publiziert bei: AWMF online
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe

Langversion der multiprofessionellen S3-Leitlinie

AWMF Registernummer 145 – 001
Stand: 11. Juli 2017

Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.
in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE, Witten)
und den beteiligten Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Organisationen

Koordination der Leitlinie:
Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)
und
PD Dr. Albert Lukas,
Malteser Krankenhaus
Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg

Autorinnen und Autoren

Jun.-Prof. Dr. Sirsch, Erika
Laekeman, Maria-Anna
Ass. Prof. Dr. Gnass, Irmela
Dr. Leonhardt, Corinna
Prof. Dr. Fischer, Thomas
Dr. Drebenstedt, Corinna
Prof. Dr. Kopke, Kirsten
Prof. Higman, Patience
PD Dr. Schuler, Matthias
Prof. Dr. Berkemer, Esther
Dr. Bründel, Klaus-Heinrich
Dreyer, Jan
PD Dr. Lukas, Albert

Studentische Mitarbeit

2012 - 2014
Hower, Kira (DZNE, Witten)
Wilms, Florian (DZNE, Witten)

2015 - 2016
Meyer, Sarah (PTHV, Vallendar)
Zimmermann, Jens (PTHV, Vallendar)

Mitautorinnen und Mitautoren

Alle nachfolgend aufgeführte Delegierte sind Mitautorinnen/ Mitautoren der Leitlinie

Delegierte der beteiligten Fachgesellschaften und Interessengruppen

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)	Dr. André Althoff
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	Prof. Dr. Karl-Jürgen Bär
Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.	Sabine Baumgart
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie e.V. (DGGPP)	Dr. Beate Baumgarte
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Dr. Klaus-Heinrich Bründel
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Hochschule Osnabrück	Prof. Dr. Andreas Büscher
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.	Olaf Christen (ab 2012, zuvor Damaris Koch)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS) e.V.	Dr. Dirk Deuster
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Anemone Falkenroth
Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.	Anemone Falkenroth
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK-Bundesverband e.V.	Prof. Dr. Thomas Fischer
Deutscher Pflegerat (DPR) e.V.	Prof. Dr. Thomas Fischer
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.	Prof. Dr. Stephan Freys (ab 2013, zuvor Prof. Dr. Edmund Neugebauer)
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V.	Ass. Prof. Dr. Irmela Gnass
Bundesverband selbst. Physiotherapeuten-IFK e.V. "Interessenverband freiberuflicher Krankengymnasten"	Patrick Heldmann (ab 2013, zuvor Katharina Scheel)
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	Prof. Patience Higman
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Sabine Jansen
Dt. Ges. für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ)	Dr. Evelyn Junker-Zitzmann
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA)	Martin Petzold (ab 2015, zuvor Christina Kaleve)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.	Dr. Corinna Leonhardt
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	PD Dr. Albert Lukas
Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.	Prof. Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe
Deutsche Schmerzliga e.V.	Prof. Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	Prof. Dr. Lutz Neugebauer
Netzwerk Musiktherapie mit alten Menschen Kontaktstelle "Musik bis ins hohe Alter"	Prof. Dr. Lutz Neugebauer

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.	Dr. Klaus Perrar
Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.	Volker Pfersich B.Sc. (ab 2015, zuvor Wilhelm Buchem)
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Dr. Sarwiga Riem
Demenz Support Stuttgart gGmbH	Dr. Anja Rutenkröger
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	Dr. Cordelia Schott
Bundesverband Geriatrie e.V.	PD Dr. Matthias Schuler
Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband d. Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V.	Susanne Schulz
Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. (KDA)	Gerlinde Strunk-Richter
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	Dr. Rüdiger Thiesemann
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle
Bis 2013: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e.V.	Prof. Dr. Heinz Laubenthal

Methodische Beratung

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	Prof. Dr. Gabriele Meyer
Deutsches Netzwerk für. Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Hochschule Osnabrück	Prof. Dr. Andreas Büscher
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	Prof. Dr. Ina Kopp
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	Dr. Monika Nothacker

Externe Begutachtung

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie Universität zu Lübeck	Prof. Dr. Sascha Köpke
Emeritus am Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg	Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Heinz-Dieter Basler
SchmerzLOS e.V. Lübeck Vereinigung aktiver Schmerzpatienten	Heike Norda und Hartmut Wahl

Inhalt

Autorinnen und Autoren 1
Mitautorinnen und Mitautoren 1
Delegierte der beteiligten Fachgesellschaften und Interessengruppen 2
Methodische Beratung 3
Externe Begutachtung 3
Abkürzungsverzeichnis 5
Präambel 6

1. Inhalt und Zielsetzung der Leitlinie 8

1.1 Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie ... 8
1.2 Entwicklung der Leitlinie ... 9
1.3 Methodik der Leitlinie ... 9

2. Theoretischer Bezugsrahmen 10

2.1 Ziele und Gegenstand des Schmerzassessments ... 10

2.2 Assessment – eine Begriffsbestimmung ... 11
2.2.1 Screening 13
2.2.2 Assessment 14
2.2.3 Verlaufserfassung 14

2.3 Schmerzassessment als Prozess ... 15

3. Empfehlungen der Leitlinie 18

3.1 Deutungskontext von Schmerz ... 18

3.2 Schmerzassessment und kognitive Beeinträchtigung ... 21

3.3 Screening von Schmerz ... 24
3.3.1 Screening von Schmerz – Ziel 25
3.3.2 Screening von Schmerz - Umsetzung 28

3.4 Assessment von Schmerz ... 42
3.4.1 Assessment von Schmerz – Ziel 42
3.4.2 Assessment von Schmerz – Informationsgewinnung 43
3.4.3 Assessment von Schmerz – Einschätzung von Schmerz 56
3.4.4 Assessment von Schmerz – Fremdeinschätzungsinstrumente 65
3.4.5 Assessment von Schmerz – Umsetzung 67
3.4.6 Assessment von Schmerz – Beteiligte 71
3.4.7 Assessment von Schmerz – Konsequenzen 73
3.4.8 Assessment von Schmerz – Kommunikations- und Entscheidungswege 76
3.4.9 Assessment von Schmerz – Dokumentation 80

3.5. Verlaufserfassung von Schmerz ... 81
3.5.1 Verlaufserfassung von Schmerz - Ziel 81
3.5.2. Verlaufserfassung von Schmerz -Umsetzung 85

4. Implementierung der Leitlinie 94

4.1 Konzeption ... 94

4.2 Ausblick zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren ... 96

5. Literatur 97

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AGS	American Geriatrics Society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons
AMDA	American Medical Directors Association
APS	Australian Pain Society
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
BGS	British Geriatrics Society
BISAD	Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz
BPI	Brief Pain Inventory
BPS	British Pain Society
CNPI	Checklist of Nonverbal Pain Indicators
DELBI	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
ECPA	Echelle comportemental de la douleur pour personnes âgées non communicantes
HCANJ	Health Care Association of New Jersey
IQCODE	Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly
InterRAI	International collaborative to improve the quality of life of vulnerable persons through a seamless comprehensive assessment system
MMSE	Mini-Mental State Examination
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MOBID	Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale
MPQ	McGill Pain Questionnaire
NOC	Nursing Outcomes Classification
NRS	Numerische Rangskala
OSiA	Optimiertes Schmerzmanagement in Altenpflegeheimen
PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicat
PAINAD-G	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale – German Version
PTHV	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
REPOS	Rotterdam Elderly Pain Observation Scale
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario
VAS	Visuelle Analog Skala
VERENSO	Vereniging van en voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Dutch Association of Elderly Care Physicians and Social Geriatricians)
VDS	Verbal Descriptor Scale
VRS	Verbal Rating-Scale / Verbale Rangskala
ZOPA	Zurich Observation Pain Assessment

