolische und entzündliche Prozesse, Liquoruntersuchungen), hin zu neurophysiologische Untersuchungen (EEG und EP), bildgebende Verfahren (CT und MRT), **Positronen-Emissions-Tomographie (PET)** zur Untersuchung des Glukose-Stoffwechsels, sowie **SPECT (Einzelphotonen-Emissions-Tomographie)** zur Hirnblutungsuntersuchung (Popp, 2006: S. 15ff.).

Der Krankheitsverlauf ist schleichend und dauert durchschnittlich sechs bis acht Jahre von dem Auftreten der ersten Symptome bis zum Finalstadium an (Popp, 2006: S. 25).⁸ Häufig ziehen MmD in einem späten Stadium, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann, in Altenpflegeeinrichtungen; 70% und mehr Bewohner_innen leiden dort an einer Demenz (Kostrzewa, 2010: S. 21).

Therapieziel bei der Alzheimer-Demenz ist, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern bzw. zu verzögern. „Beim Einsatz von Nootropika als Möglichkeit der medikamentösen Behandlung sollte innerhalb von 3 Monaten eine Verbesserung der Symptomatik eintreten, ansonsten ist es wieder abzusetzen.“ (Popp, 2006: S. 29). Das wichtigste Therapieziel ist die Verbesserung der Lebensqualität (ebd.).

Nichtmedikamentöse Therapieansätze sind Techniken, die der Verbesserung der Gedächtnisleistungen und der Informationsverarbeitung dienen (Gedächtnistraining, Realitäts-

⁷ Der Mini-Mental-Status-Test dient als Anamnese der Gedächtnisleistung und des Orientierungsvermögens. Ab einer Punktzahl von 24 wird von dem Vorhandensein einer demenziellen Erkankung ausgegangen (Popp, 2006: S. 18f.).

⁸ S. Anhang 2: Stadioneinteilung nach REIBERG (1982).

Orientierungs-Training (ROT)), die Bearbeitung emotionaler und motivationaler Persönlichkeitsaspekte (personenzentrierte Pflege/ klientenzentrierte Gesprächsführung, Biographiearbeit, Validation und Milieuthérapie), sowie präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen (ausgewogene Ernährung, Reduzierung des oxidativen Stresses, Vitamin E- und C-Gabe, Senkung des Cholesterinspiegels) (Weyerer, 2005: S.11).

2.1.2 Schmerz

BERNATZY und LIKAR (2009a/b) verstehen unter ‚Schmerz‘ in Anlehnung an die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (International Association for the Study of Pain, IASP) *unangenehme Sinnes- und Gefühlserlebnisse* (Bernatzky, Likar, 2009a: S. 15), die mit tatsächlichen oder möglichen Gewebsschäden assoziiert sind oder durch solche betrieben werden (Bernatzky, Likar, 2009b: S. 15): „Pain. An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“ (IASP, 1994: o.S.). Wichtige Aufgaben von Schmerz sind die Kommunikation nach innen und nach außen (Bernatzky, Likar, 2009a: S. 15). Zudem wird Schmerz als ein von der Evolution angelegtes Frühwarnsystem bezeichnet (ebd.). Diese Schutz- und Warnfunktion ist eine Voraussetzung für die Entwicklung aller komplexen Lebewesen (Dräger et al., 2014: S. 1). Schmerz wird von vielen Tierarten wahrgenommen und ist somit älter als die Menschheit (Bernatzky, Likar, 2009a: S. 15). Vielmehr beeinflusst Schmerz den ganzen Körper und seine Umgebung und verursacht in klinisch bedeutsamer Weise das Leiden auf physischer, emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene (Bernatzky, Likar, 2009a: S. 20). Nonverbale Schmerzäußerungen gelten als universal und lösen im sozialen Umfeld Empathie und Zuwendung aus und haben somit appellative Funktionen (Dräger et al., 2014: S. 1). Im 19. Jahrhundert wurden spezifisch wirksame schmerzreduzierende Mittel wie Morphin und Äthernarkose entdeckt. Diese weckten die Hoffnung auf Schmerzfreiheit, welche bis heute allerdings nur bedingt erreicht werden kann (ebd.). Daher ist es umso wichtiger, die Schmerzintensität zu reduzieren (Dräger et al., 2014: S. 2). Schmerzen können nach Entstehungsort, Entstehungsursache, nach Zeitdauer, nach Intensität, sowie nach pathogenen Kriterien eingeteilt werden (Bernatzky, Likar, 2009b: S. 21). Biochemische und neurophysische Vorgänge bestimmten die Entstehung von Schmerzen. Die dem bewussten Schmerzempfinden zu Grunde liegenden physiologischen Prozesse werden als *Nozizeption* bezeichnet (Schmerzentstehung, Schmerzleitung, Schmerzwahrnehmung und Modulation) (Dräger et al., 2014: S. 2).

Zur medikamentösen Schmerztherapie wurde 1986 das WHO-Stufenschema⁹ publiziert. „In jüngster Vergangenheit gelangt man [in der Palliativmedizin; Anm. der Verfasserin] allerdings immer häufiger zu der Überzeugung, die ersten beiden Stufen relativ rasch –wenn überhaupt notwendig- zu übergehen und –auch initial- Wirkstoffe der Stufe III anzuwenden, da diese auch in Langzeitbehandlung über das niedrigste Nebenwirkungspotential verfügen.“ (Flieder, Jansen, 2007: S. 2).

2.1.3 Besonderheiten der Schmerzsituation bei Menschen mit Demenz

*Sedativa statt Analgetika?*¹⁰

Da Demenz mit einem Nachlassen der Gedächtnisfunktionen und Einbußen der kognitiven Fähigkeiten (u.a. Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Problemlösung und Handlungsentwurf, Sprachleistung) einhergeht (Schwermann, Münch, 2008: S.16), existiert der Mythos, MmD haben keine Schmerzen (Kostrzewa, 2010: S. 99). Demenz wird zur Kardinalsdiagnose und alle anderen werden zur Nebendiagnose (Halo-Effekt) (ebd.). „Plötzlich sterben mit der Diagnose Demenz die Erkrankungen, z.B. des rheumatischen Formenkreises, die Herzinsuffizienz und weitere Krankheiten, die vermehrt im Alter auftreten können.“ (Kostrzewa, 2010: S. 100). Daher ist bei Menschen, die sich selbst nicht äußern können, von äußerster Wichtigkeit, normalerweise Schmerzen verursachende Pathologien oder Eingriffe zu identifizieren und das Verhalten zu beobachten (Fischer, 2012: S. 19). Aber auch bei alten Menschen ohne Demenz ist eine analgetische Unterversorgung überdeutlich (Kostrzewa, 2010: S. 101). KOSTRZEWA (2010) spricht von einer Diskriminierung bezüglich schmerztherapeutischer Maßnahmen bei Menschen ohne eine Krebsdiagnose, „was am besten bei PatientInnen mit einer demenziellen Veränderung dokumentiert ist“ (ebd.). Tatsächlich ist jedoch das Schmerzerleben von MmD nach wie vor nicht ausreichend untersucht, „was primär in der eingeschränkten Kommunikations- und Merkfähigkeit der Betroffenen begründet liegt.“ (Schwermann, Münch, 2008: S.16).

In der Studie von OSTERBRINK et al. (2012) wird der Frage nachgegangen, wie häufig betagte und hochbetagte Bewohner_innen mit unterschiedlicher kognitiver Leistungsfähigkeit in den untersuchten Einrichtungen der stationären Altenhilfe Schmerzen haben und wie diese in Bezug auf die Dauer, Lokalisation und Intensität von Befragten beschrieben werden

⁹ S. Anhang 3.

¹⁰ Kostrzewa, 2010: S. 101.

(Osterbrink et al., 2012: S. 27). Diese Analyse war in das Projekt ‚Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster‘ eingebunden, das zum Ziel hatte, das multiprofessionelle Schmerzmanagement in den Versorgungseinrichtungen der Stadt Münster in einer Erstevaluation zu analysieren und zu optimieren (ebd.). Die Fähigkeit zur Selbstauskunft nimmt mit zunehmendem kognitivem Verfall ab. So wurde bei Bewohner_innen mit stark eingeschränkter kognitiver Fähigkeit eine Fremdeinschätzung vorgenommen (Osterbrink et al., 2012: S. 28). Rund ein Drittel der Befragten wiesen nach dem Mini-Mental-Status-Test deutliche kognitive Einschränkungen auf (Osterbrink et al., 2012: S. 31). „Die Prävalenz von Schmerzen wird unter Personen mit stärkerer kognitiver Beeinträchtigung in zahlreichen Arbeiten als geringer eingeschätzt als bei Personen ohne oder mit weniger starker kognitiver Beeinträchtigung.“ (Osterbrink et al., 2012: S. 33f.). So führt auch die Untersuchung OSTERBRINKS et al. (2012) zu deutlich niedrigeren Werten bei Menschen mit starker kognitiver Beeinträchtigung als im Vergleich zu Menschen mit keiner oder geringer kognitiver Beeinträchtigung (ebd.). OSTERBRINK et al. (2012) sehen den möglichen Grund hierfür in der verminderten Auskunftsfähigkeit der Bewohner_innen (Osterbrink et al., 2012: S. 34). „Gegen die deutlich verminderte Auskunftsfähigkeit spricht allerdings, dass immer noch ein sehr hoher Prozentsatz der Bewohner die gestellten Fragen beantworten konnte und dass die Antworten in Bezug auf die schmerzassoziierten Situationen und die Dauer der Schmerzen sehr ähnlich ausfielen [...]“ (ebd.). Die Ergebnisse sind nicht generalisierbar, da die Häufigkeit von Schmerzen in hohem Maße von der Zusammensetzung der Bewohner_innenstruktur und der Qualität des Schmerzmanagements in den jeweiligen Heimen abhängt (Osterbrink et al., 2012: S. 34). OSTERBRINK et al. (2012) halten dennoch fest, dass Altenheimbewohner_innen permanent von Schmerz begleitet seien und dass das Schmerzmanagement in Altenheimen verbessert werden müsse (Osterbrink et al., 2012: S. 33).

Da Pflegende rund um die Uhr Bewohner_innen versorgen und beobachten, kommt ihnen in der Schmerztherapie die wichtige Aufgabe zu, die differenzierte und aussagekräftige Schmerzdokumentation und deren Weiterleitung an Hausärzt_innen umzusetzen (Kostrzewa, 2010: S. 104). „Leider fällt es vielen Pflegekräften schwer, schon Schmerzen bei orientierten Bewohnern adäquat zu beschreiben.“ (ebd.). So fordert das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in eine systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrollen mit Hilfe von Einschätzungsinstrumenten.

Zentrales Anliegen des Expertenstandards ist, Patienten/ Betroffenen mit Schmerzen oder zu erwartenden Schmerzen unnötiges Leid zu ersparen sowie einer Chronifizierung vorzubeugen.

Aufgabe der Pflege im Rahmen des Schmerzmanagements ist es, Frühzeichen des erfahrenen Schmerzes zu erkennen und adäquate Therapien zu koordinieren oder durchzuführen. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist eine aktuelle wie auch systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle mit Hilfe von Einschätzungsinstrumenten oder bei tumorbedingten chronischen Schmerzen mittels komplexer Dokumentationsverfahren wie zum Beispiel Schmerztagebüchern. [...] Ziel einer eingelenkten Schmerztherapie bei akuten Schmerzen ist die Schmerzfreiheit. Bei chronischen Schmerzpatienten steht eine umfassende Schmerzlinderung im Vordergrund. (DNQP, 2005: S. 23).

Die genau hierfür entwickelten Schmerzerfassungsinstrumente werden weiter unten beschrieben (Punkt 2.2).

2.2 Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung

Der Begriff ‚Assessment‘ [dt. Erhebung, Beurteilung] stammt aus dem englischen Sprachraum und wurde ins Deutsche übernommen, obwohl er nicht immer einheitlich gebraucht und interpretiert wird (Bartholomeyczik, 2007: S. 212). Ein Assessment ist nie ausschließlich eine einfache Datensammlung, sondern immer auch eine Beurteilung (ebd.). Standardisierte Instrumente sind vor allem zum Diagnostizieren von Risiken für Sekundärschäden bei Patient_innen seit Jahren in der Pflege gebräuchlich (Bartholomeyczik, 2004: S. 16). Das Ziel beim Einsetzen von Assessmentinstrumenten sollte die der Information basierten Entscheidungsfindung sein und das Assessment-Ergebnis sollte handlungsleitend sein; Assessments können also Pflegediagnosen zugrunde liegen oder auch Problem- und Ressourcenbeschreibungen nach sich ziehen (Bartholomeyczik, 2007: S. 212). Daraus ergibt sich die allgemeine Formulierung, dass Assessmentinstrumente Pflegende dabei unterstützen sollen, pflegerelevante Phänomene eindeutig und fundiert einzuschätzen und zu bewerten (Bartholomeyczik, 2004: S. 13).

BARTHOLOMEYCIK (2007) warnt jedoch vor einer ‚naiven‘ Nutzung von Assessmentinstrumenten und hebt hervor, dass die Instrumentenanwendung immer von der Eignung für die Praxis, der Komplexität, der Anschlussfähigkeit an die Pflegedokumentation, der Klarheit von Definitionen und dem Ausmaß der Handlungsleitung abhängig sein sollte (Bartholomeyczik, 2007: S. 216).

„Schmerz ist ein subjektives, komplexes und mehrdimensionales Phänomen, dessen Erfassung nicht wirklich objektiv geschehen kann.“ (Pipam et al., 2009: S. 36). Zur Schmerzerfassung wurden verschiedene Messmethoden entwickelt, die im Folgenden benannt

werden sollen. Hierbei werden Schmerzerfassungsinstrumente, die nicht zur Fremdeinschätzung dienen¹¹, außer Acht gelassen.

Die Expert_innenstandards ‚Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen‘ (2005) und ‚Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung ` (2009) vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sehen den Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Schmerz-Ersterfassung vor. „Die Expertenarbeitsgruppe war sich darüber im Klaren, dass Patienten/ Betroffene, die sich nicht, noch nicht oder nicht mehr adäquat äußern können, z.B. Säuglinge, beatmete Patienten, Patienten im Wachkoma oder demente Patienten, über die Reichweite des Standards hinaus besonderer Aufmerksamkeit bedürfen“ (DNQP, 2005: S. 22). Daher erläutert die Expert_innengruppe im Kapitel zur Schmerzeinschätzung bei diesen Patient_innengruppen die eigenständige Anpassung des Expert_innenstandards in den verschiedenen Einrichtungen. Unabdingbar ist laut dem DNQP auch das Einbeziehen der Bezugspersonen der Betroffenen auf allen Ebenen des Schmerzmanagements (ebd.). Das DNQP listet zudem mögliche Instrumente zur Fremdeinschätzung namentlich auf: BESD, BISAD, ZOPA und FLACC (ebd.). „Es kommt in der Forschung nicht nur darauf an, bestimmte Daten zu erheben, die Datenerhebung sollte auch bestimmten Qualitätskriterien (Gütekriterien) Rechnung tragen.“ (Brandenburg et al., 2013: S. 123). Mit einem Blick insbesondere auf die anwendungsbezogenen Gütekriterien sollen die Assessmentinstrumente BESD und ECPA beschrieben werden. Daher werden anwendungsbezogene Gütekriterien im Folgenden erläutert, um daran anschließend die Beschreibungen der beiden Assessmentinstrumente angehen zu können.

¹¹ Beispiele hierfür sind: **Eindimensionale Methoden** (Visuelle Analog-Skala (VAS), Verbale Rating Skala (VRS), Numerische Rating-Skala (NRS)), **mehrdimensionale Methoden** (Schmerzempfindungs-Skala von E. Geissner, Hamburger Schmerz-Adjektiv-Liste (HSAL) von F. Hoppe, McGill Pain-Questionnaire (MPQ) von Melzack), **Schmerzfragebögen** (bspw. DGSS-Fragebogen), und **Schmerztagebücher** (Pipam et al., 2009: S. 39ff.).

