

Hinweise zur Verwendung von BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)

Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
Stand: Juni 2013

Vorbemerkung:

Diese Handreichung ersetzt nicht die Konsultation der aktuellen wissenschaftlichen Fachliteratur. Sie soll lediglich erste Hinweise zur Verwendung des BESD geben.

Grundsätze der Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz

Grundsätzlich hat auch bei Menschen mit Demenz die Selbstauskunft zu Schmerzen eine hohe Bedeutung. Wenn möglich, sollte daher zunächst immer eine Selbstauskunft versucht werden. In den Fällen, in denen eine sinnvolle Selbstauskunft nicht mehr möglich ist, sollte auf ein Fremdbeobachtungsinstrumente (z.B. die BESD) zurückgegriffen werden.

Wenn eine üblicherweise schmerzhafte Erkrankung, Verletzung oder ein operativer Eingriff vorliegen, sollte davon ausgegangen werden, dass der Betroffene Schmerzen hat.

Ausgeprägteres Schmerzverhalten bei einer Aktivität im Vergleich zur Ruhesituation, weist sehr stark auf einen bewegungsabhängigen Schmerz hin. Es sollte systematisch auf Verhaltensänderungen geachtet werden, etwa mittels BESD-Einschätzung. Auch herausfordernde Verhaltensweisen können auf Schmerzen hindeuten.

Vergleiche hierzu Hadjistavropoulos et al. 2007

Bei welchen Betroffenen kann BESD verwendet werden?

Die BESD wurde für Menschen mit Demenz entwickelt, die sich sprachlich nicht mehr oder nicht mehr konkret äußern können. Können Menschen mit Demenz eine Auskunft zum Schmerz geben, ist diese als Teil des diagnostischen Prozesses immer zu berücksichtigen. Allerdings können Verhaltensbeobachtungen mit BESD auch bei auskunftsfähigen Menschen mit Demenz auf Schmerzen aufmerksam machen, obwohl die verbale Aussage anderes vermuten lässt.

Für die Anwendung bei Menschen ohne Demenz liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor und sie kann deshalb nicht empfohlen werden (z.B. Patienten mit Aphasie nach einem Schlaganfall, Menschen im Apallischen Syndrom). Es kann sein, dass BESD auch bei diesen Personen nützliche Hinweise liefert. Die Anwendung ist aber *nicht* durch Forschungsergebnisse abgesichert.

Für welche Versorgungssituation ist BESD geeignet?

BESD wurde bei Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz im Pflegeheim und im Krankenhaus (geriatrische Abteilung) getestet, die eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer verbalen Auskunftsfähigkeit zeigten. Inzwischen liegen weitere Anwendungsergebnisse aus deutschsprachigen Pflegeheimen vor.

Wer sollte BESD anwenden?

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

Arbeitskreis Alter und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Kontakt: PD Dr. Matthias Schuler, Diakoniekrankenhaus, Mannheim, Speyererstr. 91-93, 68163 Mannheim; email: M.Schuler@diako-
ma.de

Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.

Personen, die im Umgang mit Menschen mit Demenz keine praktischen Erfahrungen haben, seltener auffälliges Verhalten beobachten.

BESD ist bei der Anwendung durch ausgebildete Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen geprüft worden. Deutlich schlechtere Ergebnisse liegen 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.

Anwendung der BESD

Wählen Sie eine Situation in der die Beobachtung stattfinden soll und notieren sie sie (z.B. im Sitzen, im Bett liegend, während eines Transfers, beim Waschen oder Gehen). Die BESD-Einschätzung sollte möglichst immer in der gleichen Situation erfolgen. Es ist sinnvoll, BESD in einer Aktivitätssituation einzuschätzen, da sich hierbei häufig Verhalten deutlicher zeigen, die auf Schmerzen hindeuten können.

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

Bitte beobachten Sie die / den Betroffenen in der gewählten 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 Punkte 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.

Interpretation der BESD Ergebnisse

Die Punktwerte der BESD dürfen keinesfalls mit den Punktwerten der Selbstauskunft gleichgesetzt werden.

Ein Grenzwert für das Vorhandensein oder die Behandlungsnotwendigkeit von Schmerzen kann bisher nicht ausreichend zuverlässig angegeben werden. Bisherige Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Zwakhalen 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.

Grundsätzlich können aber selbst Werte von 0 Punkten in der BESD-Skala Schmerzen nicht sicher ausschließen - der Betroffene zeigt lediglich kein erkennbares Schmerzverhalten.