Präambel

Schmerz stellt ein häufiges Problem in der älteren Bevölkerung dar. Sein Anteil wird bei in Einrichtungen der stationären Altenhilfe wohnenden Personen international mit bis zu 80% angegeben (Hadjistavropoulos et al. 2007, Takai et al. 2010, Osterbrink et al. 2012, Lukas et al. 2015). Der Anteil unbehandelter bzw. nicht adäquat schmerztherapeutisch versorgter Bewohnerinnen[1] wurde noch vor wenigen Jahren mit bis zu 50% angegeben (Morrison & Siu 2000, Pickering et al. 2006). Eine aktuelle Vergleichsstudie zum Schmerzmanagement zwischen deutschen und europäischen Einrichtungen der stationären Altenhilfe zeigt demgegenüber zwar eine erfreuliche Entwicklung, aber immer noch erhielt ein Drittel der deutschen gegenüber einem Viertel der europäischen Bewohnerinnen mit mittelstarken bis starken Schmerzen kein Analgetikum bzw. nur eine Bedarfsmedikation (Lukas et al. 2015). Die Gründe hierfür sind vielfältig. In der OSiA-Studie (Schreier et al. 2015) äußerten 68% der kognitiv kompetenten Bewohnerinnen, dass Schmerzen im Alter „einfach dazugehören". Über 40% gaben an, Schmerzen schon einmal verschwiegen zu haben, um der Pflegekraft nicht zur Last zu fallen (64%), aus Furcht vor Nebenwirkungen der Analgetika (27%), aus Angst vor Medikamentenabhängigkeit (16%) oder wegen einer fehlenden Bezugspflegekraft (18%).

Da ältere Menschen oftmals nicht über ihre Schmerzen sprechen (können), bleiben Schmerzen oft lange unerkannt, werden ungenügend behandelt und neigen zur Chronifizierung. Schmerzen werden oft auch von den Mitarbeitenden in den Einrichtungen nicht erkannt oder unterschätzt. Häufig werden aus den Schmerzäußerungen nicht die richtigen und konsequenten Folgerungen, hin zu einer adäquaten Schmerztherapie, gezogen. Mit fortschreitender kognitiver Einschränkung verschärft sich das Problem (Hadjistavropoulos et al. 2014). In der internationalen Literatur weisen ältere Befunde darauf hin, dass Menschen mit einem kognitiven Defizit signifikant weniger Schmerzmittel (sowohl der WHO-Stufe I als auch III) erhalten als Menschen mit vergleichbaren Verletzungen ohne kognitive Einschränkung (Morrison & Siu 2000, Pickering et al. 2006, Jensen-Dahm et al. 2016). In einem internationalen Review wurden Zahlen zur Prävalenz bei Menschen in der stationären Altenhilfe von bis zu 79,5% angegeben (Takai et al. 2010). Wurde Schmerz durch die Bewohnerinnen selber berichtet, lagen die Raten zwischen 60 und 70%. Wurde Schmerz durch eine Fremdeinschätzung beobachtet, oder bei kognitiv beeinträchtigen Bewohnerinnen, lagen die Angaben zwischen 40-60% (ebenda).

[1] In dieser Leitlinie wird für Bewohnerinnen und Bewohner in der vollstationären Altenhilfe durchgängig die weibliche Form gewählt, da Frauen in deutschen stationären Einrichtungen in der Mehrheit sind. Darüber hinaus werden möglichst geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen verwendet (z. B. Pflegende). Falls dies nicht möglich ist, wird der weiblichen Sprachform (z.B. Ärztin) der Vorzug gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in jedem Fall beide Geschlechter gemeint sind.

Diese Daten spiegeln den Anstieg der potenziell schmerzhaften Erkrankungen mit steigendem Alter wieder. Dabei führt eine inadäquate Schmerztherapie zu erheblichen Konsequenzen bei den Betroffenen. Nicht erkannte Schmerzen können zu einer Verschlechterung in den ADLs, zu einer Reduktion der Lebensqualität, zu Depression, Angst, Schlafstörung und zu einem Anstieg der Behandlungskosten führen (Hadjistavropoulos et al. 2007, Robinson 2007, Zanocchi et al. 2008, Torvik et al. 2010).

Grundvoraussetzung für eine gute Schmerztherapie ist das Erkennen und Bewerten von Schmerzen im Rahmen eines regelhaften Assessments, das durch standardisierte Assessmentinstrumente unterstützt werden kann. Dies gilt, wegen ihrer Häufigkeit, vor allem für Bewohnerinnen der stationären Altenhilfe.

Aus den genannten Gründen ist eine S3-Leitlinie, die sich mit dem Schmerzscreening, dem Schmerzassessment und der Verlaufskontrolle bei Schmerzen beschäftigt, von großer Bedeutung.

1. Inhalt und Zielsetzung der Leitlinie

Inhalt dieser evidenz- und konsensusbasierten S3-Leitlinie sind Aussagen zum Schmerzassessment älterer Menschen in der vollstationären Altenhilfe.

Das Ziel dieser Leitlinie ist die Optimierung der Schmerzerkennung bei Bewohnerinnen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Die Schmerzerkennung bildet ihrerseits die Voraussetzung für eine gezielte Schmerztherapie.
In der Leitlinie soll die wissenschaftliche Beweislage im Bereich des Schmerzassessments dargestellt, bewertet und für die Praxis so interpretiert werden, dass sie die klinische Entscheidungsfindung unterstützt. Dabei soll auch der Nutzen bzw. das Verbesserungspotential des Schmerzassessments für die Versorgungspraxis aufgezeigt werden. Die Leitlinie soll dazu beitragen, die Schmerzerkennung als Voraussetzung für eine gezielte Schmerztherapie bei Bewohnerinnen in Einrichtungen der vollstationären Altenhilfe, unabhängig von kognitiven Beeinträchtigungen, zu optimieren.

1.1 Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie

Adressaten der Leitlinie sind Personen, die ältere Menschen in der vollstationären Altenhilfe betreuen. Dazu zählen vor allem Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, die gemeinsam das multiprofessionelle Team bilden und deren Zusammenarbeit für die Umsetzung dieser Leitlinie und ein gelingendes Schmerzmanagement entscheidend ist. Für stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland besteht die Besonderheit darin, dass die Zusammensetzung dieses Teams wegen der freien Arzt- und Therapeutenwahl von Bewohnerin zu Bewohnerin wechseln kann. Die Bezugspflegeperson der Bewohnerin ist daher in jedem Fall von großer Bedeutung für die Koordination der multiprofessionellen Zusammenarbeit.
Bewohnerinnen der Altenhilfe können dabei entweder uneingeschränkt kommunikationsfähige oder in ihrer Kommunikation beeinträchtigte Menschen sowie Personen mit Demenz sein (Zwakhalen et al. 2007). Darüber hinaus soll die Leitlinie Informationen für Angehörige von Bewohnerinnen und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen bieten.

Die S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ ist, wie alle Leitlinien, keine Richtlinie und entbindet Personen, die Schmerzassessments durchführen, nicht davon, Entscheidungen unter Berücksichtigung der individuellen Umstände zu treffen. Dazu gehört im Bereich der Arbeit mit alten Menschen insbesondere die Berücksichtigung der konkreten Lebensphase. Insbesondere am Lebensende spielen für die gelingende symptomorientierte Pflege und Behandlung noch weitere Aspekte eine wichtige Rolle, die in dieser Leitlinie nicht abgebildet werden können.

Auch spezifische Erkrankungen, wie zum Beispiel Krebserkrankungen, können weitere differenzierte Vorgehensweisen erforderlich machen. In diesem Zusammenhang wird auf die Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2015) hingewiesen.

1.2 Entwicklung der Leitlinie

Entwickelt wurde die Leitlinie unter Federführung der Deutschen Schmerzgesellschaft. Das Verfahren folgte den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Entwicklung einer S3-Leitlinie und den Anforderungen des Deutschen Instrumentes zur methodischen Leitlinien-Bewertung DELBI.