2.2.1 Anwendungsbezogene Gütekriterien

Im Routineeinsatz ist im Praxisalltag besonders darauf zu achten, dass ein ‚gutes‘ Assessmentinstrument einfach in der Handhabung, verständlich und zeitsparend ist und letztendlich kostengünstig eingesetzt werden kann.¹²

Gütekriterien sind Maßstäbe, an denen die Qualität der Ergebnisse gemessen und überprüft wird (Mayring, 2010: S. 116) und kommen wissenschaftshistorisch in der Ausreifung der sog. klassischen Mess- und Testtheorie innerhalb der Psychologie auf (Lamnek, 2005: S. 142). Gütekriterien sind für die Entwicklung, Bewertung, Auswahl und Implementierung von Assessmentinstrumenten in die pflegerische Praxis außerordentlich relevant. Dennoch trifft man in der Praxis immer wieder auf Assessmentinstrumente, für die bislang keinerlei Gütekriterien ermittelt wurden (Reuschenbach, Mahler, 2011: S. 57). Zum Grundkanon der Gütekriterien gehören die aus der klassischen Testtheorie abgeleiteten instrumentenbezogenen Gütekriterien (Reliabilität, Validität und Objektivität), die von den anwendungsbezogenen Gütekriterien unterschieden werden; Ein Instrument kann testtheoretische Kriterien erfüllen und sich dennoch in der Praxis als untauglich erweisen (ebd.). REUSCHENBACH und MAHLER (2011) identifizieren als anwendungsbezogene Gütekriterien Relevanz, klinische Wirksamkeit, Handhabbarkeit/ Praktikabilität, Akzeptanz, sowie ökonomische Bewertung. Diese Kriterien werden im Folgenden beschrieben.

Relevanz

Unter dem Gütekriterium der ‚Relevanz‘ ist zu verstehen, inwiefern ein Assessmentinstrument dazu beiträgt, dass die jeweiligen Ziele durch ihren Einsatz erreicht werden. Häufig sollen Assessmentinstrumente dazu dienen, dass aus ihnen pflegerische Interventionen abgeleitet und begründet werden können. So gilt es zu überprüfen, ob die Instrumente tatsächlich für die Pflegeplanung und –diagnose herangezogen werden (Reuschenbach, Mahler, 2011: S. 72).

Klinische Wirksamkeit

Forschungsergebnisse zeigen, dass Assessmentinstrumente auch trotz guter testtheoretischer Eigenschaften einen geringen Effekt auf die relevanten Pflegephänomene haben können. So muss der Einfluss eines Assessments auf eine pflegerische Intervention untersucht werden

¹² Brandenburg et al., 2013: S. 129.

und es muss nachgewiesen werden, inwiefern das Instrument tatsächlich zu einer Reduktion des relevanten Pflegeproblems führt (Reuschenbach, Mahler, 2011: S. 73).

Handhabbarkeit, Praktikabilität

In der Pflege werden zeitliche und personelle Ressourcen immer knapper. Dementsprechend sollte der Einsatz von Assessmentinstrumenten einen geringen zeitlichen Aufwand bedeuten, dafür aber einen großen Nutzen haben. Ein valides und reliables Verfahren kann also unbrauchbar sein, wenn die Durchführung zu aufwendig ist. REUSCHENBACH und MAHLER (2011) empfehlen daher für die Implementierung eines Instrumentes, dass das Instrument leicht verständlich ist und ohne umfangreiche Schulungen nutzbar ist. Zusätzlich sollte das Instrument nicht im umfangreichen Papierformat vorhanden sein. Auch die Auswertung des Instrumentes sollte für Anwender_innen einfach gestaltet sein. Insgesamt sollten Anwender_innen ein ‚sicheres Gefühl‘ bei der Anwendung und Auswertung haben. Zudem sollten die gewonnenen Kennwerte leicht in pflegerische Maßnahmen zu überführen sein. Auch die Erhebung der Fehlerquote eines Instrumentes kann Rückschlüsse auf die Praktikabilität bedeuten (Reuschenbach, Mahler, 2011: S. 74).

Akzeptanz

Die Akzeptanz gilt als das zentrale Kriterium für die Umsetzung eines Assessmentinstrumentes. Wenn Pflegende mit dem Einsatz eines Instrumentes einen hohen Mehrwert verbinden, ist die Akzeptanz groß. Wenn hingegen die Relevanz nicht erkannt wird, so wird das Instrument abgelehnt und nicht umgesetzt. Zusätzliches Kriterium für die Akzeptanz ist der Zusammenhang zwischen Assessmentinstrument und pflegerische Zielsetzung (Reuschenbach, Mahler, 2011: S. 74f.).

Ökonometrische Bewertung

Ökonometrische Bewertungen liegen häufig einer Kosten-Nutzen-Rechnung zugrunde. Bei intangiblen Werten wie Lebensqualität oder Schmerzfreiheit ist diese Rechnung schwer möglich. Daher empfehlen REUSCHENBACH und MAHLER (2011) eine Kosten-Nutzwert-Analyse anzuwenden. Dabei wird der Zustand der Bewohner_innen durch das Einsetzen des Assessmentinstrumentes in Relation zu Alternativzuständen gesetzt. Die Kosten hingegen setzen sich zusammen aus den Entwicklungskosten (die wegfallen, wenn man ein bereits entwickeltes Instrument verwendet), die Implementierungskosten (Schulung der Mitarbeiter_innen und Anschaffung des Assessments) und die Umsetzungskosten (Aufwand

für Durchführung und Auswertung, dauerhafte Lizenzgebühren). Hinzu kommen indirekte Kosten durch die anfallenden Interventionen (Hilfsmittel, Personalkosten) (Reuschenbach, Mahler, 2011: S. 74f.).

Die Anwendungsbezogenen Gütekriterien sollten dann zu Rate gezogen werden, wenn aufgrund der klassischen Gütekriterien keine klare Präferenz ersichtlich scheint (Reuschenbach, Mahler, 2011: S. 57).

2.3 Assessmentinstrumente BESD und ECPA

*The inability to communicate verbally does not negate the possibility that an individual is experiencing pain and is in need of appropriate pain-relieving treatment.*¹³

Aus den vorangegangenen Kapiteln wurde ersichtlich, dass Schmerz auch in der Pflege von MmD ein häufig anzutreffendes Phänomen ist. Die Schmerzreduktion erfordert eine Erhebung, beispielsweise in Form von Assessmentinstrumenten als ersten Schritt. Die Instrumente zur Fremdeinschätzung von Schmerzen bei MmD BESD und ECPA sollen im Folgenden beschrieben werden. Um die Beschreibungen zu vereinheitlichen sind die Abschnitte in Allgemeines, Relevanz, klinische Wirksamkeit, Handhabbarkeit/ Praktikabilität, Akzeptanz und ökonomische Betrachtungen gegliedert.

2.3.1. BESD

Allgemeines

Die Schmerzbeobachtungsskala *BESD* ist eine deutsche Übersetzung der amerikanischen PAINAD-Skala (Warden et al. 2003): ‚**BE**urteilung von **S**chmerzen bei **D**emenz‘. *BESD* wurde von der Expert_innengruppe der **D**eutsche **G**esellschaft zum **S**tudium des **S**chmerzes (DGSS) (Basler et al., 2006: S. 519) übersetzt und an deutschen Pflegeheimbewohner_innen getestet.

BESD soll als Fremdbeobachtungsinstrument zum Identifizieren von Schmerzen dienen, „in den Fällen, in denen eine sinnvolle Selbstauskunft nicht mehr möglich ist“ (DGSS, 2013: S. 1). „Allerdings können Verhaltensbeobachtungen mit *BESD* auch bei auskunftsfähigen Menschen mit Demenz auf Schmerzen aufmerksam machen, obwohl die verbale Aussage anderes vermuten lässt.“ (ebd.). Die DGSS gibt folgende Hinweise zur Anwendung von *BESD* (DGSS, 2013: S.2):

- **Beobachtungssituation wählen.** Mögliche Situationen: Im Sitzen, im Bett liegend, während eines Transfers, beim Waschen oder Gehen. Möglichst immer die gleiche Situation beobachten, bestenfalls in einer Aktivitätssituation, da sich hierbei häufig Verhalten deutlicher zeigen, die auf Schmerzen hindeuten können.
- **Beobachten.** Zwei Minuten Dauer. Zeigen sich die beschriebenen Verhaltensweisen?

¹³ International Association for the Study of Pain, 1994: o.S..

- **Ankreuzen.** Zutreffende Verhaltensweisen (Spalte ‚ja‘), Spalte ‚nein‘ zur Kontrolle, wenn ein Verhalten nicht beobachtet wurde.
- Die Beobachtung bezieht sich auf fünf Kategorien: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für jede Kategorie sind maximal 2 Punkte zu vergeben.
- **Auswertung.** Werte über die einzelnen Kategorien addieren, nur der jeweils höchste erzielte Wert pro Kategorie wird berücksichtigt.
- **Maximaler Gesamtwert:** 10.

„Ein Grenzwert für das Vorhandensein oder die Behandlungsnotwendigkeit von Schmerzen kann bisher nicht ausreichend zuverlässig angegeben werden. Bisherige Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen.“ (DGSS, 2013: S. 2f.). ZWAHALEN et al. (2012) kommen zu dem Ergebnis, dass bei einem BESD-Wert von zwei oder höher davon ausgegangen werden sollte, dass Schmerzen vorliegen. LUKAS et al. (2013) ermittelten in ihrer Studie einen Grenzwert von 4, ab dem von Schmerzen auszugehen ist. (ebd.).

Die deutsche Fassung der BESD-Skala wurde bisher in zwei Studien geprüft. FISCHER (2007) gibt an, dass die Skala über gute Werte für die interne Konsistenz, sowie die Interrater- und Retest-Reliabilität aufweise, vermerkt aber auch, dass sich die Items Atmung und Trost als problematisch erweisen (Fischer, 2007: S. 309).

BASLER et al. (2006) sahen im Versuchsplan vor, eine prospektive einfaktorielle Beobachtungsstudie mit Messwiederholung durchzuführen. Der Faktor *Messzeitpunkt* war hierbei dreifach gestuft: Vor der Intervention, zwei Stunden nach der Intervention, sowie 24 Stunden nach der Intervention (Basler et. al, 2006: S. 519). Einschlusskriterien waren die Diagnose einer Alzheimer- oder vaskulären Demenz, Verlust der verbalen Kommunikationsfähigkeit, sowie erhöhtes Risiko des Schmerzerlebens¹⁴ (Basler et. al, 2006: S. 521). Ausschlusskriterien waren Tumorerkrankungen, Schmerzen aufgrund von Neuropathie, andere Demenzerkrankungen, sowie Patient_innen, die aufgrund einer anderen Erkrankung in ihrer Ausdrucksweise eingeschränkt sind (Basler et. al, 2006: S. 521f.).

Alle an der Studie teilnehmenden Pflegenden und zuständigen Ärzt_innen hatten vorab eine Schulung zur Anwendung des Beobachtungsbogens, sowie Erläuterungen zum Studienplan erhalten (Basler et. al, 2006: S. 522). Die Auswertung der Daten fand mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse statt (Basler et. al, 2006: S. 524).

¹⁴ Das erhöhte Risiko für Schmerzerleben wird mit einer häufig mit Schmerz verbundene Diagnose definiert (Basler, et. al 2006: S. 521).

BASLER et. al (2006) weisen darauf hin, dass nicht sicher ist, ob ihre Ergebnisse tatsächlich Aussagen zur Validität der BESD treffen, und dass die Studie eine kleine Stichprobe aufweise, wodurch der Stichprobenbias erhöht werde. Auch könne der Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden, da die Beobachter um die analgetische Medikation wussten (Basler et. al, 2006: S. 525). Die Daten zur psychometrischen Qualität der BESD-Skala rechtfertigen jedoch den weiteren Einsatz von BESD (ebd.). Weitere Forschungen zu dem Instrument sind erforderlich; So sollte zur Überprüfung der Änderungssensivität eine prospektive randomisierte doppelblinde placebokontrollierte Studie durchgeführt werden, mit der der Einfluss der Medikation auf die Ausprägung der BESD-Messwerte auf einer höheren Evidenzstufe überprüft werden kann (Basler et. al, 2006: S. 525).

Relevanz

In der Literatur wurden unterschiedliche Aussagen zur Relevanz von BESD getroffen. Zum einen heißt es, „Obwohl es nicht möglich ist, die Beobachtungsskala an dem Goldstandard des subjektiven Schmerzerlebens zu validieren, gibt es doch Hinweise mit ausreichender Evidenz, dass durch die Skala tatsächlich Schmerz gemessen wird.“ (Basler et. al, 2006: S. 525). Zum anderen wird jedoch deutlich gemacht, dass die BESD-Skala ggf. keine Schmerzen im Verhalten erkennen lasse, obwohl welche vorliegen (DGSS, 2013: S. 2). FISCHER (2007) gibt jedoch an, die BESD-Skala trage zur systematischen Erfassung von Schmerzen bei, überprüfe Maßnahmen zur Schmerzlinderung, unterstütze Kommunikation im multiprofessionellen Team, sowie überprüfe und vereinfache Schmerzdokumentation (Fischer, 2007: S. 310).

Klinische Wirksamkeit

Ob BESD nach der Anwendung zu einer Reduktion von Schmerzen führt, ist schwierig, fremd einzuschätzen. Dennoch konnte nach Gabe einer analgetischen Medikation das Ausmaß des Schmerzverhaltens von verbal nicht kommunikationsfähigen MmD verringert werden (Basler et. al, 2006: S. 524). „Grundsätzlich können aber selbst Werte von 0 Punkten in der BESD-Skala Schmerzen nicht sicher ausschließen - der Betroffene zeigt lediglich kein erkennbares Schmerzverhalten.“ (DGSS, 2013: S. 2). Problematisch ist auch, dass es für die BESD-Skala keinen allgemein akzeptierten Grenzwert gibt, ab dem vom Vorhandensein von Schmerzen ausgegangen wird: „In der deutschen Anleitung zur BESD wird davon ausgegangen, dass bei einem Wert >6 behandlungsbedürftige Schmerzen vorliegen.“ (Osterbrink et al. (2012): S.

33), während ZWAKHALEN et al. (2006) ab einem Grenzwert von >2 von Schmerzen ausgehen (Zwakhale et al., 2006: S.10).

Handhabbarkeit, Praktikabilität

BASLER et al. (2006) heben die kurze Beobachtungszeit von zwei Minuten hervor und sagen außerdem, dass die standardisierte Dokumentation als ökonomisch zu bewerten sei (Basler et al, 2006: S. 525). LAGGERT et al. (2008) bestätigen dies und sagen zudem, dass BESD wegen der guten Operationalisierung leicht zu erlernen sei und dass Pflegefachpersonen nach absolvierter Schulung „eine höhere Aufmerksamkeit und Sicherheit mit einem strukturierten Assessment bei Patienten mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung“ (Lagger et al, 2008: S. 153) beschreiben. Die Beurteilung einzelner Indikatoren kann in realen Pflegesituationen schwierig sein. FISCHER (2007) und die DGSS führen hierfür das Beispiel an, dass man beim Transfer von Patient_innen oft nicht in das Gesicht sehen kann, so dass gegebenenfalls eine zweite Pflegeperson unterstützend vor Ort sein müsse (Fischer, 2007: S. 309f.; DGSS, 2013: S. 2). Zudem sei personelle Kontinuität wichtig, um Verhaltensveränderungen festzustellen (Fischer, 2007: S. 310). Das jedoch bezweifelt die DGSS:

Um BESD anwenden zu können, ist es nicht zwingend notwendig, dass die Beobachter den Betroffenen und sein übliches Verhalten kennen. Allerdings belegen einige Ergebnisse, dass Personen, die im Umgang mit Menschen mit Demenz keine praktischen Erfahrungen haben, seltener auffälliges Verhalten beobachten. (DGSS, 2013: S. 1f.)

Das Assessmentinstrument ist bei der Anwendung durch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger_innen und Altenpfleger_innen geprüft worden und es liegen deutlich schlechtere Ergebnisse vor, wenn Angehörige oder fachfremde Menschen die Skala anwenden. „Dennoch ist es wichtig, dass alle an der Pflege Beteiligten, also auch Hilfskräfte, Angehörige oder andere, ihre Erkenntnisse in den diagnostischen Prozess einbringen.“ (DGSS, 2013: S. 1f.).