Es gilt deshalb folgende Empfehlung:

- 0 Punkte** kein Schmerzverhalten erkennbar – Schmerz nicht ausgeschlossen
- 1 Punkt** erhöhte Aufmerksamkeit für mögliche Schmerzursachen und weitere Schmerzzeichen
- ab 2 Punkte** Schmerzen wahrscheinlich

Schmerzen sind außerdem wahrscheinlich, wenn:

- bei einer Aktivität BESD höher eingeschätzt wurde als in einer Ruhesituation.
- eine Schmerzbehandlung zu einer Reduktion des Verhaltens nach BESD führt (Behandlungsversuch).

Die Anwendung von BESD kann also immer nur individuell für jeden einzelnen Patienten und im Rahmen eines umfassenderen diagnostischen Prozesses erfolgen, Es muss immer der gesamte Zustand eines Patienten (z.B. schmerzverursachende Erkrankungen oder Interventionen) berücksichtigt werden. Auch wenn ein Patient null Punkte nach BESD erreicht, ist ein sicherer Ausschluss von Schmerzen nicht möglich. Der Vergleich der Schwere des Schmerzerlebens zwischen zwei Betroffenen ist mit den Ergebnissen einer Verhaltensbeobachtung (BESD-Punktwerte) nicht erlaubt.

Bei Unsicherheiten, bei neuen Bewohnern, Verdacht auf Schmerzen oder Therapieänderung empfehlen wir eine Besprechung im Team (Fallbesprechung) und mit dem behandelnden Arzt.

Gütekriterien von BESD

Die Beobachtungsskala BESD wurde aus dem Amerikanischen übersetzt und basiert auf dem Instrument PAINAD (Warden et al 2003).

In Deutschland wurden 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. Es konnte nachgewiesen werden, dass BESD mit anderen Beobachtungsinstrumenten für z.B. Depression, Angst etc. in keinem bedeutenden Zusammenhang steht. Weiterhin verringert sich das mittels BESD erfasste Schmerzverhalten unter analgetischer Medikation (Schuler et al 2007).

Punktprävalenzen (Osterbrink et al. 2012) zu Menschen mit Demenz in deutschen Pflegeheimen liegen bei mittelschwer kognitiv Beeinträchtigten in der Selbstauskunft und in einer Belastungssituation bei 45%. Beobachtet man die Gesamtgruppe mit Hilfe der BESD Skala so weisen 49% zwei und mehr Verhaltensauffälligkeiten auf, 10% sogar sechs und mehr.

Literatur

Basler, HD, Hesselbarth, S, Schuler, M (2004): "Schmerzdiagnostik und -therapie in der Geriatrie. In: Der Schmerz 18(4): 317-26.

Basler, HD, Hüger, D, Kunz, R, Luckmann, J, Lukas, A, Nikolaus, T, Schuler, MS (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD): Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. In: *Der Schmerz* 20(6): 519-26.

Hadjistavropoulos, T, Herr, K, Turk, DC, Fine, PG, Dworkin, RH, Helme, R, Jackson, K, Parmelee, PA, Rudy, TE, Lynn Beattie, B, Chibnall, JT, Craig, KD, Ferrell, B, Ferrell, B, Fillingim, RB, Gagliese, L, Gallagher, R, Gibson, SJ, Harrison, EL, Katz, B, Keefe, FJ, Lieber, SJ, Lussier, D, Schmader, KE, Tait, RC, Weiner, DK, Williams, J. (2007): An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. In: *Clinical Journal of Pain* 23(1Suppl): S1-43

Lukas, A, Barber, JB, Johnson, P, Gibson, SJ (2013): Observer-rated Pain Assessment Instruments Improve Both the Detection of Pain and the Evaluation of Pain Intensity with Dementia. In: *European Journal of Pain* (Epub ahead of print).

Osterbrink, J, Hufnagel, M, Kutschar, P, Mitterlehner, B, Krüger, C, Bauer, Z, Aschauer, W, Weichbold, M, Sirsch, E, Drebenstedt, C, Perrar KM, Ewers, A (2012) Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster. In: *Der Schmerz* 26: 27-35

Schuler, M, Becker, S, Kaspar, R, Nikolaus, T, Kruse, A, Basler, HD (2007): Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Dementia Scale (PAINAD-G) in nursing home residents. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 8(6): 388-95.

Warden, V, Hurley, AC, Volicer, L (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 4(1): 9 – 15.

Zwakhalen, SM, van der Stehen, JT, Najim, MD (2012): Wich Score Most Likely Represents Pain on the Observational PAINAD Pain Scale for Patients with Dementia? In: *Journal of the American Medical Directors Association* 13(4): 384 – 389.