Aus dem Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ sowie aus den Reihen der Delegierten der Leitlinie wurde zunächst eine Steuergruppe benannt. Aus dieser Steuergruppe gingen wiederum drei Arbeitsgruppen hervor, die sich an der Strukturierung des Assessmentprozesses anhand von Screening, Assessment und Verlaufserfassung orientierten (siehe Kapitel 2.2). Die Steuergruppe strukturierte den gesamten Entwicklungsprozess der Leitlinie. Pro Arbeitsgruppe identifizierte sie drei Kernfragen, anhand derer die Suche und Auswertung der Primärliteratur erfolgte. Weitere Fragen wurden anhand recherchierter Quellleitlinien bearbeitet. Die Steuergruppe überprüfte die Evidenz für die jeweiligen Fragen und erarbeitete daraus Vorschläge für die Leitlinienempfehlungen. In einem formalisierten Konsensusverfahren unter Moderation der AWMF (Dr. Monika Nothacker) wurden die Empfehlungen, inklusive der Empfehlungsgrade, durch alle am Konsensusprozess Beteiligten diskutiert und konsentiert. Am formalisierten Konsensusverfahren waren alle oben genannten Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen mit jeweils einer Stimme stimmberechtigt. Details der einzelnen Schritte sind im Leitlinienmethodenbericht dargelegt.

1.3 Methodik der Leitlinie

Die Methodik der Leitlinienerstellung wird in einem gesonderten Leitlinienreport ausgewiesen und ist auf der Homepage der AWMF unter http://www.awmf.org/ abrufbar. Die Erklärungen zu den etwaigen Interessenskonflikten sind im Methodenreport enthalten.

Die Aktualisierung der Leitlinie ist spätestens für 2022 vorgesehen. Um ggf. kurzfristig erforderlich werdende Anpassungen aufgreifen zu können, werden regelhafte Aktualisierungen der Literaturrecherche durch die Koordinatorin und den Koordinator vorgenommen und bei Bedarf partielle Aktualisierungen initiiert.

2. Theoretischer Bezugsrahmen

In diesem Kapitel werden die Ziele des Schmerzassessments beschrieben und Definitionen zu den benutzten Begriffen gegeben.

2.1 Ziele und Gegenstand des Schmerzassessments

Gegenstand dieser Leitlinie ist das Schmerzassessment bei älteren Menschen. Laut Melzack und Katz (2013: 301) dient das Schmerzassessment dazu, „die Intensität, die wahrgenommene Schmerzqualität und den zeitlichen Verlauf des Schmerzes“ zu bestimmen. In klinischer Hinsicht dient es dazu (a.a.O.):

- „die Schmerzstärke, Schmerzqualität und Schmerzdauer zu bestimmen,
- die Diagnosestellung zu unterstützen,
- die Auswahl einer geeigneten Therapie zu befördern,
- die relative Effektivität verschiedener Therapien zu beurteilen.“

Turk & Melzack (2011: 6) schreiben, dass das Schmerzassessment aus klinischer Perspektive unter anderem dazu dient

- „eine Differentialdiagnose zu stellen,
- die Reaktion auf eine Behandlung vorherzusagen,
- die Schmerzcharakteristika und die Auswirkungen des Schmerzes auf das Leben des Patienten zu bestimmen,
- den Grad einer Behinderung und die Einschränkungen der körperlichen Fähigkeiten zu ermitteln,
- den Fortschritt nach dem Beginn einer Behandlung zu überwachen
- und die Wirksamkeit einer Behandlung sowie die Notwendigkeit der Fortsetzung oder Veränderung einer Behandlung zu evaluieren.“

Das Schmerzassessment nimmt daher eine Schlüsselstellung für den Erfolg des gesamten Schmerzmanagements ein. Ohne fundiertes Schmerzassessment fehlt eine Grundlage für die Diagnosestellung, vor allem aber auch für die Auswahl geeigneter Interventionen und für die Bewertung, inwieweit das Schmerzmanagement erfolgreich ist.

Jensen und Karol (2011) benennen vier wichtige Dimensionen, die das Schmerzassessment bei fast allen Patienten berücksichtigen sollte:

- Schmerzintensität
- Schmerzaffekt
- Schmerzqualität
- Schmerzlokalisation

In dieser Leitlinie wird daher dargestellt, wie diese vier Dimensionen im Rahmen des Assessments zu berücksichtigen sind, um die dargestellten Zielsetzungen zu erreichen. Im Mittelpunkt steht dabei die praktische, bewohnerinnenbezogene Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

2.2 Assessment – eine Begriffsbestimmung

Der Begriff des Assessments wird im Rahmen dieser Leitlinie in der international gebräuchlichen, umfassenden Art und Weise, berufsgruppenübergreifend und entsprechend der folgenden Definitionen und konzeptionellen Beschreibungen verwendet.

Reuschenbach (2011: 31) definiert in seiner Übersichtsarbeit Assessment in Bezug auf die Pflege wie folgt:

> „Pflegeassessment bezeichnet jede Form der deliberativen und intentionalen Einschätzung pflegerischer Phänomene und Konzepte. Hierzu zählt auch die Nutzung strukturierter Beobachtungs- und Abklärungsinstrumente (Fragebögen, Skalen, Testes, Interview-Leitfäden). Diese werden als Pflegeassessmentinstrumente oder Pflegeassessmentverfahren bezeichnet und stellen eine Konkretisierung des Pflegeassessments dar."

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord 2009: o. S.) definiert als Assessment

> „die standardisierte und dokumentierte Einschätzung des gesamten gesundheitlichen Status."

Als Assessment wird demnach, anders als es zum Teil im deutschsprachigen Raum üblich ist, nicht nur ein Instrument (Fragebogen, Skala, Test etc.) bezeichnet, sondern der gesamte Prozess der dazu dient, die Situation des Patienten im weitesten Sinne, beispielsweise auch einschließlich nicht-standardisierter Beobachtungen oder Befragungen, zu erfassen. Assessments können sich sowohl auf körperliche als auch auf psychologische oder soziale Aspekte (vgl. Reuschenbach 2011) bzw. auf die „körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte [...] auf den Ebenen von Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe" beziehen (Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord 2009: o. S.). In Abgrenzung dazu meint der Begriff der Anamnese lediglich das professionelle Erfragen von medizinisch potenziell relevanten Informationen durch Ärzte, Pflegekräfte oder Therapeuten. Informationen aus der Anamnese können in das Assessment einfließen, eine Anamnese alleine ist aber noch kein Assessment (Seiderer-Nack & Sternfeld 2012).

Assessments sollen insbesondere dazu dienen, eine Entscheidung über die weitere Versorgung zu treffen, wie beispielsweise Tesio (2007) für die rehabilitative Medizin betont.

Tesio (2007: 516) beschreibt ein Assessment für die Physiotherapie auch als „Entscheidungsprozess, bei dem eine abschließende Entscheidung auf der Basis vorhergehender Einzelentscheidungen getroffen wird, die sich auf das Zusammenspiel von Messungen und Klassifikationen beziehen." Eine Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten sei im Rahmen eines Assessments nicht zwingend erforderlich, aber möglich. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (2009: o.S.) benennt als Zielsetzung unter anderem „die standardisierte Erfassung von Fähigkeiten und Beeinträchtigungen als Grundlage eines therapeutisch-rehabilitativen Gesamtkonzeptes, des zielgerichteten Einsatzes des therapeutisch-rehabilitativen Teams und der Evaluation und Verlaufskontrolle der therapeutisch-rehabilitativen Interventionen." Das Assessment ist als Teil der Diagnostik anzusehen, wobei die eigentliche Diagnosestellung ein vom Assessment unabhängiges Geschehen mit abweichender Zielsetzung ist (vgl. Schrems 2003, Reuschenbach & Mahler 2011). Im Bereich des Schmerzmanagements ist es jedoch nicht vorstellbar, dass eine begründete Diagnose gestellt werden kann, ohne dass zuvor ein entsprechendes Assessment stattgefunden hat.