Akzeptanz

Das Instrument weist eine gute Akzeptanz bei den Pflegenden auf und wird daher „für den Einsatz in der Praxis bei verbal nicht kommunikationsfähigen Personen empfohlen.“ (Basler et al, 2006: S. 525). KOJER (2009) gibt jedoch zu bedenken, ein engagiertes, gut kommunizierendes und beobachtendes Team brauche keinen Test um Schmerzen zu erkennen, den weiteren Schmerzverlauf zu beobachten und damit nötige Therapieanpassungen zu ermöglichen:

Eine solche Vorgangsweise anerkennt die hohe Kompetenz der Pflegenden und degradiert sie nicht zu Checklistenausfüllerinnen. Wenn ich weiß, dass ich persönlich, durch meinen Einsatz, mein Mitfühlen, meine Art der Beziehung, meine Beobachtungen und meine Erfahrung Entscheidendes dazu beitragen kann, dass es einem hilflosen, schmerzgequälten Menschen besser geht, wenn ich spüre, dass meine Leistung auch gesehen und anerkannt wird, empfinde ich meine Arbeit ohne Zweifel als sinnvoller und befriedigender, als wenn ich vorgefertigte Feststellungen auf einer Liste abhake. (Kojer, 2009: S. 79)

Ökonometrische Bewertung

Da die Anwendung der BESD-Skala wegen der guten Operationalisierung der Beobachungskriterien leicht zu erlernen ist (Basler et. al, 2006: S. 525; Lagger et al, 2008: S. 150), fallen kostenaufwändige Schulungsmaßnahmen weg. Dennoch sind Schulungen in den Gebrauch der Skala empfehlenswert, obwohl die BESD-Skala weitgehend selbsterklärend ist (Fischer, 2007: S. 310).

Über die Häufigkeit der Anwendung der Skalen gibt es keine Empfehlungen und Entscheidungen sind individuell auf den MmD abzustimmen (Fischer, 2007: S. 310).

MmD können auffällige Verhaltensweisen in einer ungewohnten Krankenhausumgebung aufweisen, die nicht zwangsläufig auf Schmerz hinweisen. FISHER (2007) empfiehlt daher, die Skala nur zurückhaltend einzusetzen und bei der Anwendung Angehörige und Pflegende aus dem Heim mit einzubeziehen (Fischer, 2007: S. 311).

2.3.2. ECPA

Allgemeines

ECPA (**E**chelle **c**omportementale de la douleur pour **p**ersonnes **á**gées non communicantes) von MORELLE et al. (2002), deutsche Version von KUNZ (2006) wird als ein valides Instrument zur Einstufung des Schmerzempfinden bei kommunikationseingeschränkten (nicht komatösen) Personen beschrieben (Zwakhalen et al., 2006: S. 12; Schwermann, Münch, 2008: S. 31). Die deutsche Version übernahm den Begriff ECPA ohne Übersetzung des Namens ins Deutsche. Jedoch wurde die deutsche ECPA-Version modifiziert und BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) genannt. In dieser abgewandelten Form von ECPA ist die Kategorie ‚Auswirkung auf den Appetit‘ herausgenommen. KOSTRZEWA (2010) bemängelt diese Modifikation: „[...] vor dem Hintergrund, dass in vielen Städten die Heimaufsicht und der MDK massiven Druck auf die Erfassung des BMI ausüben, was dazu führt, dass Bewohner um fast jeden Preis ‚gemästet‘ werden, würde ein wenig Sensibilität für den Zusammenhang von Schmerzen und einem gezügelten Appetit den Pflegemitarbeitern gut tun.“ (Kostrzewa, 2010: S. 125). Im Rahmen dieser Ausarbeitung kann nicht vertieft auf BISAD eingegangen werden, stattdessen bezieht sich diese Arbeit auf die deutsche Version von ECPA (2006) und nicht auf BIAD (2012).

ECPA ist in drei Dimensionen unterteilt: Beobachtungen außerhalb der Pflege, Beobachtungen während der Pflege, sowie Auswirkungen auf Aktivitäten. „Elf auf die Dimensionen verteilte Items werden in ihrer Ausprägung zwischen null und vier bewertet. Der Gesamtscore ergibt Werte von 0, was keinem Schmerz entspricht, bis 44, was den stärksten Schmerz widerspiegelt.“ (Schwermann, Münch, 2008: S. 31). Die explizite Miteinbeziehung der Aktivitäten wird von FISCHER (2012) hervorgehoben (Fischer, 2012, S. 71). „Der Schmerz hat einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität älterer Menschen. Er steht in einem engen Zusammenhang mit der Aktivität, der Freude am Leben und somit auch der sozialen Kompetenzen eines Menschen.“ (Schwermann, 2011: S. 165). BECKER-EBEL (2011) gibt an, dass kurzfristige Wirkungen einer Schmerztherapie mit dem ECPA-Bogen nicht festgehalten werden können, dass ECPA stattdessen der langfristigen Schmerzbeobachtung diene und sich dabei vor allem auf Verhaltensänderungen stütze (Becker-Ebel, 2011: S. 192). Der Vorteil von ECPA liegt darin, dass Pflegende für die Verhaltensbeobachtung von Bewohner_innen sensibilisiert werden und gleichzeitig einen objektiven Nachweis über die Effektivität von Schmerztherapie liefere (ebd.; Kostrzewa, 2010: S. 106).

Viele Instrumente zur Schmerzerfassung wurden als verständlich und wegen kurzer Ausfülldauer als praxistauglich eingestuft. „Nachweise gibt es für diese Aussagen allerdings nicht und grundsätzlich bleibt die Umsetzung in die Praxis unterbeleuchtet. Es wird eine dringende Notwendigkeit gesehen, Instrumente in Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit in die Praxis zu überprüfen.“ (Schwermann, Münch, 2008: S. 36). Da ECPA bereits in deutschen Pflegeheimen Anwendung findet (Fischer, 2012: S. 71), werden im Rahmen dieser Arbeit die Praxistauglichkeit und Umsetzung dieses Schmerzerfassungsinstrumentes untersucht.

3. Empirische Untersuchung

In den vorangegangenen Kapiteln zeigte sich die Notwendigkeit, Assessmentinstrumente zur Fremdbeurteilung von Schmerzen bei MmD hinsichtlich ihrer anwendungsbezogenen Gütekriterien zu testen. Daraus ist die Idee entstanden, Pflegende einer Wohn-Pflege-Einrichtung, die bereits mit dem ECPA-Bogen arbeiten, diesbezüglich im Rahmen von Expert_inneninterviews zu befragen.

Hierzu wurden zunächst die Fragestellungen herausgearbeitet. Daraufhin wurde ein Interviewleitfaden erstellt. Ort der Befragung war die Wohn-Pflege-Einrichtung. Die pflegerischen Mitarbeiter_innen wurden zunächst mündlich gefragt, ob sie für die Expert_inneninterviews zur Verfügung stehen. In einem nächsten Schritt musste das Einverständnis der Wohnbereichsleitung, sowie das Einverständnis der Mitarbeitervertretung (MAV) eingeholt werden. Hierfür wurde im Vorfeld ein Exposé erstellt und eingereicht (S. Anhang V). Nachdem das Einverständnis schriftlich erteilt wurde, konnten die Interviews im März 2014 durchgeführt und transkribiert werden.

3.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Für die Vergleichbarkeit der Interviews wurde zunächst ein Leitfaden (S. Anhang IV) entwickelt. Hierzu wurden Vorüberlegungen hinsichtlich des Inhaltes von anwendungsbezogenen Gütekriterien nach REUSCHENBACH und MAHLER (2011) getätigt (Kapitel 2.2). Wie eingangs erwähnt wurde die Problemstellung im Vorfeld herausgearbeitet, um daran anschließend bestimmte Aspekte zu isolieren und in einem Leitfaden für den Gesprächsverlauf zusammenzustellen.

Der Interviewleitfaden enthält insgesamt 33 Items.

- Fünf Items sollten ‚Allgemeines zur Anwendung des Assessmentinstrumentes ECPA‘ erfassen. Sie dienten als Einstieg in den Gesprächsverlauf.
- Fünf weitere Items sollten ermitteln, inwiefern die Interviewpartner_innen die Relevanz von ECPA einschätzen.
- Die klinische Wirksamkeit wurde mit drei Items ermittelt.
- Die Handhabbarkeit/ Praktikabilität wurde komplex mit zehn Items ermittelt.
- Die Akzeptanz wurde in fünf Items untersucht.
- Zur ökonomischen Betrachtung wurden vier Items herangezogen.

- Der Interviewleitfaden schloss mit einem Item der Kategorie ‚Sonstiges‘ ab und war vorgesehen für weitere Gedanken der interviewten Personen und um zu überprüfen, ob die Verfasserin alle relevanten Aspekte berücksichtigte.

Die Dauer der Interviews war auf ca. 30 Minuten festgesetzt.

3.2 Interviewpartner_innen

Zwischen den interviewten Personen und der Interviewerin bestand eine den Interviews vorangegangene Arbeitsbeziehung und daraus entwickelte sich eine Vertrauensbasis. Die Anzahl der interviewten Personen wurde im Vorfeld auf drei festgelegt. Relevant für die Auswahl der Interviewpartner_innen waren die Kriterien

- Abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflegeberuf,
- Angestelltenverhältnis in der Wohn-Pflege-Einrichtung für MmD,
- min. 3 jährige Erfahrung bei der Arbeit mit MmD,
- direkte Anwender_innen von ECPA,
- sowie die freiwillige Teilnahme an einem Expert_inneninterview

3.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte auf Tonband, damit der Ablauf des Interviews und die Interpretation des Gesagten kontrolliert werden können. Daher wurden die befragten Personen vorab über die Tonbandaufzeichnung aufgeklärt und sie gaben ihr schriftliches Einverständnis hierfür. Das Tonbandgerät blieb hierbei diskret im Hintergrund, um die Natürlichkeit der Situation nicht zu stören. „Das Interview soll in der gewohnten Umgebung des Befragten stattfinden, um künstliche Situationen und damit Artefakte zu vermeiden.“ (Lamnek, 2010: S. 358). Alle drei Interviews fanden in der Pflegeeinrichtung statt, in der alle drei Befragte arbeiten. Um die o.g. künstlichen Situationen zu vermeiden, überließ die Interviewerin die Wahl des Ortes den Befragten. Im Interview A entschied sich der Interviewpartner für das Dienstzimmer der Pflegenden. Im Interview B wünschte sich der Interviewpartner, auf der Terrasse der Einrichtung interviewt zu werden. Das Interview C erfolgte im Büro der Wohnbereichsleitung. Zusatzinformationen wie Geschlecht, Berufsstand, sowie Besonderheiten der Interviewsituation wurden postskriptum notiert.

3.4 Durchführung

Die Interviews wurden am 20. März 2014 (Interview A und B), sowie am 27. März 2014 (Interview C) durchgeführt. Interview A und B erfolgten nach Absprache mit weiteren Kolleg_innen während des Dienstes, Interview C erfolgte auf Wunsch des Interviewpartners nach Dienstende. Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig. Mündlich und schriftlich erfolgte eine Aufklärung darüber, dass keinerlei Rückschlüsse auf persönliche Daten im Rahmen dieser Bachelorarbeit gezogen werden können. Daher werden in dieser Arbeit außer der Benennung des Berufes keine weiteren Informationen zu den Interviewpartner_innen kenntlich gemacht. So werden die Interviewpartner_innen im Singular durchgängig als ‚Interviewpartner‘ bezeichnet, um keine Rückschlüsse auf das Geschlecht zuzulassen. Zudem werden das Transkript und die Auswertungstabelle nur den Prüferinnen zugänglich gemacht. Zusätzlich wurde vor Beginn der Interviews festgelegt, dass die Interviewpartner_innen jederzeit das Interview abbrechen können oder einzelne Antworten verweigern können. Ein Interview wurde durch einen Bewohner unterbrochen und danach weitergeführt, die zwei anderen Interviews wurden ohne Unterbrechung geführt. Die Interviews dauerten 32:59, 33:46 und 34:30 Minuten.

3.5 Transkription der Interviews

Unter ‚transkribieren‘ wird hier die *wörtliche, exakte Wiedergabe der Interviewaussagen* verstanden (Brunner et al., 2013: S. 90). BRUNNER et al. (2013) empfehlen, sich die Aufzeichnung eines Interviews anzuhören, bevor es transkribiert werde. Weitere Empfehlungen sind, zu Beginn der Transkription Anmerkungen zur interviewten Person zu notieren, auf jeder Seite einen Rand von 3-4 cm für Notizen zu lassen, die Zeilen zu nummerieren, sowie zwischen den einzelnen Aussagen einen Zeilenabstand zu schalten. Die fertigen Transkripte wurden an die Prüferinnen weitergeleitet und haben einen Umfang von 48 DIN A4-Seiten und 14.586 Wörtern.

3.6 Qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (2010) ist eine Methodik systematischer und überprüfbarer Interpretation durch Analyseschritte und –regeln (Mayring, 2010: S. 48). Nach diesem Verfahren wurden die Interviews ausgewertet und in einer Auswertungstabelle

zusammengefasst. Dabei wurden die Analyseschritte nach MAYRING (Mayring, 2010: S. 70) berücksichtigt:

<p>1. Paraphrasierung Alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile (beispielsweise ausschmückende, wiederholende und verdeutlichende Wendungen) werden gestrichen, inhaltstragende Textbestandteile werden auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt und auf eine grammatikalische Kurzform transformiert.</p> <p>2. Generalisierung auf das Abstraktionsniveau Die Gegenstände der Paraphrasen werden auf die definierte Abstraktionsebene generalisiert, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind, Satzaussagen werden auf die gleiche Weise generalisiert, Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen, werden belassen und bei Zweifelsfällen werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen.</p> <p>3. Erste Reduktion Bedeutungsgleiche Paraphrasen, sowie nicht inhaltstragende Paraphrasen, werden innerhalb der Auswertungseinheiten gestrichen, wohingegen inhaltstragende Paraphrasen übernommen werden und bei Zweifelsfällen werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen.</p> <p>4. Zweite Reduktion Bedeutungsähnliche Paraphrasen werden gebündelt und Paraphrasen mit mehreren Aussagen werden zusammengefasst. Auch hier werden bei Zweifelsfällen theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen.</p>

Tab. VI: Analyseschritte nach MAYRING (2010).

„Bei größeren Materialmengen ist es oft nicht mehr möglich, alle inhaltstragenden Textstellen zu paraphrasieren. Hier können mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden. Die Textstellen werden gleich auf das angestrebte Abstraktionsniveau transformiert.“ (Mayring, 2010: S. 70).

An dieses Analyseverfahren anschließend wurden folgende Kategorien gebildet, um die Interviews miteinander vergleichbar zu machen und um die Erarbeitung zu dem Assessmentinstrument BESD vergleichbar machen zu können:

- A. Allgemeines zu dem Assessmentinstrument ECPA (Beschreibungen von ECPA und Organisatorisches)
- B. Relevanz
- C. Klinische Wirksamkeit
- D. Handhabbarkeit/ Praktikabilität
- E. Akzeptanz
- F. Ökonometrische Bewertung
- G. Weiteres

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse nach den o.g. Kategorien dargestellt.

3.7 Ergebnisdarstellung

A. Allgemeines zu dem Assessmentinstrument ECPA (Beschreibungen von ECPA und Organisatorisches)

Alle drei Interviewpartner_innen beschreiben den ECPA-Bogen als dreidimensionales Assessmentinstrument, deren Bestandteile nicht für die Einrichtung spezifisch modifiziert wurden (A/1/P1-4; B/7/P13). „[...] es geht darum, das man letztendlich heraus findet, hat jemand, der kognitiv eingeschränkt ist, Schmerzen? Zu welcher Tageszeit [ist der Betroffene; Anm. der Verfasserin] vielleicht auch auffällig. In welcher Intensität [werden Schmerzen] beurteilt.“ (C/11/P1/Z.12).

Alle drei Monate wird der ECPA-Bogen in der Einrichtung angewandt, um Schmerzen zu ermitteln (A/1/P9). An drei aufeinander folgende Tagen wird der Bogen einmal pro Schicht ausgefüllt, wobei die Beurteilung im Nachtdienst als kritisch angesehen wird: „Manchmal können wir im Nachtdienst gar nichts ausfüllen, weil derjenige schläft. Ist ja Blödsinn und albern, dann was hinzuschreiben.“ (B/6/P7/Z.31). Interviewpartner C hebt hervor, im besten Falle fülle man den ECPA-Bogen gegen Ende der Schicht aus, nachdem man ihn während der pflegerischen Versorgung beobachten konnte (C/13/P14).

Des Weiteren wird das Schmerzerfassungsinstrument bei Bedarf angewendet, beispielsweise wenn Verhaltensänderungen bei Bewohner_innen beobachtet werden (B/6/P1-2): „Oder wenn eine Krankheit auftritt, ein Beinbruch, was auch immer, da musst du sofort [beurteilen; Anm. der Verfasserin], da [reicht; Anm. der Verfasserin] nicht alle Vierteljahr“ (B/7/P13/Z. 33).

Eingeführt wurde das Schmerzerfassungsinstrument ECPA durch die Heimleitung und Pflegedienstleitung nach einer MDK-Prüfung, bei der die Einrichtung nach Aussage zweier Interviewpartner_innen schlecht abgeschnitten hatte (A/2/P12): „Es ist ja so, was nicht gemacht wird oder nicht aufgeschrieben ist, gilt ja nicht. Wir können [uns; Anm. der Verfasserin] noch so viele Gedanken machen, noch irgendwie agieren, wenn es nicht irgendwo steht.“ (B/6f./P9/Z.24).

Anwender_in des Bogens ist das gesamte pflegerische Team, unabhängig von der Qualifikation (A/2/P11; B/6/P6). Neue Mitarbeiter_innen werden innerhalb einer Erläuterung die ca. fünf Minuten dauert, in das Instrument eingeführt (C/14/P19-20). Die Einrichtung verwendet das Pflegedokumentationssystem ‚Vivendi‘ und daher ist ECPA seit Anfang 2014 computergestützt. Zuvor wurde ECPA in Papierform in der Einrichtung verwendet (A/3/P29; B/8/P22; C/14/P21).

B. Relevanz

Die Interviewpartner_innen weisen unter dem Aspekt ‚Relevanz‘ große Uneinigkeiten auf. Während im Interview A beschrieben wird, dass der ECPA-Bogen in keiner Weise Auswirkungen auf die Pflegeplanung habe (A/2/P15-18) und in keiner Weise pflegerisch relevant sei, weil jeden Tag andere Schmerzen auftreten können (A/4/P35), wird im Interview B beschrieben, dass mit dem ECPA-Bogen die Pflegeplanung erleichtert werde (B/7/P10). Interview C beschreibt, dass der ECPA-Bogen ansatzweise Einfluss auf die Pflegeplanung nehme, Schmerz jedoch nicht jeden Bereich der Pflegeplanung beeinflusse (C/11f./P6). ECPA kann einen Denkanstoß geben und dementsprechend in die Pflegeplanung einwirken. Der Interviewpartner sieht jedoch Vorteile durch den Bogen bei der Pflegevisite und sagt, der Bogen gebe Hinweise auf mögliche Maßnahmen. Bei der konkreten Maßnahmenplanung helfe der Bogen jedoch nicht. Unter Pflegeplanung versteht der Interviewpartner die 13 AEDL's und dort sei dann auch Schmerz einzuordnen, da Schmerz unterschiedliche Auswirkungen auf die jeweiligen AEDL's habe. Der ECPA-Bogen kann die Erstellung einer Pflegediagnose erleichtern und erleichtert zudem die Ableitung pflegerischer Maßnahmen, allerdings nur in dem AEDL ‚Bewegung‘ (C/11f./P4-7).

Die Relevanz der einzelnen Items ist von Bewohner_innen zu Bewohner_innen unterschiedlich. Gerade bei demenzspezifischen Verhaltensweisen (Rückzug, Aggressionen, Appetitverlust) ist besondere Interpretations-Vorsicht geboten: „Das muss man ja alles in einem Zusammenhang sehen“ (B/7/P/14/Z. 15).

Die persönliche pflegerische Zielsetzung des Interviewpartners im Interview B ist: „Dass der Bewohner an Lebensqualität [gewinnt; Anm. der Verfasserin], dass die [Lebensqualität; Anm. der Verfasserin] erhalten bleibt. Dass er keine Schmerzen hat, das ist das Wichtigste. Dass das Essen schmeckt, dass er sich gut fühlt.“ (S. 26, Z. 1). Und der Interviewpartner gibt an, der Bogen unterstütze ihn in dieser Zielsetzung. (B/9/P28).

Das pflegerische Ziel des Interviewpartners C, ein schmerzfreies, wertgeschätztes Leben zu führen und dass Grundbedürfnisse gestillt sind und keine Langeweile aufkommt, eigene Interessen berücksichtigt werden und die Bewohner_innen sich akzeptiert fühlen, wird mit dem ECPA-Bogen nur teilweise erfüllt (C/15/P26).

Der Interviewpartner im Interview A gibt auf Nachfrage keine dezidierte pflegerische Zielsetzung an.

C. Klinische Wirksamkeit

Die Frage, ob der Einsatz des Assessmentinstrumentes ECPA zu einer Reduktion von Schmerzen führe, beantworteten die Interviewpartner_innen in unterschiedlicher Weise. Interviewpartner B führt aus, die durch den ECPA-Bogen eingeleiteten Interventionen führen in der Regel zu einer Reduktion von Schmerzen (B/7f./P16). Jedoch habe er auch bereits Ergebnisse mit dem ECPA-Bogen ermittelt, die er als fehlerhaft einschätzte (B/8/P25). Auch Interviewpartner A und C ermittelten in der Vergangenheit bereits eine unerwartete hohe Punktzahl, ohne dass Schmerzen vorlagen (A/3/32; C/15/P24). Der ECPA-Bogen zeige außerdem Veränderungen in der Verhaltensweise der Bewohner_innen auf (B/7/P13). Dies bestätigt Interviewpartner C und fügt hinzu, der ECPA-Bogen zeige Veränderungen von Schmerzen auf, wenn Betroffene Veränderungen im Verhalten aufzeigen (beispielsweise durch häufigere Äußerungen, Schonhaltungen, Klagen, Anspannungen in der Mimik). Maßnahmen wären dann die Erhöhung der Schmerzmedikation (C/12/P8).

Interviewpartner C schätzt die Aussagekraft des ECPA-Bogens auf ca. 50% Wahrheitsgehalt und wertet dies als positiv (C/11/P11). Es ist eine Frage der Interpretation des Durchführenden, bei Klagelauten und andere Verhaltensweisen auf Schmerz zu deuten oder sie als ‚demenzbedingt‘ (C/11/P2).

D. Handhabbarkeit/ Praktikabilität

Die Handhabbarkeit/ Praktikabilität des Schmerzerfassungsinstrumentes ECPA wird von den Interviewpartner_innen unterschiedlich bewertet. Den Interviewpartnern B und C sind die einzelnen Items verständlich (B/8/20; C/14/P18) und die Auswertung des Bogens fallen ihnen leicht (B/8/P23-25): „Jaja, muss ja nur die Punkte zusammen zählen.“ (C/14/P18/Z. 29). Der Interviewpartner C hat jedoch trotz des sicheren Gefühls bei der Auswertung des Bogens kein sicheres Gefühl bei der Anwendung des Bogens insgesamt, da er dem Ergebnis des ECPA-Bogens nicht immer Glauben schenke (C/14f./P22-23).

Dem Interviewpartner A hingegen sind nicht alle Items verständlich. Insbesondere die Bereiche Schlafen und Ruhen, Essen und Trinken, sowie Kontaktaufnahme sind schwer zu beurteilen und auf Schmerz zu beziehen und erschweren die Auswertung des Bogens (A/3/P30). Zusätzlich ist dem Interviewpartner A der Begriff Reaktion unklar (A/3/P21). So wünscht sich Interviewpartner A eine Legende oder Anleitung (A/3/P28), was Interviewpartner C nicht für notwendig hält (C/12/P19-20). Teilweise wird der ECPA-Bogen auch bei Bewohner_innen angewendet, die sich verbal durchaus noch verständigen können

(A/5/P43-45). Gerade das Nachvollziehen von Ergebnissen, die eine anderer Pflegerer erhoben hat, fällt Interviewpartner A nicht immer leicht (A/4/P33). Insgesamt ist für den Interviewpartner A ECPA ist keine Erleichterung im pflegerischen Alltag, da „das Stück Papier [...] häufig etwas aussagt, was wahrscheinlich gar nicht ist“ (A/4/P33/Z. 13).

Obwohl nach Meinung des Interviewpartners C der ECPA-Bogen alle Kriterien zur Schmerzbeobachtung erfülle, müssen die Ergebnisse aus dem Bogen kritisch hinterfragt werden. Beispielsweise müssen Depressionen bei Klagen ausgeschlossen sein (C/12/P9).

E. Akzeptanz

Da die Akzeptanz davon abhängig ist, inwiefern die Relevanz erkannt wird, liegt es nahe, dass der Interviewpartner A den Bogen nur geringfügig akzeptiert und konstatiert, ECPA habe überhaupt keinen Nutzen für ihn persönlich, für den Wohnbereich (für die Kolleg_innen) und die Bewohner_innen selbst (A/4/P38-40).

Interviewpartner B hält jedoch den ECPA-Bogen für relevant (B/8/P27) und sagt, alle notwendigen Kriterien zur Schmerzbeobachtung seien erfasst (B/7/P15). Den Nutzen des Bogens sieht Interviewpartner B in der Kommunikationsförderung im Team als Gesprächsgrundlage, in der Hilfestellung bei der Pflegeplanung, sowie in der Steigerung der Lebensqualität der Bewohner_innen. Außerdem seien Aggressionspotential und Depressionen bei einzelnen Bewohner_innen geringer durch den ECPA-Bogen und das führe insgesamt zu einem harmonischeren Zusammenleben (B/9/P30-32). Zusätzlich sensibilisiere ECPA zur permanenten Schmerzbeobachtung. „Ich finde das Instrument gut, weil man einfach jetzt eher hinguckt. [...] Seitdem es diesen Bogen gibt, ist es einfach so, dass man den Bewohner auch anders beurteilt oder anders beobachtet.“ (B/6/P3/Z. 21).

Interviewpartner C ist der Meinung, gut geschultes Personal brauche keinen ECPA-Bogen zur Schmerzerfassung, „[...] weil die wissen ganz genau, welche Symptome Demenzkranke aufweisen, wenn sie vielleicht Schmerzen haben. Weil sie vielleicht aus der Erfahrung heraus schon mal erlebt haben, wenn sie Schmerzen haben einfach. [...] Aber ist [schon; Anm. der Verfasserin] eine Erleichterung.“ (C/13/P13/ Z.18ff.). Interviewpartner C hält es dennoch für wichtig das Assessmentinstrument ECPA trotz pflegerischer Expertise anzuwenden, weil Pflegende dadurch stetig dafür sensibilisiert werden, bereits die kleinsten Schmerzzeichen in Betracht zu ziehen. (C/14/P17). Außerordentlich notwendig sei es, Assessmentinstrumente transparent an Mitarbeiter_innen weiterzugeben, und mit ihnen die Notwendigkeit zu

besprechen. Bei dem ECPA-Bogen lasse sich die Notwendigkeit einfach erkennen und erklären (C/16/P31).

F. Ökonometrische Bewertung

Alle drei Interviewpartner_innen halten die benötigte Zeit für das Ausfüllen des ECPA-Bogens für angemessen (A/3/P25-26; B/8/P18-19), dafür dass kein Betroffener in Gefahr läuft, dass seine Schmerzen nicht erkannt werden: „Weil jemand, der nicht zu laut klagt, jemand, der nicht zu sehr die Mimik verzieht, wo man auch schon ambivalent ist, ist es schon [Schmerz; Anm. der Verfasserin] oder ist es nicht [Schmerz; Anm. der Verfasserin], dann neigt man dazu, eher zu sagen, beobachten wir noch einmal, gucken wir noch einmal, ist es vielleicht gar nicht so wild [...]“ (C/13f./P15-16/Z. 10).

Die Häufigkeit der Anwendung des Bogens von alle drei Monate bis hin zu ‚bei Bedarf‘ findet der Interviewpartner C in Ordnung, „weil nach Bedarf beinhaltet ja wirklich die Aussage, wenn man das Gefühl hat, jemand hat jetzt Verhaltensweisen, die er vorher nicht hatte, oder so, dass man dann wirklich auch reagiert“ (C/15/P27/Z. 4). Interviewpartner A ist jedoch der Meinung, zum generieren von Ergebnissen aus dem Bogen müsste er kontinuierlich wöchentlich durchgeführt werden. Dies würde jedoch den zeitlichen Rahmen sprengen. Das daraus entstehende Datenmaterial wäre außerdem zu unübersichtlich (A/4/P36). Der Interviewpartner B bezweifelt die Notwendigkeit der festgeschriebenen vierteljährlichen Schmerzerfassung, da ECPA auf dem Bereich sowieso durchgeführt werde, sobald Veränderungen im Verhalten der Bewohner_innen auftreten (B/9/P29).

Da das Assessmentinstrument im Internet frei verfügbar ist, halten die Interviewpartner_innen den Bogen für kostengünstig in der Anschaffung (A/5/P42). Interviewpartner B hielte es jedoch für vertretbar, Lizenzgebühren zu zahlen (B/9f./33).

Auch die Einführungskosten waren gering, denn es hat lediglich eine Mitarbeiter_innenbesprechung dazu gegeben (B/8/P21).

G. Weiteres

Alle drei Interviewpartner_innen sind sich einig darüber, dass man die Bewohner_innen kennen muss, um ECPA ausfüllen und interpretieren zu können (A/3/P22; B/6/P4; C/12/P9).

Besonders sticht heraus, dass alle Interviewpartner_innen interpretative Gefahren und Herausforderungen sehen, die sich aus dem ECPA-Bogen ergeben (A/2/P13; B/9/P35; C/12/P9). So geht etwa aus den Interviews B und C hervor, dass es entweder wichtig ist, dass man „das alles, was man mal in der Schule gelernt hat, noch sehr präsent im Kopf“ hat (C/13/P12/Z. 3), oder dass Berufserfahrung und Expertise zur Schmerzerfassung von Nöten sind (B/6/P11-12).

Ein bemerkenswerter Unterschied zwischen den verschiedenen Interviewten ist die Sichtweise darauf, wie über den ECPA-Bogen kommuniziert wird. Interviewpartner B schilderte, dass er den ECPA-Bogen als Gesprächsgrundlage nutze, um in den Diskurs mit weiteren Personen aus dem pflegerischen Team zu gehen (B/8/P30). Zusätzlich beschreibt der Interviewpartner, er nutze den Bogen, um mit ärztlichem Personal in Kontakt zu treten (B/7/P17).

Der Interviewpartner A geht hingegen davon aus, dass Ärzt_innen den ECPA-Bogen nicht kennen. So wird beschrieben, wenn mit Ärzt_innen über den Bogen kommuniziert werde, müssen sie häufig über das Assessmentinstrument aufgeklärt werden. Stattdessen legen Ärzt_innen eine hohe Bedeutung auf die Beobachtungskompetenzen des Pflegepersonals (A/5/P41). Interviewpartner A nimmt dennoch Arztkontakt auf, sobald der ECPA-Bogen eine *hohe Punktzahl* ergibt (A/1/P9). Auf Nachfrage, was eine hohe Punktzahl sei, wurden 22 Punkte angegeben (A/1/P9). Auch Interviewpartner C nutzt den ECPA-Bogen teilweise zu Kommunikationszwecken mit den Hausärzt_innen, indem er ihn an diese faxt, wenn Schmerzen ermittelt worden sind. Ärzt_innen fragen jedoch nicht spezifisch danach (C/16/P30).

Interviewpartner A und B sind sich darüber einig, dass im pflegerischen Team besprochen werde, wenn es Unklarheiten und Unsicherheiten beim Ausfüllen des Bogens gibt (A/3/P31; B/6/P8). Interviewpartner C hält es für notwendig, zusätzlich zum ECPA-Bogen Verweise in den Pflegebericht bei Schmerzauffälligkeiten zu hinterlassen, sowie dort zu beschreiben, ob eingeleitete Interventionen hilfreich seien, oder nicht (C/11/P10). Aus dem Interview A geht hervor, dass der ECPA-Bogen hingegen nicht genutzt werde, um mit Angehörigen der MmD in Kontakt zu treten und sagt, Angehörige seien nicht objektiv genug, um mit dem ECPA-Bogen arbeiten zu können (A/5/P46).

Folgende Verbesserungsvorschläge wurden gemacht, um den ECPA-Bogen zu optimieren: Der ECPA sollte die Stimmlage (Sprachduktus), besondere Verhaltensweisen von MmD und die Biographie verstärkt miteinbeziehen (A/2/P19-20; B/7/P11-12).