Der Gesamtprozess des Assessment lässt sich weiter untergliedern und strukturieren. Wilkinson (2007, 2012) unterteilt in ein initiales Assessment, ein spezielles Assessment und ein fortlaufendes Assessment. Dabei stellt das initiale Assessment die fundamentale Informationssammlung dar, die in aller Breite darauf abzielt, relevante Phänomene oder Probleme zu erkennen. Eine Vertiefung einzelner Bereiche erfolgt nicht. Es wird lediglich festgestellt, dass in einem bestimmten Bereich weiterer Vertiefungsbedarf besteht. Diesem Vertiefungsbedarf wird mittels eines speziellen Assessments nachgegangen. Dieses spezielle Assessment bedient sich dazu oftmals auch spezifischer Assessmentinstrumente. Das Verlaufsassessment schließlich hat zum Ziel, den weiteren Verlauf eines Phänomens zu überwachen, aber auch den Erfolg oder Misserfolg eines Vorgehens zu bewerten.

Diese konzeptionelle Gliederung des gesamten Assessmentprozesses ist auch in anderen Professionen und Zusammenhängen üblich, wobei zum Teil andere Begriffe Verwendung finden. Im Sinne einer einheitlichen und übergreifend verständlichen Terminologie verwendet diese Leitlinie eine Unterteilung anhand folgender Begriffe:

- Screening
- Assessment
- Verlaufserfassung

Diese Begriffe werden nachfolgend genauer erläutert.

2.2.1 Screening

Das Screening ist im Sinne von Wilkinson (2007) oder Alfaro-Lefevre (2014) Bestandteil des initialen (Basis-) Assessments. Auch Lipschick, von Feldt, Frame et al. (2009) beschreiben, dass ein Screening im ärztlichen Bereich dazu dient, Patienten mit einem bestimmten Problem innerhalb einer Risikogruppe zu identifizieren. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (2009: o.S.) vertritt die Auffassung, dass ein Screening dazu dient „Auffälligkeiten und Risiken, welche ein spezielles Vorgehen erfordern“ zu erfassen und trennt das Basisassessment davon ab. Im epidemiologischen Sinne werden Screenings dann angewandt, wenn eine Vortestwahrscheinlichkeit nahelegt, dass mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit mit dem Auftreten eines bestimmten zu erkennenden Phänomens zu rechnen ist. Es soll also nur in Risikogruppen erfolgen (Raffle & Gray 2009).
Die Ergebnisse des Screenings bilden eine initiale Problemliste (Wilkinson 2012) oder eine Datenbasis (Alfaro-LeFevre 2014), die einer weiteren Bearbeitung harrt. Im Bereich der Ergotherapie ist das Screening implizit Bestandteil der Erstellung eines Occupational Profiles, wie die American Occupational Therapy Association (2014) es beschreibt.

Ähnlich verhält es sich in der Physiotherapie. Hier erfolgt das Screening mit dem Ziel, in physiotherapeutisch behandelbare und nicht-behandelbare Symptome zu unterscheiden. Anhand des Screenings wird abgegrenzt, ob der neue Symptombereich zu der bekannten Pathologie gehört und unter der bestehenden Verordnung mit behandelt werden kann, oder ob es sich um ein zusätzliches Krankheitsbild handelt und eine weitere Verordnung benötigt wird (Lüdtke 2015).

Für diese Leitlinie wird unter Screening eine dichotome Unterscheidung zwischen vorhandenem Schmerz oder der Freiheit von Schmerz verstanden. So dient das Screening nur der Detektion/Erkennung von Schmerz. Ein Schmerzscreening findet in folgenden Situationen Anwendung:

- Es ist nichts über den Schmerz der Bewohnerin bekannt
- Bisher und bei vorherigen Screenings zeigte sich kein Schmerz bei der Bewohnerin
- Die Bewohnerin war längere Zeit schmerzfrei

Bei welchen Bewohnerinnen eine entsprechende Vortestwahrscheinlichkeit („Risiko“) besteht, die die Anwendung des Screenings rechtfertigt, wird in der Leitlinie bestimmt. Wenn Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme erkannt werden, wird dies als *positives Screening* oder *positives Screeningergebnis* bezeichnet. Ein positives Ergebnis führt zur Durchführung eines vertieften Assessment.

2.2.2 Assessment

Im Sinne der Unterscheidung nach Wilkinson (2007, 2012) ist bei den in dieser Leitlinie formulierten Empfehlungen für den Bereich Assessment insbesondere das spezielle Assessment gemeint, in dessen Rahmen oftmals auch spezifische Einschätzungsinstrumente (Assessmentinstrumente) zum Einsatz kommen. In der Literatur wird synonym auch der Begriff Fokusassessment (Alfaro-LeFevre 2014) verwendet. Dieses vertiefte Assessment konzentriert sich in der Regel auf bereits erkannte Problembereiche (Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord 2009) und erfasst die Daten, die später den Vergleichspunkt für die Evaluation der Interventionen bilden (Wilkinson 2012).

In der Ergotherapie erfolgt nach der Erstellung eines „Occupational Profile“ die genauere Analyse der Fähigkeiten und Therapiebedarf eines Patienten unter Verwendung entsprechender Assessmentinstrumente (American Occupational Therapy Association 2014). Auch in der Physiotherapie wird an Hand des „Clinical Reasoning-Prozesses“ ein Profil der Patientin ausgearbeitet. Das multidimensionale Assessment samt funktioneller Tests und körperlicher Untersuchung soll Auskunft über körperliche, funktionelle, psychische und soziale Probleme geben. Wichtig ist vor allem die Aufstellung einer Hypothese bezüglich der aktuellen Gewebe- und Schmerzmechanismen, um einen adäquaten Behandlungsplan erstellen zu können (Gifford 1998, Egan-Moog 2013).
Daraus ergibt sich, dass einem vertieften Assessment in aller Regel ein positives Screeningergebnis vorausgeht. Das vertiefte Schmerzassessment dient der differenzierten Erfassung und Beschreibung von Schmerzen in den oben genannten Dimensionen und ist damit die Grundlage für die Diagnosestellung und Interventionsplanung aller am Schmerzmanagement beteiligten Berufsgruppen.

2.2.3 Verlaufserfassung

Wilkinson (2007) und Alfaro-Lefevre (2014) nutzen für die Verlaufserfassung den Begriff fortlaufendes Assessment. Alfaro-Lefevre (2014: 143) nutzt außerdem den Begriff „Überwachung“ und stellt heraus, dass die Reaktion der Patientin auf jegliche Intervention sowohl hinsichtlich unerwünschter wie auch erwünschter Wirkungen überwacht werden muss. Sie betont insbesondere auch, dass die ständige Verlaufserfassung dazu dient, Sicherheit für die Patientin herzustellen, indem Fehler oder Unterlassungen erkannt und möglichst vermieden werden (Alfaro-LeFevre 2014: 168). Die Verlaufserfassung findet demnach statt, wenn die grundlegende Datensammlung durch Screening und vertieftes Assessment abgeschlossen ist (Wilkinson 2007, 2012). Sie dient dazu, „neue Probleme zu erkennen und den Status bekannter Probleme zu evaluieren“ (Wilkinson 2012: 74).