Besondere Vorteile des Bogens gehen aus den Interviews B und C hervor: Durch den ECPA-Bogen ist die Möglichkeit einer systematischen Schmerzerfassung gegeben (B/10/P35), durch den ECPA-Bogen gibt es eine Form von Qualitätssicherung der Beobachtungen, die sowieso gemacht werden (C/16/P32) und insgesamt diene der ECPA-Bogen als Erinnerungsstütze für das gesamte pflegerische Team und hat für die Bewohner_innen nicht zuletzt den Nutzen, dass Ihre Schmerzen erfasst werden. (C/15/P28-29).

4. Diskussion

In diesem Abschnitt sollen Erkenntnisse aus dem Theorieteil und der eigenen Untersuchung kritisch in Hinblick auf die Fragestellungen reflektiert werden. Hierfür werden zunächst die Aussagen über die anwendungsbezogenen Gütekriterien der Assessmentinstrumente reflektiert, um daran anschließend Schwierigkeiten bei der Anwendung der Instrumente herausarbeiten zu können. Schließlich werden Limitationen der durchgeführten Befragung aufgezeigt.

4.1 Anwendungsbezogene Gütekriterien (BESD und ECPA)

Die Literatursichtung gab Hinweise auf die **Relevanz** der BESD-Skala. Die Frage, ob die jeweiligen Ziele durch den Einsatz der BESD-Skala erreicht werden, konnte hierbei nicht einheitlich beantwortet werden. Neben unzureichenden Hinweisen darauf, ob mit BESD tatsächlich Schmerz gemessen wird, wurde dargelegt, dass Schmerzen mit BESD systematisch erfasst und Schmerzlinderungsmaßnahmen überprüft werden können, sowie dass durch die Unterstützung der Kommunikation im multiprofessionellen Team die Schmerzdokumentation vereinfacht und überprüft werde.

Die Aussagen bezüglich der Relevanz des Assessmentinstrumentes ECPA durch die Expert_inneninterviews wiesen ebenso unterschiedliche Einschätzungen auf. Bereits die mit dem Einsetzen von ECPA verfolgten Zielsetzungen der Anwender_innen waren unterschiedlich. Vorangestellt wurde daher von der Interviewerin, dass das Ziel sein könnte, ECPA habe Auswirkungen auf die Pflegeplanung. Die Einschätzung dieser Auswirkungen reichte von Aussagen wie ‚ECPA hat überhaupt keinen Einfluss auf die Pflegeplanung‘, bis hin zu ‚ECPA hat großen Einfluss auf die Pflegeplanung‘. Dementsprechend kann keine einheitliche Aussage bezüglich der Relevanz von ECPA getroffen werden.

Die in der Literatur getroffenen Aussagen zur **klinischen Wirksamkeit** von BESD betrachten die Skala eher kritisch. Ob das Instrument zu einer Reduktion des relevanten Pflegeproblems führt, ist stark umstritten. Besonders problematisch erweist sich hierbei eine nicht einheitliche Interpretation der mit BESD erzielten Ergebnisse.

Auch die klinische Wirksamkeit von ECPA wird von den Anwender_innen eher kritisch betrachtet. In der Regel führen die Maßnahmen nach Ermittlung von Schmerzen zu einer Reduktion derselben, auf der anderen Seite werden bei Anwendung von ECPA auch fehlerhafte Ergebnisse generiert, so dass es in diesen Fällen nicht zu einer Reduktion von Schmerzen kommt. Durch den ECPA-Bogen können bei kontinuierlicher und regelmäßiger

Anwendung jedoch Verhaltensänderungen bei Bewohner_innen beobachtet werden. Eine große Problematik sehen die Anwender_innen von ECPA darin, dass die Ergebnisse einer Interpretation bedürfen, ehe sie nutzbar sind. Eine eigene, kritische Reflexion der Ergebnisse ist also auch mit standardisierten Instrumenten von großer Bedeutung. Ein Interviewpartner gab zu bedenken, dass Ergebnisse, die andere Pflegepersonen generieren, für ihn selbst nicht immer nachzuvollziehen seien.

Vorgestellt wurde in der Literatur eine gute **Handhabbarkeit/ Praktikabilität** von BESD. Allem voran wirken sich die kurze Beobachtungszeit, die standardisierte und systematische Dokumentation, die gute Operationalisierung (leichte Erlernbarkeit der Skala), sowie das erhöhte Sicherheitsgefühl von Pflegenden in der Schmerzerfassung durch BESD hier positiv aus. Als kritisch wurde reflektiert, dass teilweise zwei Pflegende zur Beurteilung vor Ort sein müssen, sowie dass personelle Kontinuität von Nöten ist.

Die o.g. Interpretationsnotwendigkeit hat einen großen Einfluss auf die Handhabbarkeit/ Praktikabilität des ECPA-Bogens. Während die Items des Bogens weitgehend als verständlich beschrieben werden, beschreiben die Anwender_innen nur bedingt ein sicheres Gefühl bei der Auswertung des Bogens.

Pflegende weisen in der Anwendung von BESD eine gute **Akzeptanz** auf, indem sie einen hohen Mehrwert beim Einsetzen des Assessmentinstrumentes in der Literatur verbalisierten. Es gibt jedoch auch Befürchtungen, Pflegende könnten durch den Einsatz von BESD den Eindruck gewinnen, dass ihnen die Beobachtungskompetenz aberkannt werde.

Die Aussagen, die in den Interviews zur Akzeptanz der Pflegenden bei der Anwendung von ECPA getroffen wurden, fallen ähnlich ambivalent aus, wie die Aussagen zur Relevanz. Ein Interviewpartner erkennt gar keinen Nutzen bei der Anwendung von ECPA, die beiden anderen heben hervor, dass ECPA insbesondere die Kommunikation im multiprofessionellen Team fördere und als Hilfestellung bei der Pflegeplanung diene und sich letzten Endes positiv auf die Lebensqualität der Bewohner_innen ausübe.

In der Literatur wurde dargelegt, dass für die BESD-Skala keine kostenaufwendigen Schulungsmaßnahmen anfallen und dass die **ökonomische Bewertung** daher positiv ausfällt.

Ähnlich positiv wie beim Assessmentinstrument BESD fällt die ökonomische Bewertung für ECPA aus. Hierbei ist vordergründig, dass die benötigte Zeit für das Ausfüllen des ECPA-Bogens für angemessen angesehen wird, sowie dass es nur geringe Anschaffungskosten gegeben hat. Vor allem durch die betriebliche Umstellung auf ein computergestütztes Pflegedokumentationssystem werden auch die Durchführungskosten als gering beschrieben.

Insgesamt lässt sich aus der Literatur und aus den Interviews ableiten, dass die BESD- und die ECPA-Skala positive Anteile in der Bewertung der Gütekriterien aufweisen, ein größerer Teil jedoch als kritisch zu betrachten bleibt. Insbesondere sticht hier eine unklare Validität der Skalen hervor, die sich auf die Relevanz und damit auch auf die Akzeptanz auswirkt.

Besondere Praxisschwierigkeiten bei der Anwendung von BESD liegen in der Beobachtung von Mobilisation. Zudem gibt es keine konkreten Hinweise auf die Häufigkeit der Anwendung in der Praxis.

Bei ECPA liegt eine Problemlage darin, dass nicht jedes Mitglied des multiprofessionellen Teams mit dem Assessmentinstrument vertraut ist. Dementsprechend wird beispielsweise mit Hausärzt_innen nach wie vor unsystematisch über Schmerzbeobachtung kommuniziert. Optimierungsvorschläge der Interviewpartner_innen waren die Einbeziehung weiterer, für die jeweiligen Verhaltensbeobachtungen ursächlicher Krankheitsbilder (Depression), sowie eine inhaltliche Ergänzung um die Stimmlage bei Äußerungen der Betroffenen. Zudem wurde der Wunsch deutlich, dass einzelne Items ausführlich beschrieben werden.

4.2 Limitationen

Die Aussagekraft der hier durchgeführten Interviews zum Generieren von Aussagen bezüglich der anwendungsbezogenen Gütekriterien von ECPA ist in verschiedener Hinsicht als begrenzt einzustufen. Die Anzahl der interviewten Personen beschränkt sich auf drei professionell Pflegende der gleichen Wohn-Pflege-Gemeinschaft. Eine Verallgemeinerung der Resultate ist somit nicht möglich. Gerade der Implementierungsweg anderer Einrichtungen und die Miteinbeziehung der mitarbeitenden Pflegenden konnte hier nicht näher untersucht werden. Zwei von drei Interviewpartner_innen sprachen sich jedoch deutlich dafür aus, dass eine Miteinbeziehung und damit eine Mitgestaltungsmöglichkeit in der Auswahl des Schmerzerfassungsinstrumentes sich positiv auf die Akzeptanz desselben ausüben könnten. Ein Interviewpartner machte deutlich, dass es problematisch sei, dass außenstehende Personen (insbesondere der MDK) stattdessen Hauptakteure in der Bestimmung über die Implementierung gewesen seien.

Im Zuge der Interviewdurchführung ist es zu widersprüchlichen Aussagen gekommen. Ein Interviewpartner beschreibt, ECPA habe einen geringen bis gar keinen Nutzen, konstatiert jedoch auch, dass das Durchführungsintervall der Einrichtung legitim sei. Mögliche Ursache könnte sein, dass Pflegendе zwar Problemlagen im täglichen Handeln erkennen, aber durch

geringe Partizipationsmöglichkeiten in der Gestaltung pflegerischen Alltags sich nicht befähigt fühlen, Änderungen auf organisatorischer Ebene in die Wege zu leiten. Hinzu kommt, dass die transkribierten Interviews nicht noch einmal den interviewten Personen vorgelegt wurden. Damit hätten widersprüchliche Aussagen gegebenenfalls geklärt werden können. Zudem hätte sich eine Rückversicherung, ob Gesagtes richtig verstanden wurde, positiv auf die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse ausgewirkt.

Obwohl versucht wurde, die anwendungsbezogenen Gütekriterien in Form des Interviewleitfadens zu operationalisieren, hat es doch zwischen den Interviewpartner_innen teilweise unterschiedliche Auffassungen zu den einzelnen Items des Interviewleitfadens gegeben. In der Interviewführung hätte somit eine einheitliche Verständnisgrundlage im Vorfeld geklärt werden müssen. Um dem vorzubeugen wurde zwar ein Exposé den Interviewpartner_innen vorgelegt, es blieb jedoch unklar, ob dieses gelesen wurde.

Schließlich ist in Frage zu stellen, ob die unterschiedliche Methodologie, mit denen die anwendungsbezogenen Gütekriterien zu BESD und ECPA untersucht worden sind, zu vergleichbaren Ergebnissen führt.

5. Fazit und Abstract

Das Schmerzerfassungsinstrument ECPA entspricht bisher nur geringfügig den anwendungsbezogenen Gütekriterien. Insbesondere seine Akzeptanz unter den Pflegenden wurde als ungenügend beschrieben. Weiterer Forschungsbedarf besteht bezüglich der Implementierung von biographischen Daten der Betroffenen in Schmerzerfassungsinstrumente. Zudem zeigte sich, dass Schulungen und Fortbildungsmaßnahmen für Anwender_innen vorteilhaft sein können, auch wenn die Beobachtungsinstrumente zunächst selbsterklärend erscheinen.

Das Schmerzerfassungsinstrument BESD wird in der Literatur als hilfreich in Bezug auf die Pflegeplanung beschrieben. Zwei von drei Interviewpartner_innen empfinden ECPA als hilfreich in Bezug auf: Die Förderung der Kommunikation im multidisziplinären Team, als fundierte Gesprächsgrundlage, als Gedächtnisstütze, dass alle Schmerzbeobachtungsaspekte Berücksichtigung finden und es wurde hervorgehoben, dass vor allem die Bewohner_innen durch ECPA nicht in Gefahr laufen, dass ihre Schmerzen nicht erkannt werden und dementsprechend Behandlung und Linderung erfahren. Nur eine Interviewpartnerin empfindet ECPA als hilfreich für die Pflegeplanung und Ableitung pflegerischer Maßnahmen. Dies kann so gedeutet werden, dass Schmerzbeobachtung multiperspektiv erfolgen muss und sich nicht ausschließlich aus dem ECPA-Bogen ergeben muss. Einheitlich hoben die Interviewpartnerinnen hervor, dass biographisches Wissen über den Betroffenen vorhanden sein müsse, um das Verhalten einschätzen zu können. Aufgrund dieses Aspektes erscheint es der Verfasserin fraglich, warum sowohl ECPA, als auch BESD biographische Daten nicht miterfragen. Vor allem bleiben das Schmerzgedächtnis, Schmerzerfahrungen in der Vergangenheit und damit einhergehende mögliche Adaptationsweisen unerwähnt.

Nachdenklich stimmt die Angabe, dass Angehörige nicht in den Schmerzerfassungsprozess von MmD einbezogen werden, obwohl der DGSS hierfür in den Experti_innenstandards eindeutig Empfehlungen ausspricht. Diesbezüglich sind mehr Untersuchungen darüber nötig, inwiefern sich das Einbeziehen von Angehörigen positiv auf die Schmerzerfassung und damit –linderung bei MmD ausüben könnte, und wie Pflegende an eine Einbeziehung Angehöriger herangeführt werden könnten. Zu überlegen ist auch, ob diese Einbeziehung von Angehörigen in ein Schmerzerfassungsinstrument verankert werden kann.

Alle drei Interviewpartner_innen beschreiben einheitlich, dass es keine gesonderte Schulung im Umgang mit ECPA vor der Implementierung gegeben habe. Gegenseitig unterstützt sich das pflegerische Team, wenn Fragen und Unsicherheiten im Umgang mit dem Assessmentinstrument in der pflegerischen Praxis auftauchen. Zu untersuchen ist demnach,

inwiefern sich eine vorangegangene Schulung, wie beispielsweise SCHWERMANN und MÜNCH (2008) sie erarbeitet haben, positiv auf die anwendungsbezogenen Gütekriterien ausüben würden.

Aufgrund der aufgeführten Limitationen dieser Arbeit konnten Modifikationsvorschläge für beide Assessmentinstrumente nur bedingt generiert werden. Hierfür sind weitere Untersuchungen von Nöten, die eine größere Personenanzahl, eine einheitliche Methodologie, sowie weitere Personen des multiprofessionellen Teams berücksichtigen.

Abstract

Im ersten Schritt erfolgte eine Begriffsdefinition zu Demenz. Hierbei zeigte sich neben der großen Anzahl an Betroffenen, dass es für Demenz keine einheitliche Definition gibt, da verschiedene Krankheitsbilder unter ‚Demenz‘ subsumiert sind. Wichtig vor allem für den Komplex des Schmerzes sind die kognitiven Beeinträchtigungen, die mit Demenzen einhergehen und u.a. zu einer körperlichen Wahrnehmungsstörung und zu Einbußungen der kommunikativen Fähigkeiten bei MmD führen. Da, wie aufgezeigt wurde, das wichtigste Therapieziel bei der medikamentösen Behandlung die Verbesserung der Lebensqualität ist, und Schmerz zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität führt, muss ein Fokus in der medikamentösen Behandlung auf der Schmerztherapie liegen. Das unangenehme Sinnes- und Gefühlserlebnis Schmerz hat u.a. kommunikative Funktion nach innen und nach außen. Schmerz verringert die Lebensqualität dahingehend, dass Schmerz den ganzen Körper und seine Umgebung beeinflusst und multidimensionales Leiden verursacht. Es wurde des Weiteren aufgezeigt, dass jeder Mensch ein Recht auf eine adäquate Schmerztherapie hat, dass bei MmD die Schmerzwahrnehmung und die verbalen kommunikativen Fähigkeiten, sowie die Merkfähigkeit, jedoch so stark beeinträchtigt sein kann, dass eine Fremdbeurteilung von Nöten ist, um Schmerzen zu erkennen und daraufhin eine Schmerztherapie einzuleiten. Die Rolle der Pflegenden als permanente Bezugs- und Kontaktpersonen von Betroffenen wurde als unabdingbar zur Schmerzdiagnostik erkannt. In gleicher Weise wurde jedoch auch aufgezeigt, dass es Pflegenden nicht immer leicht fällt, während der Versorgung ein Augenmerk auf Schmerzzeichen zu haben. Die Untersuchung OSERBRINKS et al. (2012) stellte heraus, dass MmD nach wie vor eine schmerztherapeutisch unterversorgte Patient_innengruppe darstellen. Der Fokus dieser Arbeit lag auf den zur Schmerzbeobachtung entwickelten Assessmentinstrumenten BESD und ECPA, da sie im deutschsprachigen Raum in den Pflegeheimen Verwendung finden. Der Begriff Assessment wurde als Datensammlung

mit zeitgleicher Beurteilung verstanden und diene zur Feststellung von Risikofaktoren. Als Zielsetzung beim Einsetzen von Assessmentinstrumenten wurde die Entscheidungsfindung benannt, so dass das Ergebnis von Assessmentinstrumenten als handlungsweisend gilt. Dementsprechend ist es umso wichtiger, dass Assessmentinstrumente hinsichtlich der Validität geprüft sind. In Hinblick auf Schmerzassessmentinstrumente zur Fremdeinschätzung ist dies jedoch kritisch zu sehen, da Validitätsprüfungen nach wie vor mit Unsicherheiten einhergehen. So warnt der DNQP in seinen Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege ausdrücklich vor einer naiven Nutzung der Beurteilungsinstrumente und hebt dabei deutlich hervor, dass dem Betroffenen nahestehende Bezugspersonen eng in die Schmerzeinschätzung einbezogen werden müssen. In dieser Bachelorarbeit lag der Fokus auf den anwendungsbezogenen Gütekriterien der Instrumente ECPA und BESD. Die anwendungsbezogenen Gütekriterien Relevanz, klinische Wirksamkeit, Handhabbarkeit/Praktikabilität, Akzeptanz, sowie ökonometrische Bewertung wurden daher nach Reuschenbach, Mahler (2011) definiert und beschrieben und dienten und als Entwicklungsrahmen für einen Interviewleitfaden.