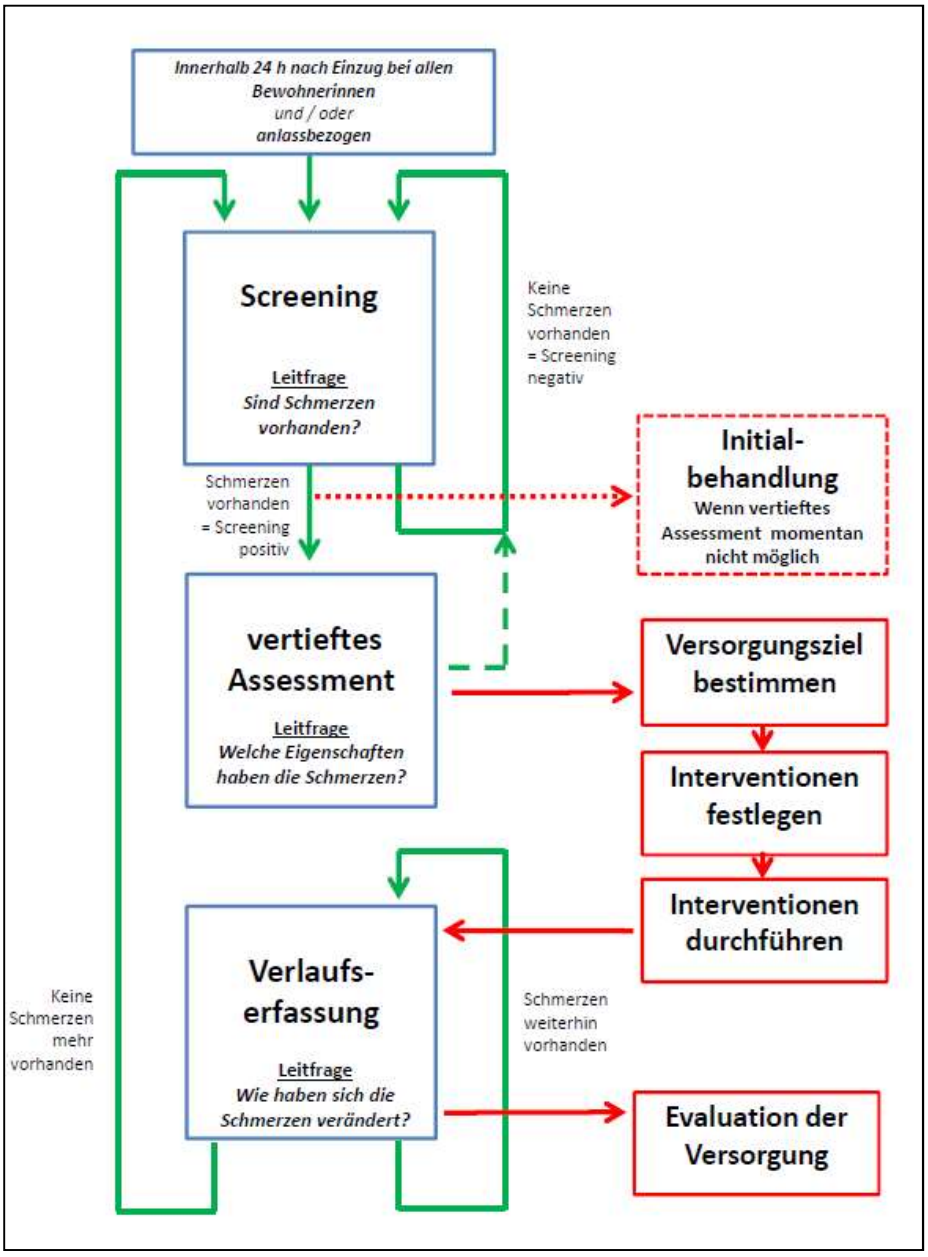
Im Bereich der Ergotherapie wird die Verlaufserfassung insbesondere auf die Bewertung der bisherigen Zielerreichung bezogen, mit dem Ziel die Interventionen anzupassen (American Occupational Therapy Association 2014). Diese Funktion der Verlaufserfassung wird auch für die Physiotherapie hervorgehoben (Hendriks et al. 2000).
Für diese Leitlinie bedeutet das, dass sich Empfehlungen zur Verlaufserfassung nur auf Bewohnerinnen beziehen, bei denen zuvor Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme festgestellt wurden und bei denen ein vertieftes Assessment durchgeführt wurde. Die Verlaufserfassung dient der wiederholten Erfassung und Beschreibung von Schmerzen und ermöglicht es, den Verlauf des Schmerzmanagements zu bewerten. Sie wird auch zur abschließenden Bewertung einer Schmerzbehandlung (Evaluation) genutzt. Eine Verlaufserfassung findet in folgenden Situationen Anwendung:

- während einer Schmerztherapie bis zu ihrem Abschluss
- während einer bestehenden Schmerzsymptomatik auch ohne Schmerztherapie.

2.3 Schmerzassessment als Prozess

Die hier vorgestellte Unterteilung in Screening, vertieftes Assessment und Verlaufserfassung dient vor allem der Strukturierung im Rahmen der Leitlinie. Sie ist auch sinnvoll, um insbesondere Lernenden im Bereich der Gesundheitsversorgung Orientierung und Sicherheit im Vorgehen zu geben. In der Praxis sind die Abgrenzung und insbesondere die Abfolge der Phasen mitunter schwieriger zu erkennen bzw. einzuhalten. Einen Überblick über den Zusammenhang der einzelnen Schritte ist in der nachfolgenden Grafik dargestellt (Abb. 1).

Abbildung 1 Ablauf des Schmerzassessments (Steuergruppe – eigene Grafik 2016)



Auch der genaue Zusammenhang zwischen Assessment und Diagnostik ist konzeptionell nicht eindeutig geklärt. Reuschenbach und Mahler (2011) sehen das Assessment als Teil des diagnostischen Prozesses, jedoch getrennt von der Diagnosestellung. Lipschik et al. (2009) unterscheiden für den ärztlichen Bereich weniger trennscharf. Alfaro-LeFevre (2014) verweist darauf, dass sich die Schritte Assessment und Diagnostik stark aufeinander beziehen.

Klar ist, dass die Gesamtheit des Assessments mit den hier beschriebenen drei Phasen als zyklischer Prozess anzusehen ist, bei dem die Phasen aufeinander aufbauen (Hendriks et al. 2000, Lipschick et al. 2009, Reuschenbach 2011, American Occupational Therapy Association 2014).

Dabei kann es – abhängig von der individuellen Bewohnerin und ihrer Situation – vorkommen, dass einzelne Phasen übersprungen werden, der Prozess verkürzt wird (vgl. Hendriks et al. 2000) oder dass Rückbezuge hergestellt werden müssen, um neuen diagnostischen Hypothesen nachzugehen (Lipschick et al. 2009, Wilkinson 2012, American Occupational Therapy Association 2014).

3. Empfehlungen der Leitlinie

Die Empfehlungen der Leitlinie werden in fünf Unterkapiteln dargestellt. Vorangestellt werden allgemeingültige Empfehlungen zum Deutungskontext sowie zum Schmerzassessment und zur kognitiven Beeinträchtigung. Daran anschließend folgen Empfehlungen zum Screening, zum Assessment und zur Verlaufserfassung des Schmerzes.

Die einzelnen Empfehlungen werden in dieser Leitlinie wie folgt klassifiziert (Sirsch et al. 2012):

Tabelle 1 Empfehlungsstärken

Empfehlungstärke	Symbol zur Empfehlungsstärke	Formulierung im Text
Starke Empfehlung für eine Maßnahme	↑↑	…soll…
Empfehlung für eine Maßnahme	↑	…sollte…
Offene Empfehlung	↔	…kann…
Empfehlung gegen eine Maßnahme	↓	…sollte nicht…
Starke Empfehlung gegen eine Maßnahme	↓↓	…soll nicht…

Der Grad der Evidenz wird für jede ausgewertete Quellleitlinie entsprechend der dort vorgenommenen Klassifizierung ausgewiesen; Primärquellen werden, wie im Methodenpapier beschrieben (Sirsch et al. 2012), einzeln mit vier unterschiedlichen Graden der Evidenz ausgewiesen:

- hohe,
- mittlere,
- geringe oder
- sehr geringe Evidenz.

3.1 Deutungskontext von Schmerz

Unter Bewohnerinnen von stationären Altenhilfeeinrichtungen ist die Variabilität kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten groß. Kognition und Kommunikationsfähigkeit beeinflussen die valide Auskunft zum Vorhandensein von Schmerzen. Das Vorgehen des Schmerzscreenings wird dadurch wesentlich beeinflusst. So ist es notwendig, vor einem Screening eine Einschätzung dieser Fähigkeiten vorzunehmen und weitere Einflussfaktoren zu prüfen. Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten (z.B. Hörminderung) ohne kognitive Beeinträchtigung können durch Hilfsmittel (z.B. Hörgerät) kompensiert werden. Bei kognitiver Beeinträchtigung ist dies meist schwieriger und meist mit Informationsverlust verbunden.

Empfehlung 1: Die Prägungen und Überzeugungen von Bewohnerinnen und deren Angehörigen, z.B. kulturell, ethnisch und spirituell, sollten bei der Interpretation des Schmerzassessments berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AGS 2002 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --[2]	

Empfehlung 1: Prägungen und Überzeugungen Bewohnerinnen

Empfehlung 2: Die Prägungen und Überzeugungen, z.B. kulturell, ethnisch und spirituell, von Mitgliedern des multiprofessionellen Teams sollten bei der Interpretation des Schmerzassessments als mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AGS 2002 (Grad der Evidenz: Level VI) Horgas & Yoon 2008 (Grad der Evidenz: sehr gering) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 2: Prägungen und Überzeugungen Team

Das Schmerzscreening und -assessment sowie die Verlaufserfassung sollten die Kultur, die Ethnizität, die Wertvorstellungen und die spirituellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen berücksichtigen. So sollten Präferenzen, Erwartungen, Glaube und Mythen der Bewohnerinnen aktiv vom Team in Erfahrung gebracht werden (RNAO 2002, 2007).

[2] Das Zeichen (- -) bedeutet, dass für die jeweilige Empfehlung keine Primärliteratur vorliegt

Sie können für Bewohnerinnen und ihre Angehörigen Barrieren beim Schmerzscreening, beim Schmerzassessment wie auch beim Schmerzverlauf darstellen (AGS 2002). Ältere Personen sprechen im Vergleich zu jüngeren Personen zurückhaltender über ihren Schmerz. Viele ältere Bewohnerinnen sind wegen ihrer Schmerzen resigniert und ambivalent gegenüber den Vorteilen einer Schmerzlinderung und den Nachteilen einer Schmerzbehandlung. Sie haben Angst, als Klagende angesehen zu werden. Zudem wollen sie ihren Angehörigen oder dem Personal nicht zur Last fallen, zumal sie häufig unterstellen, dass das Personal zu beschäftigt sei (BPS & BGS 2007). All dies sind Gründe, weshalb Bewohnerinnen zögern, ihre Schmerzen zum Ausdruck zu bringen.

Qualitative Studien, die die Perspektiven des Personals untersuchten, konnten zeigen, dass das Personal ältere Personen mit Schmerzen als eine heterogene Gruppe betrachtet. Einige Bewohnerinnen stellen ihren Schmerz übertrieben dar, andere halten ihn ohne zu klagen aus (BPS & BGS 2007). Bewohnerinnen und Gesundheitspersonal haben persönliche Ansichten, Erfahrungen, (zu wenig) Kenntnisse über Möglichkeiten des Schmerzmanagements, die eine gute Behandlung von Schmerzen behindern. Diese Aspekte müssen berücksichtigt werden, bevor optimale Schmerzlinderung erreicht werden kann (AGS 2002, Horgas & Yoon, 2008).

Folgende Aspekte können auf Schmerzscreening, -assessment und -verlaufserfassung Einfluss nehmen:

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Bewohnerinnen

- Dementielles Syndrom
- Delir
- Intelligenzminderung
- Dysphasie – Aphasie
- Dysarthrie – Anarthrie
- Hypakusis – Anakusis
- Visusminderung – Amaurosis

Sozialer Kontext der Bewohnerinnen

- Niveau der Ausbildung
- Kulturelle, ethnische Herkunft
- Schmerz ist ein Teil des Älterwerdens
- Sprache und Haltung

Annahmen der Bewohnerinnen

- Sie haben Angst, dass Schmerz ein Zeichen für Verschlechterung einer Krankheit ist
- Sie wollen nicht als „Klagende“ angesehen werden
- Sie haben Angst, Ärztinnen könnten die Erkrankung nicht mehr ernst nehmen
- Chronischer Schmerz verändert sich nicht
- Sie haben Angst, von Schmerzmitteln abhängig zu werden
- Von Schmerzen zu berichten, reduziert die Unabhängigkeit

Aspekte aus dem Bereich der Versorgenden:

- Die Annahme, zu wenig Zeit für eine adäquate Schmerzerfassung zu haben
- Ansichten und Haltungen können die von den Mitarbeitenden angebotenen schmerzreduzierenden Maßnahmen beeinflussen
- Pflegende werden mehr von den extern sichtbaren Zeichen/Schmerzerfassungen als von ihren eigenen Aussagen beeinflusst

3.2 Schmerzassessment und kognitive Beeinträchtigung

Kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen äußern seltener ihren Schmerz als Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen (BPS & BGS 2007). Außerdem zeigen sie möglicherweise weniger physiologische Zeichen, ihr Verhalten und ihre Mimik sind nur schwer zu interpretieren (Herr et al. 2006).

Empfehlung 3: Der kognitive Zustand und Bewusstseinsstatus der Bewohnerinnen sollte vor einem Schmerzassessment ermittelt und berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa-Va, Empfehlungsstärke: B) Horgas & Yoon 2008 (Grad der Evidenz: Level I)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 3: Bewusstseinsstatus ermitteln

Empfehlung 4: Zur Einschätzung der Auskunftsfähigkeit zu Schmerz sollte ein standardisiertes Instrument herangezogen werden.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIa-V, Empfehlungsstärke: B-C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 4: Definition der Auskunftsfähigkeit

Zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit sollte eine Einschätzung mit reliablen Instrumenten erfolgen (Herr et al. 2006: 18). Hierfür kann der Mini-Mental-Status-Test (Mini-Mental State Examination, MMSE) nach Folstein eingesetzt werden. Bei unauffälligem MMSE kann die Patientin als „uneingeschränkt auskunftsfähig" angesehen werden. Der MMSE ist das kognitive Screening-Instrument mit der besten Testgüte und ist auch in der vollstationären Altenhilfe weit verbreitet (VERENSO 2011: 28, Hadjistavropoulos et al. 2010: 106, Hadjistavropoulos 2007: 8, Herr et al. 2006: 18). Als Grenzwert für die „Nicht-Auskunftsfähigkeit" wird ein Wert von unter 10-12 Punkten angenommen (VERENSO 2011: 28, Ferrell et al. 1995). Als valide auskunftsfähig gelten Menschen mit einem MMSE von 18 und mehr Punkten (VERENSO 2011: 28).

Das Ergebnis des MMSE kann durch Bildung beeinflusst werden. Psychische und somatische Erkrankungen (inkl. Schmerz, Delir), aber auch die Umgebung (Umgebungsveränderung) können das Ergebnis negativ beeinflussen. Diese Faktoren müssen bei der Wahl des Erhebungszeitpunkts wie auch bei einer Wiederholung und bei der Interpretation des Ergebnisses berücksichtigt werden. Eine akute Erkrankung der Testperson oder der Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung sind deshalb Phasen, die das Ergebnis des MMSE negativ beeinflussen können (Hadjistavropoulos et al. 2010).

Alternativen zum MMSE, allerdings mit geringerer Güte, sind beispielsweise der „Six-Item Mental Status Screener" oder das „Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)" (Herr et al. 2006: 67).