Das Schmerzerfassungsinstrument BESD wurde im Rahmen einer Literatursichtung hinsichtlich der Gütekriterien als unzureichend beschrieben. Insbesondere die Praktikabilität wurde bemängelt, da für einige Beobachtungssituationen mehr als eine Pflegeperson vor Ort sein müssen. Das Schmerzerfassungsinstrument ECPA wurde mit dem Instrument Expert_inneninterview untersucht. Hierbei wurden insbesondere die Praktikabilität und die Akzeptanz bemängelt. Zwei von drei Interviewpartner_innen sprachen sich jedoch explizit dafür aus, dass ECPA als Hilfestellung diene, fundiert über spezifische Schmerzsituationen einzelner Bewohner_innen ins Gespräch zu kommen und daraufhin Handlungen abzuleiten.

Sowohl BESD, als auch ECPA zeigten gute Ergebnisse bezüglich der ökonometrischen Betrachtungen. Diese sind aber in Frage zu stellen, da sich bezüglich ECPA zeigte, dass Schulungen im pflegerischen Team im Bereich der Schmerzerfassung auch mit dem Assessmentinstrument ECPA unabdingbar bleiben.

6 Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, S. (2004): *Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit- Assessments und ihre Möglichkeiten*. In: Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (Hrsg.): *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Überarbeitete, erweiterte und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Heidecke in Zusammenarbeit mit der ‚Nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland‘*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Bartholomeyczik, S. (2007): *Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege*. In: *Pflege*. 2007. 20: 211-217.

Basler, H. D., Hügner, 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*. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Springer Verlag.

Becker-Ebel, J. (Hrsg.), Behrens, C., Davids, G., Rödiger, N., Schwermann, M., Sittig, H.-B. & Wichmann, C. (2011): *Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte*. (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Bernatzky, G. & Likar, R. (2009a): *Der Schmerz ist älter als die Menschheit*. In: Likar, R., Bernatzky, G., Märkert, D. & Ilias, W. (Hrsg.): *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien, New York: Springer Verlag.

Bernatzky, G. & Likar, R. (2009b): *Wie Schmerzen entstehen: Schmerzphysiologie*. In: Likar, R., Bernatzky, G., Märkert, D. & Ilias, W. (Hrsg.): *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien, New York: Springer Verlag.

Block, F. (2013): *Schmerz*. In: Block, F. (Hrsg.): *Praxisbuch neurologische Pharmakotherapie. Mit 2 Abbildungen und 32 Tabellen*. Wien, New York: Springer Verlag.

Buijssen, H. (2011): *Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber. Aus dem Niederländischen von Eva Grambow. Vorwort von Douwe Draaisma*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Brandenburg, H., Mayer, H & Panfil, E.-M. (2013): *Gütekriterien von Datenerhebungsmethoden*. In: Brandenburg, H., Mayer, H & Panfil, E.-M.: *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. (2., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Brunner, H., Knitel, D. & Resinger, P. J. (Hrsg) (2013): *Leitfaden zur Bachelor- und Masterarbeit. Einführung in wissenschaftliches Arbeiten und berufsfeldbezogenes Forschen an Hochschulen und Universitäten*. Marburg: Tectum Verlag.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2005): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2011): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. (1. Aktualisierung). Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Dräger, D., Könner, F., Budnick, A., Kreutz, R. & Knopf, A. (2014): *Schmerz im Alter*. Berlin/ Boston: Walter de Gruyter Verlag.

Flieder, M. & Jansen, J.-P. (2007): *Praxishandbuch Palliativpflege und Schmerzmanagement. Sofort einsetzbare Konzepte und Arbeitshilfen zur ganzheitlichen Begleitung und Betreuung von Schmerzpatienten, Schwerkranken und Sterbenden. 4.3 Medikamentöse Schmerztherapie*. Merching: Forum Verlag Herkert.

Fischer, T. (2007): Instrumente für die Schmerzeinschätzung bei Personen mit schwerer Demenz: Hilfsmittel für die Beobachtung, aber kein Ersatz der Fachlichkeit. *Pflegezeitschrift* 6/2007. p. 308-311.

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

Herrmann, S. K. (2003): *Performing the Gap. Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung*. In: Arranca!, Ausgabe 28, 2003, S. 22– 26.

Hoppe, J.-D. (2011): *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Bundesärztekammer. Bekanntmachung*. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7.

Kasper, R. (2009): *Psychometrische Beurteilung verhaltensgestützter Schmerzassessments für Menschen mit Demenz. Potenziale von Item-Response-Theorie und Latent Variable Modellen am Beispiel der Verhaltensinventare CNDI und BESD. Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Dr. phil. An der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg*. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität.

Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. (4., vollständig überarbeitete Ausgabe). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Likar, R., Bernatzky, G., Märkert, D. & Ilias, W. (Hrsg.) (2009): *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien, New York: Springer Verlag.

Kojer, M. (2009): *Wie soll ich wissen, was dich quält? Schmerzen erkennen bei demenzkranken alten Menschen*. In: Likar, R., Bernatzky, G., Märkert, D. & Ilias, W. (Hrsg.): *Schmerztherapie in der Pflege: Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien, New York: Springer Verlag.

Kojer, M. (2010): Demenz und Palliative Care. In: Kränzle, S., Seeger, C. & Schmidt, U. (Hrsg.): *Palliative Care. Mit 32 Abbildungen*. (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.

Kostrzewa, S. (2010): *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz*. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Lagger, V., Imhof, L. & Mahrer Imhof, R. (2008): *Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen: ein Forschungsanwendungsprojekt*. Bern: Hans Huber Verlag.

Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. (5., überarbeitete Auflage). *Unter Mitarbeit von Claudia Krell*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken..* (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Osterbrink, J., Hufnagel, M., Kutschar, P., Mitterlehner, B., Krüger, C., Bauer, Z., Aschauer, W., Weichbold, M., Sirsch, E., Drebenstedt, C., Perrar, K. M. & Ewers, A. (2012): *Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster*. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Springer Verlag.

Panfil, E.-M. (2011): *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende*. Bern: Hans Huber Verlag.

Pipam, W, Bernatzky, G. und Likar, R. (2009): *Schmerzmessung und Dokumentation*. In: **Likar, R., Bernatzky, G., Märkert, D. & Ilias, W.** (Hrsg.): *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien, New York: Springer Verlag.

Popp, I. (2006): *Pflege dementer Menschen*. (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Reuschenbach, B. & Mahler, C. (Hrsg.) (2011): *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. Bern: Hans Huber Verlag.

Schmidl, S. & Kojer, M. (2002): *Was hat der Patient? Probleme bei der Schmerzerkennung bei Dementen*. In: Kojer, M. (Hrsg.): *Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der palliativen Geriatrie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Schwermann, M & Münch, M. (2008): *Professionelles Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden für die Pflegepraxis*. (1. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Schwermann, M. (2011): Umsetzung eines fundierten Schmerzmanagements. In: Becker-Ebel, J. (Hrsg.), Behrens, C., Davids, G., Rödiger, N., Schwermann, M., Sittig, H.-B. & Wichmann, C. (2011): *Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte*. (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Wright, C. (2005): *Briefe für Emily*. Berlin: S. Fischer Verlag.

Zwakhaleh, S. MC, Hamers, J. PH, Huiljer Abu Sáad, H., & Berger, M. PF (2006): *Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools*. *BMV Geriatrics*. 6:3.

Internetquellen

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) (o.J.): *BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD). Arbeitskreis ‚Alter und Schmerz‘*. Abgerufen am 12. Mai 2014 von <http://www.nahrungsverweigerung.de/Contents/BESD.pdf>

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) (2013): *Hinweise zur Verwendung von BESD. (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). Arbeitskreis ‚Alter und Schmerz‘*. Abgerufen am 12. Mai 2014 von http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf

Weyerer, S. (2005): *Heft 28. Altersdemenz. Robert Koch-Institut*. Abgerufen am 06. Januar 2014 von http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M_43.pdf.

ICD-10-GM-WHO (2013): F00-F09. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. Abgerufen am 28. April 2014 von <http://www.icd-code.de/icd/code/F06.2.html>

International Association for the Study of Pain (IASP) (1994): *IASP Taxonomy. Pain Terms*. Abgerufen am 29. April 2014 von <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

Gronemeyer, Reimer, Michaela Fink & Jurk, C. (2008): *Palliative Praxis bei Demenz. Studien und Modelle in der internationalen Literatur. Recherche im Auftrag der Robert Bosch Stiftung*. Gießen 2008. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Palliative_Praxis_bei_Demenz.pdf. Letzer Aufruf: 28.11.2013, 17:40 Uhr.

Kostrzewa, S. (2008): *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. Eine Langfassung des Artikels aus Dr. med. Mabase Nr.172 März/ April 2008*. http://www.mabase-verlag.de/chameleon/outbox/public/4/172_Kostrzewa.pdf. Letzer Aufruf: 28.11.2013, 17:36 Uhr.

Eidelstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbst verfasst und keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht. Ich bin damit einverstanden, dass meine Arbeit öffentlich zugänglich gemacht wird.

Hamburg, 30.06.2014

Anhang

Anhang 1: Symptome einer Demenz

Symptom	Beschreibung
Gedächtnisstörungen	Gegenstände werden verlegt
Orientierungsstörungen	Zeitlich, örtlich (im späteren Verlauf auch), personell, situativ
Sprachfindungsstörungen	Begriffe werden beschrieben und konfabuliert
Sprachstörungen	Wortfindungsstörungen, Nutzung von Beschreibungen und Füllwörtern, Sprache zerhackt und stockig
Störungen des Erkennens	Gegenstände, bekannte Personen und Situationen werden nicht mehr erkannt
Veränderung der Persönlichkeit	Wesenseigenschaften verstärken sich oder verändern sich ins Gegenteil. Oberflächliche, unverbindliche Freundlichkeit, übertriebene Distanzlosigkeit oder Ratlosigkeit, Unruhe, Misstrauen und Aggressivität
Physische Krankheitszeichen	Harn- und Stuhlinkontinenz, Geruchs- und Geschmacksstörungen, Sensibilitätsstörungen, Verlangsamung der Augenbewegung, Myoklonien, Epilepsien, ungesittetes Essverhalten, enthemmtes Sexualverhalten, Klüver-Bicy-Syndrom

Tab. I: Symptome der Demenz (vgl. Popp, 2006: S. 23f.).

Anhang 2: Stadieneinteilung der Alzheimer-Demenz nach REISBERG.

Stadium	Beschreibung
Sehr geringe Störung (Defizite werden nur von Betroffenen selbst registriert)	<ul style="list-style-type: none"> - Leichte Gedächtnisstörung (bei Untersuchungen nicht nachweisbar) - Wortfindungsstörung - Keine Beeinträchtigung des beruflichen und sozialen Lebens
Geringe Störung (kann noch überspielt oder vertuscht werden)	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkeres Nachlassen der Merkfähigkeit - Versagen bei beruflichen Anforderungen - Verstärkt Probleme in unbekanntem Situationen - Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen testpsychologisch nachweisbar
Mäßige Störung	<ul style="list-style-type: none"> - Schlecht informiert über aktuelles Geschehen - Probleme beim Planen und Lösen schwieriger Aufgaben (Umgang mit Geld, Einkaufen, Verreisen) - Nachlassende Aktivität - Meiden von Konkurrenzsituationen - Störungen in einem Gespräch leicht feststellbar
Mittelschwere Störung (Beginn einer Demenz)	<ul style="list-style-type: none"> - Unfähigkeit, sich an wichtige Dinge des täglichen Lebens zu erinnern (Namen von Angehörigen, Adressen, eigene Telefonnummer) - Probleme bei der Auswahl geeigneter Kleidungsstücke - u.U. Vernachlässigung der Körperpflege - auf fremde Hilfe angewiesen
Schwere Störung	<ul style="list-style-type: none"> - gelegentlich keine Erinnerung an den Namen des Partners - keine bewusste Wahrnehmung der Umwelt - vollständige Abhängigkeit von fremder Hilfe (Körperpflege, An- und Auskleiden) - u.U. Kontrollverlust bei den Ausscheidungsvorgängen
Sehr schwere Störung	<ul style="list-style-type: none"> - extreme Verminderung des Wortschatzes mit weitgehendem Verlust der Sprachfähigkeit - Verlust der Gehfähigkeit und Probleme beim Sitzen - Verlust der Fähigkeit zu lächeln - Häufig Kontrollverlust bei Ausscheidungsvorgängen

Tab. II: Stadieneinteilung der Alzheimer-Demenz nach REISBERG (1986).

Anhang 3: WHO-Stufenschema¹⁵

Stufe I

Substanz	Handelsbeispiel	Dosierung in mg	Wirkungsdauer in Stunden	Höchstdosierung Mg/ Tag
Acetylsalicylsäure (ASS)	Aspirin	500	4-6	3.000
Diclofenac	Voltaren Voltaren ret.	25/50 100	8 24	150 150
Ibuprofen	Imbun Imbun Retard	500/1000 800	6-8 12	2.400 2.400
Etericoxib	Arcoxia	60 / 90 / 120	18	120
Celecoxib	Celebrex	100/200	12	400
Metamizol	Novalgine	500	4-6	4.000
Paracetamol*	ben-u-ron	500	4-6	4.000
Flupirtin	Katadolon	100-200	6-8	600

*Aufgrund eines ungünstigen Wirkung-Nebenwirkung-Profiles sind diese Substanzen zur Therapie chronischer Schmerzzustände heute nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt indiziert.

Tab. III: WHO-Stufenschema der Medikamente der Stufe I.

Stufe II

Substanz	Handelsbeispiel	Dosierung in mg	Wirkungsdauer in Stunden	Höchstdosierung Mg/ Tag
Tramadol - Tropfen - Retardkapseln	Tramal T-long Travex One	20 Tr.=50 mg 100/150/200 150,200,300,400	4 8-12 24	400mg
Tilidin/ Naloxon - Tropfen - Retardtablette mg Tilidin + N.	Valoron Tilidin comp.	20 Tr.=50 mg 50+4, 100+8, 150+12, 200+16	4 8-12	400-600mg
Dihydrocodein - Retardtabletten	DHC	60/90/120 mg	8-12	240 mg

Tab. IV: WHO-Stufenschema der Medikamente der Stufe II.

¹⁵ Aus: Flieder, Jansen, 2007: S. 3ff..

Stufe III

Substanz	Handelsbeispiel	Dosierung in mg	Wirkungsdauer in Stunden	Höchstdosierung Mg/ Tag
Fentanyl	Durogesic Actiq	12/25/75/ 100 µg/h 200 /400 /600 /800 /1200 /1600 µg	72 2	Keine
Buprenorphin	Transtec	35 / 52,5 / 70 µg/h	72	140 (ceiling effect?)
Morphin - Kapseln, Tabletten, Granulat	Oramorph MST cont. long M-Long	10 / 20 mg 10/30/60/100/200	8-12 24	Keine
Oxycodon - Retardtablette	Oxygesic Oxygesic+ Naloxon	5/10/20/40/80	8-12	Keine
Hydromorphon Kapseln	Palladon Junista als Palladon- Einteldosis	4/8/16/24 1,3/ 2,6	8-12	Keine

Tab. V: WHO-Stufenschema der Medikamente der Stufe III.