Zur Erfassung eines Delirs wird die Confusion Assessment Method empfohlen (ebenda). Zudem können Angehörige und Pflegende wichtige Informationen zur Auskunftsfähigkeit geben (Hadjistavropoulos et al. 2007: 8, Herr et al. 2006: 19). Solange Bewohnerinnen zum Vorhandensein von Schmerzen Auskunft geben können, sollten diese Auskünfte unabhängig von den kognitiven Fähigkeiten und den Ergebnissen des kognitiven Screenings als valide angesehen werden (BPS & BGS 2007: 18).

Empfehlung 5: Die Auswirkungen von Erkrankungen, die die Auskunftsfähigkeit der Bewohnerinnen zu Schmerzen beeinflussen, sollen beim Assessment berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IV-b) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: II, Empfehlungsstärke: A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 5: Auswirkungen von Erkrankungen auf die Auskunftsfähigkeit

Zu den häufigsten Erkrankungen bzw. Syndromen, die eine Auskunftsfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigen können, zählen:

- Demenz- und Parkinson-Syndrom
- Multiple Sklerose
- Depression
- Angststörungen
- Schlaganfall
- Delir
- Erkrankungen, die das Sehen, Hören und Sprechen (Dysphasie, Dysarthrie, Aphasie) verschlechtern (AGS 2002: 210, APS, 2005: 205, BPS & BGS 2007: 4)

So haben ältere Menschen mit diesen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko, ein unangemessenes Schmerzmanagement zu erfahren (Herr et al. 2006: 4).

Diese Erkrankungen führen zu atypischer Präsentation des Schmerzes. Das Erkennen von Schmerzen und die Einschätzung der Relevanz von Schmerzen bei Bewohnerinnen kann dadurch erschwert werden (AMDA 2012: 4, APS 2005: 2).

Empfehlung 6: Für die aktuelle Einschätzung der Auskunftsfähigkeit bei Bewohnerinnen mit kognitiver Beeinträchtigung sollte kein retrospektiver Zeitraum berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↓
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIa-IVa, Empfehlungsstärke: B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 6: Aktuelle Einschätzung der Auskunftsfähigkeit

Da sich die Auskunftsfähigkeit durch akute oder durch Fluktuationen chronischer Erkrankungen verändern kann, ist es sinnvoll, die Auskunftsfähigkeit auch im Verlauf zu überprüfen. Ein typisches Beispiel für ein gewöhnlich akut beginnendes Krankheitsbild mit stark wechselndem Verlauf ist das Delir. Ein Delir dauert in der Regel wenige Tage bis Wochen an, längstenfalls aber bis zu 6 Monate. Aus diesem Grund gilt die Empfehlung, die Auskunftsfähigkeit nach spätestens sechs Monaten bzw. nach Abklingen akuter Erkrankungen erneut zu überprüfen. Dies ist insbesondere relevant, weil bei Demenzen progrediente Verschlechterungen zu erwarten sind, aber auch, weil die Kompetenzen, etwa bei Vaskulären Demenzen, flukturieren können. Bei Deliren kann die Fähigkeit zur Selbstauskunft stark schwanken und sich innerhalb kürzester Zeit verändern. Anders als bei Demenzen kann es bei Deliren zu einer Wiederherstellung der Selbstauskunft kommen, wenn das Delir abgeklungen ist.
Besteht nach dem empfohlenen Zeitintervall die Nicht-Auskunftsfähigkeit bei Bewohnerinnen fort, ist eine Verbesserung über die Zeit nicht zu erwarten. In diesem Fall ist eine erneute Prüfung der Auskunftsfähigkeit nicht zu empfehlen. Dies spart auch Ressourcen (Herr et al. 2006: 19).

3.3 Screening von Schmerz

Im Rahmen der hier vorgelegten Leitlinie wird für das Screening von Schmerzen eine dichotome Identifizierung (Schmerz ja/nein) empfohlen.

Ob Schmerz behandlungsnotwendig, dauerhaft vorhanden (chronisch/persistierend) oder akut aufgetreten ist, sollte durch ein vertieftes Schmerzassessment erhoben werden, das auf das Screening folgt. Diesem Schmerzassessment obliegt auch die Erhebung der Schmerzintensität bei vorhandenem Schmerz.

3.3.1 Screening von Schmerz – Ziel

In deutschen Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist die Prävalenz mit 33% bzw. 69% (n=74 bzw. n=103) in Abhängigkeit des benutzten Schmerzassessments hoch (Osterbrink et al. 2012). In einer europäischen Vergleichsstudie litten 15,9% (n=39) der deutschen Bewohnerinnen an 1-2 Tagen innerhalb der letzten drei Tagen an Schmerzen (Lukas et al. 2015). Ob diese Gruppe einen Behandlungswunsch hat oder ob dies den Pflegenden und Ärztinnen bereits bekannt ist, ist bisher nicht ausreichend untersucht. Zudem ist unklar, ob und welchen Nutzen eine neu eingeleitete oder intensivere Schmerzbehandlung für diese Bewohnerinnen auch in Abwägung möglicher Risiken (unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Stürze etc.) hat.

Empfehlung 7: Ein Screening soll nur das Vorhandensein oder nicht Vorhandensein von Schmerzen erfassen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Grad der Evidenz: Konsens der LL Steuergruppe	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 7: Screening auf das Vorhandensein von Schmerzen

Aussagen zum Nutzen eines Screenings von Schmerzen können anhand der bisherigen Literatur nicht umfänglich getroffen werden. Die Bedeutung eines Screenings für die Schmerzreduktion wie auch für eine möglichst gute funktionelle Kompetenz, Partizipation, Teilhabe und Lebensqualität ist bisher nicht ausreichend untersucht. Regelmäßiges standardisiertes Fragen nach Schmerzen bzw. das Beobachten von Schmerzverhalten mit einer entsprechender Dokumentation kann helfen, Hemmnisse bei der Umsetzung einer ausreichenden Schmerztherapie zu beseitigen (Kaasalainen et al. 2012).

Hemmnisse sind beispielsweise:

- Bewohnerinnen haben das Gefühl, ihre Schmerzen seien nicht so bedeutend
- Bewohnerinnen glauben, dass Schmerzen zum Altern gehören
- Bewohnerinnen befürchten, als „Nörgler“ abgestempelt zu werden
- Bewohnerinnen vermuten, dass Klagen über Schmerzen nicht beachtet werden
- Ärzte glauben den „subjektiven“ Aussagen einzelner Pflegepersonen nicht.

Häufiger Wechsel des Personals erschwert das Schmerzassessment und damit auch das Schmerzmanagement. Hier hilft ein Schmerzprotokoll, in dem auch das Screening enthalten ist. Seine Einführung zeigte bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung positive Auswirkungen. Durch regelmäßiges und standardisiertes Screening bzw. durch wiederkehrende Fragen nach Schmerz bauten die Bewohnerinnen Vertrauen gegenüber den Versorgenden auf. Zudem verbesserte sich die Schmerzwahrnehmung bei den Versorgenden (Pflege, Medizin, Therapie). Das führte zu einer Zunahme der schmerztherapeutischen Medikamentengabe (Alexander et al. 2005). Erst durch das „Aufmerksam werden“ auf einen möglichen Schmerz und durch ein weiterführendes Schmerzassessment kann der Nutzen und das Risiko einer Schmerzbehandlung mit der Bewohnerin besprochen werden (Alexander et al. 2005, Herr et al. 2006).