Anhang 4: Interviewleitfaden

HAW Hamburg / Albertinen Schule

Dualer Studiengang Pflege (B.A.)

Prüferin: Prof. Dr. Doris Wilborn

Ausarbeitung: Heike Kretzschmer

Datum: März 2014

Interview-Teilnehmer-Information

Forschungsfrage:

Welchen anwendungsbezogenen Gütekriterien entspricht das Assessmentinstrument ECPA und welche Schwierigkeiten weist es in der pflegerischen Praxis auf?

1. Ziele der Bachelorarbeit

Ziel der Bachelorthesis ist es, die anwendungsbezogenen Gütekriterien des Assessmentinstrumentes ECPA zur Schmerzerfassung bei MmD in einer Wohn-Pflege-Einrichtung für MmD zu untersuchen und dabei praxisrelevante Schwierigkeiten zu charakterisieren um Modifikationsvorschläge zu identifizieren.

2. Datenschutz

Die Interviews werden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Hierbei werden keine Rückschlüsse auf Personen ersichtlich sein, außer die Bezeichnung der Berufsgruppe. Die Aufnahmen werden auf CD gebrannt und an der HAW gelagert. Ich verpflichte mich, nach der guten, wissenschaftlichen Praxis vorzugehen (S. www.haw-hamburg.de).

3. Einverständniserklärung

Ich, _____, erkläre mich damit einverstanden, an einem Interview im Rahmen der Bachelorthesis von Heike Kretzschmer zu dem Thema ‚Schmerzerfassung von Menschen mit Demenz anhand von Assessmentinstrumenten‘ teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass keinerlei Rückschlüsse auf meine Person ersichtlich sein werden. Das Einverständnis kann jederzeit zurückgezogen werden und ich kann jederzeit die Beantwortung von Fragen verweigern. Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig.

(Ort, Datum, Unterschrift)

4. Leitfragen

Allgemeines zur Anwendung des Assessmentinstruments ECPA

- Bitte beschreiben Sie das Assessmentinstrument ECPA. Wie ist das Assessmentinstrument aufgebaut? Haben Sie ECPA für den Gebrauch in Ihrer Einrichtung modifiziert?
- Was wird erfragt und was ist Ihr persönliches Ziel beim Einsetzen von ECPA?
- Von wem wird ECPA in Ihrer Einrichtung angewendet?
- Wann wurde ECPA eingeführt?
- Wer hat ECPA eingeführt?

Relevanz

- Erleichtert ECPA die Planung der Pflege?
- Erleichtert ECPA die Erstellung einer Pflegediagnose, bzw. der Herausarbeitung des Pflegeproblems?
- Ermöglicht ECPA die Ableitung pflegerischer Maßnahmen?
- Zeigt ECPA Veränderungen der Schmerzen bei den Bewohnern auf und dient ECPA dementsprechend der Aktualisierung von Pflegeplanung und ggf. –diagnosen?
- Wie relevant erscheinen die einzelnen Items für Sie?

Klinische Wirksamkeit

- Werden Ihrer Meinung nach alle Kriterien zur Schmerzbeobachtung durch den ECPA-Bogen erfasst?
- Führen die durch ECPA abgeleiteten Interventionen i.d.R. zu einer Reduktion von Schmerzen bei den Bewohnern?
- Können Sie mir ein konkretes Praxisbeispiel dafür nennen?

Handhabbarkeit, Praktikabilität

- Wieviel Zeit benötigen Sie i.d.R. um ECPA durchzuführen?
- Halten Sie den zeitlichen Aufwand für die Durchführung des ECPA-Bogens hinsichtlich seines Nutzens für angemessen?
- Sind die einzelnen Items verständlich?
- Benötigten Sie für die Implementierung des Bogens eine vorangegangene Schulung zur Handhabung?

- In welchem Format liegt Ihnen der ECPA vor?
- Fällt Ihnen die Auswertung des Bogens leicht?
- Haben Sie ein ‚sicheres Gefühl‘ bei der Anwendung des Bogens?
- Lassen sich die pflegerischen Interventionen leicht durch den Bogen übertragen?
- Haben Sie bereits Ergebnisse durch den Bogen erhalten, die Sie aus Ihrer pflegerischen Expertise heraus als fehlerhaft einstufen?
- Was würde Ihrer Meinung nach die Anwendung des Bogens vereinfachen?

Akzeptanz

- Halten Sie die Ergebnisse aus dem ECPA-Bogen für pflegerisch Relevant?
- Was ist Ihre pflegerische Zielsetzung? Hilft ECPA bei dem Erreichen Ihrer Zielsetzung?
- Wie häufig wird ECPA angewandt?
- Wie oft ist die Anwendung von ECPA Ihrer Meinung nach von Nöten?
- Welchen Nutzen sehen Sie in der Anwendung von ECPA für sich selbst, für den Wohnbereich, für das multiprofessionelle Team und für die Bewohner?

Ökonometrische Bewertung

- Was hat die Anschaffung des ECPA-Bogens gekostet?
- Zahlen Sie Lizenzgebühren für den Bogen?
- Fallen durch die mit Hilfe des ECPA-Bogens ermittelten Probleme zusätzliche Kosten an?
- Halten Sie die Kosten-Nutzwert-Zusammenstellung insgesamt für angemessen?

Sonstiges

- Haben Sie weitere Ideen oder Vorschläge zur Erfassung von Schmerzen bei MmD?

Anhang 4: Interviewleitfaden.

Anhang 5: Exposé

HAW Hamburg / Albertinen Schule

Dualer Studiengang Pflege (B.A.)

Prüferin: Prof. Dr. Doris Wilborn

Ausarbeitung: Heike Kretzschmer

Datum: 06. März 2014

Exposé zur Vorlegung an die Pflegedienstleitung und an die MAV

Problembeschreibung

Im hohen Alter zählen Demenzen zu den häufigsten und folgereichsten psychiatrischen Erkrankungen; In Deutschland leiden knapp eine Million der über 65-Jährigen an Demenz und die Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr beträgt rund 190.000 Menschen (Weyerer 2005). Schwere Demenzen umfassen Stadien der Erkrankung, in denen Betroffene bis zum Tod andauernde Unterstützung in der Bewältigung der einfachsten alltäglichen Anforderungen benötigt (ebd.). Die Anzahl an Menschen mit Demenz (im Folgenden *MmD*) in deutschen Altenheimen nimmt kontinuierlich zu, rund 60 % der Heimbewohner sind von Demenz betroffen (ebd.). Aufgrund dieser hohen Anzahl an Betroffenen kommt der Pflege von *MmD* eine große, gesamtgesellschaftliche Bedeutung zu. Das Risiko an Demenz zu sterben ist fast doppelt so hoch wie für zerebral intakte Personen (vgl. Kojer, 2010: S. 310).

Fortgeschrittene Demenz führt neben Veränderungen der Körperwahrnehmung zu dem Verlust der verbalen Kommunikationsfähigkeit (Basler et al. 2006, Kojer 2009, Osterbrink et al. 2012, Fischer 2007, Lagger et al. 2008). Damit steigt zugleich die Gefahr, dass Schmerz bei den Betroffenen von professionell Pflegenden nicht erkannt oder auch überschätzt wird und dass es zu einer unzureichenden Schmerzbehandlung kommt (Basler et al. 2006): „Betrüblicherweise hat daran auch der Schmerztherapieboom der vergangenen 10 Jahre kaum etwas zu ändern vermocht. [...] Aber auch die Klagen von Demenzkranken, die ihren Schmerz noch verbal ausdrücken können, werden häufig nicht beachtet, vor allem wenn ihre Betreuer sie zugleich als sehr verhaltensgestört erleben.“ (vgl. Kojer, 2009: S.70). Gerade im Alter treten Schmerzen häufig auf (Kojer 2009, Osterbrink et al. 2012). Nach Lagger et al. (2008) hat ein inadäquates Schmerzmanagement Auswirkung auf die physische und psychische Verfassung sowie die Lebensqualität der Betroffenen (Lagger et al. 2008).

Da auf der rationalen Ebene Kommunikation mit *MmD* unmöglich scheint, muss auf der Gefühls- und Beziehungsebene mit ihnen in Kontakt getreten werden. Voraussetzungen hierfür sind ausreichende Kenntnisse in Validation, Basale Stimulation, sowie die Fähigkeit, einfühlsam zu beobachten (Kojer 2009).

Um Pflegenden die Beurteilung von Schmerzen zu erleichtern und um dem multiprofessionellen Team das Gelingen einer Schmerztherapie zu unterstützen, wurden in den vergangenen Jahrzehnten eine Reihe von Schmerzerfassungsinstrumenten entwickelt, die Schmerzen bei Menschen mit verbaler Einschränkung erfassen sollen (Kostrzewa 2010, Zwakhalen et al. 2006). Ein in Deutschland prominentes Beispiel ist die deutsche Übersetzung der amerikanischen PAINAD-Skala: ‚Beurteilung von Schmerzen bei Demenz‘ (im Folgenden *BESD*) (Basler et al. 2006). Die *BESD*-Skala gilt als ein häufig untersuchtes Schmerzerfassungsinstrument (Zwakhalen et al. 2006, Basler 2006, Lagger et al. 2008, Kostrzewa 2010, Fischer 2007); „Obwohl es nicht möglich ist, die Beobachtungsskala an dem Goldstandard des subjektiven Schmerzerlebens zu validieren, gibt es doch Hinweise mit ausreichender Evidenz, dass durch die Skala tatsächlich Schmerz gemessen wird.“ (Basler et al. 2006: S. 525). So wird hervorgehoben, dass sich die Skala zu Schmerzerfassung bei MmD eigne, da sie wegen der guten Operationalisierung leicht zu erlernen sei, die Beobachtungszeit mit zwei Minuten recht kurz ausfalle, Pflegefachpersonen nach absolvierter Schulung zu Anwendung der Skala signifikant mehr Sicherheit und eine höhere Aufmerksamkeit in Bezug auf die Schmerzwahrnehmung aufweisen (Basler et al. 2006, Lagger et al. 2008). Außerdem trage die *BESD*-Skala zur systematischen Erfassung von Schmerzen bei, überprüfe Maßnahmen zur Schmerzlinderung, unterstütze Kommunikation im multiprofessionellen Team, sowie überprüfe und vereinfache Schmerzdokumentation (Fischer 2007).

Dennoch wird der Gebrauch der *BESD*-Skala kritisch bewertet, da die Beurteilung einzelner Items in realen Pflegesituationen schwierig sein kann, personelle Kontinuität von Nöten ist, es kein Erfassungsinstrument gibt, das alle möglichen Verhaltensweisen berücksichtigt, Verhaltensweisen immer mehrdeutig sind und zudem die Beobachtungskompetenz von Pflegenden durch bloßes ‚Checklistenausfüllen‘ in Frage gestellt wird (Fischer 2007, Basler et al. 2006, Kojer 2009).

Ein weiteres, verbreitetes Schmerzerfassungsinstrument ist *ECPA* (*Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes*) von Morelle, Jean, Alix, Groupe Regates, 2002, deutsche Version von Kunz, (2006). „Selbstverständlich ist *ECPA* kein objektives Messinstrument, das empirische Daten hervorbringt, aber es kann Teams im Umgang mit dem Schmerzverhalten von Menschen mit einer Demenz sensibilisieren. Es wirkt ähnlich disziplinierend wie das *Dementia Care Mapping*.“ (Kostrzewa, 2010: S. 106). *ECPA* wird ausdrücklich von Becker-Ebel (2011) für die Einführung als Schmerzerfassungsinstrument empfohlen.

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, die anwendungsbezogenen Gütekriterien (Relevanz, klinische Wirksamkeit, Handhabbarkeit, Akzeptanz und Kosten-Nutzen-Analyse) des Assessmentinstrumentes ECPA zur Schmerzerfassung bei MmD in einer Wohn-Pflege-Einrichtung für MmD zu untersuchen und dabei praxisrelevante Schwierigkeiten zu charakterisieren um Modifikationsvorschläge zu identifizieren. Hierfür steht folgende Frage im Vordergrund:

Welchen anwendungsbezogenen Gütekriterien entspricht das Schmerzerfassungsinstrument ECPA und welche Schwierigkeiten weist es in der pflegerischen Praxis auf?

Methodik

Eingangs wird der theoretische Hintergrund dargestellt, wobei Begriffsdefinitionen zu ‚Demenz‘, ‚Schmerz‘, ‚Assessmentinstrumente in der Pflege‘ und ‚anwendungsbezogene Gütekriterien‘ vorangestellt werden. Darauf aufbauend werden die Assessmentinstrumente BESD und ECPA vorgestellt und erläutert. Nach der Entwicklung eines Leitfadens werden schließlich im März 2014 drei leitfadengestützte Experteninterviews mit professionell Pflegenden einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft für MmD geführt. Das Verfahren des Interviews soll problemzentriert verlaufen; Im Vorfeld wird die Problemstellung herausgearbeitet um daran anschließend bestimmte Aspekte herauszuarbeiten und in einem Leitfaden zusammenzustellen, die im Gesprächsverlauf angesprochen werden (vgl. Mayring 1996). Die Ergebnisse aus den Interviews werden dargestellt und nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (1996) analysiert und diskutiert. Anschließend erfolgt ein Vergleich der beiden Assessmentinstrumente in Hinblick auf deren Anwendbarkeit, sowie eine Schlussbetrachtung mit Ausblick.

Quellen

Basler, H. D; Hügner, D.; Kunz, R.; et al. (2006): *Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens.* Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Springer Verlag.

Becker-Ebel, J. (Hrsg.) (2011): *Palliative Care in Pflegeheimen. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Fischer, T. (2007): Instrumente für die Schmerzeinschätzung bei Personen mit schwerer Demenz: Hilfsmittel für die Beobachtung, aber kein Ersatz der Fachlichkeit. *Pflegezeitschrift* 6/2007. S. 308-311.

Hoppe, J.-D. (2011): *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Bundesärztekammer. Bekanntmachung.* Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7.

Kojer, M. (2009): *Wie soll ich wissen, was dich quält? Schmerzen erkennen bei demenzkranken alten Menschen.* In: Likar, R., G. Bernatzky, D. Märkert et al. (2009): *Schmerztherapie in der Pflege: Schulmedizinische und komplementäre Methoden.* Wien: Springer Verlag.

Kojer, M. (2010): *Demenz und Palliative Care.* In: Kränzle, S., C. Seeger und U-Schmidt (Hrsg.): *Palliative Care. Mit 32 Abbildungen. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage.* Heidelberg: Springer Verlag.

Kostrzewa, S. (2010): *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.* Bern: Hans Huber Verlag.

Lagger, V.; Mahrer Imhof, R.; Imhof, L. (2008): *Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen: ein Forschungsanwendungsprojekt.* Bern: Hans Huber Verlag.

Mayring, Philipp (1996): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. 3., überarbeitete Auflage.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Osterbrink, J., Hufnagel, M.; Kutschar, P. et. al (2012): *Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster.* Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Springer Verlag.

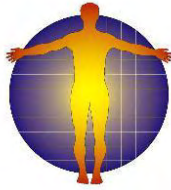
Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.) (2011): *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis.* Bern: Hans Huber Verlag.

Weyerer, S. (2005): *Heft 28. Altersdemenz.* Berlin: Robert Koch-Institut. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M_43.pdf. Letzter Aufruf: 06.01.2014, 14:42 Uhr.

Zwakhalen, S. MC, Hamers, J. PH; Huiljer Abu Sáad, H. et al. (2006): *Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools.* *BMV Geriatrics.* 6:3.

Anhang 5: Exposé.

Anhang 6: BESD



DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZUM STUDIUM DES SCHMERZES e.V. (DGSS)

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Prof. Dr. M. Zenz • Präsident der DGSS • Knappschafts Krankenhaus Langendreer
Klinik für Anästhesiologie • In der Schornau 23-25 • 44892 Bochum

Arbeitskreis „Alter und Schmerz“

Sprecher: Prof. Dr. Dr. H.D. Basler
e-mail: basler@med.uni-marburg.de

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Einführung

Klinische Schmerzmessung bei nicht-kommunikativen Demenzkranken ist auf die Beobachtung des Schmerzverhaltens angewiesen. Die BESD-Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz ist eine deutsche Übersetzung der PAINAD-Scale mit den Beobachtungskategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung. Die Beobachtungsskala wurde aus dem Amerikanischen übersetzt. Die Originalversion wird beschrieben in folgender Publikation:

Warden, V., Hurley, A.C. Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4, 9 – 15.

Gütekriterien

In Deutschland wurden bisher 99 demenzkranke Bewohner aus acht Pflegeeinrichtungen mit einem Durchschnittsalter von 84 Jahren ($SD = 7$) in die Evaluation des Beobachtungsinstrumentes einbezogen. Als Maße für die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) ergaben sich bei der Beobachtung durch Pflegenden Werte zwischen 0,85 und 0,86. Die Inter-Rater-Reliabilität beträgt für die Pflegenden zwischen $r = 0,72$ und $0,82$. Die Wiederholungsreliabilität mit einem Abstand von zwei bis drei Wochen beläuft sich auf Werte zwischen 0,60 und 0,76. Die Beobachtung ist zuverlässiger in Situationen, in denen die Beobachteten mobilisiert werden, als in Ruhesituationen. Als Validitätshinweis wird die Tatsache gewertet, dass sich Personen, die als akut unter Schmerzen leidend eingestuft werden, sich hinsichtlich der BESD-Werte signifikant von denen unterscheiden, denen keine Schmerzen zugeschrieben werden. Weiterhin verringert sich das Schmerzverhalten unter analgetischer Medikation.

Geschäftsstelle: Frau Beate Schlag, Obere Rheingasse 3, D-56154 Boppard
Tel: 06742 / 8001-21, Fax: 06742 / 8001-22,
Email: info@dgss.org Internet: www.dgss.org

Aufgrund der bisher durchgeführten Untersuchungen kann die Skala wegen der befriedigenden psychometrischen Werte zum Einsatz in der Versorgungspraxis empfohlen werden. Weitere Studien sind in Vorbereitung.

Publikationen zur BESD

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. *Schmerz*, 20, 519-26.

Schuler, M., Becker, S., Kaspar, R., Nikolaus, Th., Kruse, A. & Basler, H.-D. (2007) Psychometric Properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD-G) in Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*, 8, 388-395.

Beobachtungsanleitung und Auswertung

Geben Sie an, in welcher Situation die Beobachtung stattfindet (z.B. im Sitzen, im Bett liegend, während des Waschens oder Gehens). Bitte beobachten Sie die/den BewohnerIn in dieser Situation zwei Minuten lang und achten Sie darauf, ob sich die beschriebenen Verhaltensweisen zeigen. Kreuzen Sie anschließend in dem Beobachtungsbogen die zutreffenden Verhaltensweisen an (Spalte „ja“). Markieren Sie bitte zur Kontrolle auch die Spalte „nein“, wenn Sie ein Verhalten nicht beobachtet haben. Zu den einzelnen Begriffen gibt es eine ausführliche Beschreibung, die Sie vor dem Ausfüllen gewissenhaft durchlesen sollten. Die Beobachtung bezieht sich auf fünf Kategorien: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für jede Kategorie sind maximal 2 Punktwerte zu vergeben. Für die Auswertung addieren Sie die in der rechten Spalte angegebenen Werte über die einzelnen Kategorien, wobei Sie nur den jeweils höchsten erzielten Wert pro Kategorie berücksichtigen. Es ist ein maximaler Gesamtwert von 10 für Schmerzverhalten möglich. Ein Wert von 6 oder darüber in einer Mobilitätssituation wird von uns als behandlungsbedürftig angesehen.

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Name des/der Beobachteten:

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehenen Kästchen.

Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich.

Ruhe

Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit:

Beobachter/in:

Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	nein	ja	Punkt- wert
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lautstark angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Negative Lautäußerung			
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wiederholt beunruhigt rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
laut stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name

Gesichtsausdruck	nein	ja	Punkt- wert
lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Körpersprache			
entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trost			
trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL von max. /			___/10

Andere Auffälligkeiten:

.....
.....
.....
.....

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) - Definitionen

ATMUNG

1. Normal

Als „normal“ wird ein geräuschloses, gleichmäßiges Ein- und Ausatmen ohne Anstrengung bezeichnet.

2. Gelegentlich angestrengt atmen

„Gelegentlich angestrenktes Atmen“ ist charakterisiert durch gelegentliches Auftreten von anstrengenden, ermüdenden oder schweren Atemzügen.

3. Kurze Phasen von Hyperventilation

„Kurze Phasen von Hyperventilation“ sind schnelle und tiefe Atemzügen von insgesamt kurzer Dauer.

4. Lautstarkes, angestrengt atmen

„Lautstarkes, angestrenktes Atmen“ ist gekennzeichnet durch Geräusche beim Ein- oder Ausatmen, die laut, gluckerdend oder pfeifend sein können und anstrengend zu sein scheinen.

5. Lange Phasen von Hyperventilation.

„Lange Phasen von Hyperventilation“ sind übermäßig schnelle und tiefe Atemzüge. Die Phasen dauern recht lange.

6. Cheyne Stoke Atmung

„Cheyne Stoke Atmung“ ist gekennzeichnet durch immer tiefer werdende und wieder abflachende Atemzügen mit Atempausen.

NEGATIVE LAUTÄUßERUNG

1. Keine

Die Kategorie „keine“ bezeichnet Sprache oder Lautäußerungen mit angenehmem oder neutralem Klang.

2. Gelegentlich stöhnen oder ächzen

Unter „stöhnen“ ist jammern oder vor sich hinmurmeln wie auch klagen oder schreien zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden. Beides sollte nur gelegentlich auftreten.

3. Sich leise negativ oder missbilligend äußern

„Sich leise negativ oder missbilligend äußern“ ist gekennzeichnet durch leises Murren, Jammern, Fluchen oder Schimpfen mit einem klagenden, sarkastischen oder bissigen Unterton.

4. Wiederholt beunruhigt rufen

Die Kategorie „Wiederholt beunruhigt rufen“ bezeichnet Phrasen oder Worte, die wiederholt in einer Art geäußert werden, die Angst, Unbehagen oder Verzweiflung vermuten lässt.

5. Laut stöhnen oder ächzen

Unter „stöhnen“ ist jammern oder murmeln wie auch klagen oder schreien deutlich lauter als üblicherweise zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden.

6. Weinen

Unter „Weinen“ wird eine emotionale Ausdrucksform verstanden, die mit Tränen einhergeht. Der Betroffene kann schluchzen oder weinerlich wirken.

GESICHTSAUSDRUCK

1. Lächelnd oder nichts sagend

„Lächelnd“ ist gekennzeichnet durch nach oben gerichtete Mundwinkel, leuchtende Augen und einen Ausdruck von Zufriedenheit.

„Nichts sagend“ bedeutet ein neutraler, ruhiger, entspannter oder leerer Gesichtsausdruck.

2. Traurig

„Traurig“ ist gekennzeichnet durch einen unglücklichen, einsamen, niedergeschlagenen oder deprimierten Ausdruck. Tränen in den Augen können zusätzlich auftreten.

3. Ängstlich

Unter „ängstlich“ versteht man einen Ausdruck von Furcht, Schreck oder Besorgnis. Die Augen sind weit geöffnet.

4. Sorgenvoller Blick

Ein „sorgenvoller Blick“ ist gekennzeichnet durch nach unten gerichtete Mundwinkel. Falten auf der Stirn und um den Mund können sich stärker als üblich zeigen.

5. Grimassieren

„Grimassieren“ ist gekennzeichnet durch einen verzerrten und verzweifelten Gesichtsausdruck. Die Stirn weist stärkere Falten auf als die Mundpartie. Die Augen können fest zugekniffen sein.

KÖRPERSPRACHE

1. Entspannt

„Entspannt“ meint eine ruhige und gelassene Körperhaltung. Die Person wirkt sorgenfrei.

2. Angespannt

„Angespannt“ beschreibt eine angestrenzte, verkrampfte oder besorgte Körperhaltung. Das Gebiss kann fest zusammengebissen sein. (Kontrakturen sind auszuschließen)

3. Nervös hin und her gehen

„Nervös hin und her gehen“ meint eine ruhelose Aktivität. Sie kann mit ängstlichem, besorgtem oder beunruhigtem Ausdruck einhergehen. Die Gehgeschwindigkeit kann langsam oder schnell sein.

4. Nesteln

„Nesteln“ meint, sich ruhelos bewegen. Wälzen im Stuhl oder das Rücken eines Stuhls durch das Zimmer sowie wiederholtes Berühren, Ziehen oder Reiben von Körperteilen können beobachtet werden.

5. Starr

„Starr“ meint eine steife Körperhaltung. Die Arme und/oder Beine sind angespannt und unbeweglich. Der Rumpf imponiert gestreckt und unbeugsam. (Kontrakturen sind auszuschließen)

6. Geballte Fäuste

„Geballte Fäuste“ sind fest geschlossene Hände. Die Hände können sich allerdings auch wiederholt öffnen und schließen oder fest geschlossen bleiben.

7. Angezogene Kniee

„Angezogene Kniee“ bedeuten in Richtung Brust gezogene Kniee. Die Person wirkt insgesamt aufgewühlt. (Kontrakturen sind auszuschließen)

8. Sich entziehen, wegstoßen

Personen wehren Annäherung oder Fürsorge ab. Sie versuchen, der Annäherung zu entkommen, sich zu entwinden oder zu entreißen bis dahin, dass sie andere wegstoßen.

9. Schlagen

Unter „Schlagen“ werden alle Formen der körperlichen Auseinandersetzung verstanden: u.a. schlagen, hauen, treten, zupacken, beißen.

TROST

1. Trösten nicht notwendig

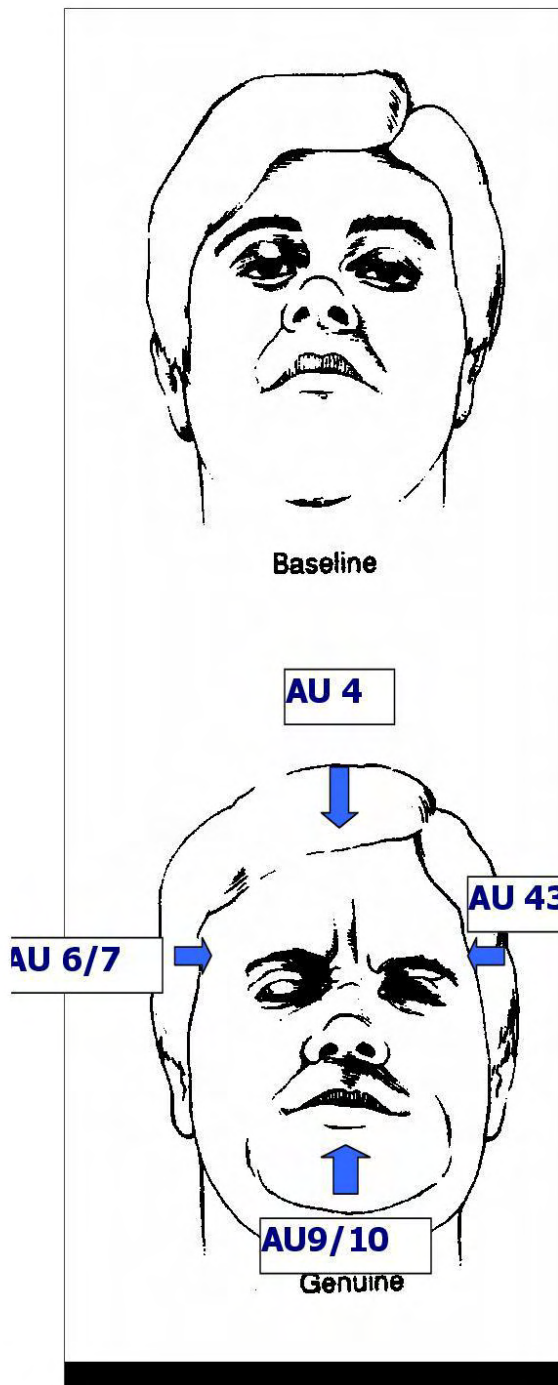
Die Person scheint sich wohl zu fühlen und zufrieden zu sein.

2. Ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich

Ein auffälliges Verhalten kann unterbrochen werden, indem die Person angesprochen oder berührt wird. Die Unterbrechung des auffälligen Verhaltens dauert über die gesamte Phase der Zuwendung an. Die Person wirkt dabei sorglos.

3. Trösten, ablenken oder berühren nicht möglich

Die Person kann nicht beruhigt werden. Das auffällige Verhalten kann durch Ansprache oder Berührung nicht unterbrochen werden. Es ist jedoch möglich, dass das auffällige Verhalten durch Ansprache oder Berührung abgeschwächt wird. Das auffällige Verhalten ist zumindest zeitweise auch während der Zuwendung noch zu erkennen.



Mimische Schmerzreaktion „grimassieren“

- Kontraktion der Augenbrauen (AU4)
- Kontraktion der Muskelgruppen um die Augen herum (AU6/7)
- Levatorkontraktion/Rümpfen der Nase (AU9/10)
- schließen der Augen für mindestens 1/2 Sekunde (AU 43)

Anhang 7: ECPA

Schmerzskala ECPA

Dimension 1 : Beobachtungen außerhalb der Pflege	
Item 1 - verbale Äußerungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien	
0	Patient macht keine Äußerungen
1	Schmerzäußerungen, wenn Patient angesprochen wird
2	Schmerzäußerungen, sobald jemand beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Item 2 - Gesichtsausdruck: Blick und Mimik	
0	entspannter Gesichtsausdruck
1	besorgter, gespannter Gesichtsausdruck
2	ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen
3	verkrampfter und/oder ängstlicher Blick
4	vollständig starrer Blick/Ausdruck
Item 3 - Spontane Ruhehaltung	
0	keinerlei Schonhaltung
1	Vermeidung bestimmter Position, Haltung
2	Patient wählt eine Schonhaltung, aber kann sich bewegen
3	Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung
4	Patient bleibt vollständig immobil
Dimension 2 : Beobachtungen während der Pflege	
Item 4 - ängstliche Abwehr bei der Pflege	
0	Patient zeigt keine Angst
1	ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck
2	Patient reagiert mit Unruhe
3	Patient reagiert aggressiv
4	Patient schreit, stöhnt, jammert
Item 5 - Reaktionen bei der Mobilisation	
0	Patient steht auf / läßt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung
1	Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten
2	Patient klammert mit den Händen / macht Gebärden bei Mobilisation und Pflege
3	Patient nimmt während Mobilisation und Pflege Schonhaltung ein
4	Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege
Item 6 - Reaktionen während Pflege von schmerzhaften Zonen	
0	keinerlei negative Reaktionen während Pflege
1	Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung
2	Reaktionen beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen
3	Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen
4	Unmöglichkeit, sich schmerzhaften Zonen zu nähern
Item 7 - verbale Äußerungen während der Pflege	
0	keine Äußerungen während der Pflege
1	Schmerzäußerungen, wenn man sich an den Patienten wendet
2	Schmerzäußerungen, sobald Pflegende beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Dimension 3 : Auswirkungen auf Aktivitäten	
Item 8 - Auswirkungen auf Appetit	
0	keine Veränderungen bezüglich Appetit
1	leicht reduzierter Appetit, ißt nur einen Teil der Mahlzeiten
2	muß animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen
3	ißt trotz Aufforderung nur ein paar Bissen
4	verweigert jegliche Nahrung
Item 9 - Auswirkungen auf Schlaf	
0	guter Schlaf, beim Aufwachen ist Patient ausgeruht

Schmerzskala ECPA

1	Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen
2	Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen
3	zusätzliches nächtliches Erwachen
4	seltener oder fehlender Schlaf
Item 10 - Auswirkungen auf Bewegung	
0	Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt
1	Pat. bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen
2	seltener / verlangsamte Bewegungen
3	Immobilität
4	Apathie oder Unruhe
Item 11 - Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit	
0	üblicher Kontakt
1	Herstellen von Kontakt erschwert
2	Patient vermeidet Kontaktaufnahme
3	Fehlen jeglichen Kontaktes
4	Totale Indifferenz
Total Punkte (0= kein Schmerz, 44= maximaler Schmerz)	

ECPA: Echelle comportementale de la douleur pour personnes agees non communicantes