Empfehlung 8: Ein anlassbezogenes Screening soll durchgeführt werden, z.B. beim Auftreten von ungewöhnlichem Verhalten, Veränderung der Vitalzeichen, veränderten Verhaltensmerkmalen und/oder schmerz- und altersbezogenen Erkrankungen.	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AGS 2002 (Grad der Evidenz: II, Empfehlungsstärke: A) AMDA 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa-IVb, Empfehlungsstärke: B) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: Iva-Vb/ Empfehlungsstärke: D) McLennon & Titler 2005 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsenes)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 8: Anlassbezogenes Screening

Bei älteren Menschen, insbesondere mit fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen, werden u.a. Schmerzen als Auslöser für ungewöhnliches/herausforderndes Verhalten angesehen. Hier ist die Durchführung eines Schmerzscreenings empfohlen (AGS 2002: 210, AMDA 2012: 3). Veränderungen beim Essen und Trinken, bei Wach- und Schlafphasen, bei Aktivitäten wie insbesondere dem Gehen, bei kognitiven Verschlechterungen, insbesondere wenn sie rasch auftreten, sind bei älteren Menschen neben mimischen und verbalen Verhaltensmerkmalen mögliche Hinweise auf ein Schmerzerleben. Für weitere Screeningkriterien bei älteren Menschen sei an dieser Stelle auf die Leitliniensynopse und die Ausführungen von McLennon (2005: 5) verwiesen.

Auch Veränderungen von Vitalzeichen wie Atmung, Puls, Blutdruck und Temperatur können auf Schmerz hinweisen (RNAO 2002, 2007, Hadjistavropoulos et al. 2007). Allerdings bedeuten fehlende Veränderungen der Vitalzeichen nicht zwingend die Abwesenheit von Schmerz (Herr et al. 2006).

Neben den oben erwähnten verhaltensbezogenen Hinweisen können Erkrankungen, die Schmerz verursachen können, Anlass für die Durchführung eines Screenings mit standardisierten, validen und reliablen Einschätzungsinstrumenten sein (AMDA 2012). Hier kommen neben den chronischen Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskuloskelettale Veränderungen, Polyneuropathien, Depression) auch akute Erkrankungen wie z.B. Frakturen, Infektionen, metabolische Entgleisungen, Obstipation in Betracht (ADMA 2012: 3, Herr et al. 2006: 19, McLennon, 2005: 5). In einer Übersicht von Swafford et al. (2009) werden Qualitätsverbesserungsprojekte zum gesamten pflegerischen Schmerzmanagement analysiert. Durch den systematischen Einsatz von Schmerzerfassungsinstrumenten wurden schmerzhafte Zustände identifiziert. Entsprechende schmerztherapeutische Interventionen konnten eingeleitet werden (Swafford et al. 2009). Kontrollierte Untersuchungen zum Nutzen eines Screenings existieren allerdings bisher nicht.

Nahezu alle eingeschlossenen Leitlinien empfehlen bei Bewohnerinnen in der stationären Altenhilfe ein nicht anlassbezogenes Screening von Schmerzen, insbesondere wenn kognitive Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) vorliegen. Begründet wird die Empfehlung mit der hohen Prävalenz von Schmerzen in den Einrichtungen (AGS 2002: 210, AMDA 2012: 3, Herr et al. 2006: 19, McLennon & Titler 2005: 19, VERENSO 2011: 93).

3.3.2 Screening von Schmerz – Umsetzung

Empfehlung 9: Bewohnerinnen sollen explizit nach Schmerz befragt werden.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) AMDA 2012 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjiastrovropoulus 2007 (Expertenkonsens) McLennon & Titler 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) Auret et al. 2008 (Grad der Evidenz: gering) Alexander et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 9: Explizit nach Schmerz befragen

Empfehlung 10: Für das Screening nach Schmerzen sollen neben der direkten Frage nach Schmerz auch Schmerzsynonyme wie „aua“, „weh“ oder bewohnerinneneigene Worte verwendet werden.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Experternkonsens) Hadjiastrovropoulus 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 10: Schmerzsynonyme im Screening

Empfehlung 11: Das aktuelle Verhalten der Bewohnerinnen soll mit bekannten Verhaltensweisen verglichen werden.	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjiastrovropoulus 2010 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: II, Empfehlungsstärke: B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 11: Aktuelles Verhalten abgleichen

Empfehlung 12: Für das Screening bei nicht auskunftsfähigen Bewohnerinnen sollte ein Fremdeinschätzungsinstrument Anwendung finden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: II-V, Empfehlungsstärke: B-C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 12: Screening bei nicht auskunftsfähigen Bewohnerinnen

Eine detaillierte Aussage, wie das Screening durchzuführen ist, wird in den verfügbaren Leitlinien nicht explizit getroffen. Prinzipiell wird immer das gezielte Fragen und/oder die Verhaltensbeobachtung als Screening ausgewiesen (AGS 2002: 208, Herr et al. 2006, AMDA 2012: 8, BPS & BGS 2007: 7, Hadjistavropoulos 2007: 8, McLennon & Titler 2005: 6, VER-ENSO 2011). Als Goldstandard für die Erfassung von Schmerzen gilt die Selbstauskunft, unabhängig von kognitiven Beeinträchtigungen älterer Menschen (Hadjistavropoulos et al. 2010: 210, RNAO 2007, BPS & BGS 2007). Zudem wird die Nutzung einer Skala zur Erfassung der Schmerzintensität als hilfreich angesehen (BPS & BGS, 2007: 9).

Für das Screening von Schmerz bei auskunftsfähigen Bewohnerinnen ist die einfache Frage nach Schmerzen ausreichend (BPS & BGS 2007: 7, Hadjistavropoulos et al. 2010: 3, HCANJ, 2006: 11, Herr et al. 2006: 5).

Ältere Menschen, auch jene mit einer kognitiven Beeinträchtigung, können unterschiedliche Wörter nutzen, um ihre Schmerzen mitzuteilen, z.B. „aua“ oder „weh“, die auch in der direkten Frage nach Schmerzen gebraucht werden können (AMDA 2012: 8, BPS & BGS 2007: 9, HCANJ 2006: 5). Beispiele dafür sind:

- Haben sie momentan Schmerzen?
- Tut ihnen momentan etwas weh?

Nach Auskunft von verbal kommunikationsfähigen Bewohnerinnen einer amerikanischen „Continuing Care Retirement Community“ (Betreutes Wohnen) ist die Verknüpfung zwischen Schmerzen und Beeinträchtigung des Alltags besonders wichtig (Mossey & Gallagher 2004). Auch für leicht kognitiv beeinträchtige Bewohnerinnen kann die Beantwortung der Screeningfrage nach Schmerz in Bezug auf die Alltagskompetenz möglich sein. Beispiele:

- Wie sehr hat Ihr Schmerz Sie in den vergangenen zwei Wochen gestört?
- Wie sehr beeinflusst Ihr Schmerz Ihre täglichen Aktivitäten?
  [mögliche Graduierung: 1 gar nicht, 2 ein wenig, 3 mäßig, 4 ziemlich, 5 extrem] (Mentes et al. 2004, Chang et al. 2004, Closs et al. 2005, BPS & BGS 2007)

Die erste Frage ist sicherlich bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung schwierig, da Inhalte aus den vergangenen 14 Tagen abgefragt werden. Es sollte stets die gleiche Frage gestellt oder das gleiche Instrument benutzt werden. Eine Veränderung ist nur dann geboten, wenn die zuvor gewählte Frage oder das Instrument, nicht mehr erfolgreich angewendet werden können. Grund hierfür kann beispielsweise eine kognitive Verschlechterung der Bewohnerin sein (Herr et al. 2006: 13).
Nach Meinung von amerikanischen „certified nursing assistants“ (Zertifizierte Pflegeassistentinnen) und Angehörigen ist bei kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen das Wissen um das individuelle Verhalten der Person bei den täglichen Gewohnheiten eine wesentliche Voraussetzung, um Schmerzen zu erkennen. Für das Screening bei nicht auskunftsfähigen Bewohnern sollten daher Fremdeinschätzungsinstrumente eingesetzt werden (BPS & BGS 2007: 18), die auch im Schmerzassessment Anwendung finden (siehe Empfehlung 40) (AMDA 2012:10, Hadjistavropoulos 2010: 108, Herr et al. 2006).

Die im Abschnitt 3.4.4 empfohlenen Instrumente für nicht auskunftsfähige Bewohner (validiert und reliabel) sind BESD, BISAD und ZOPA und liegen nur zum Teil in deutscher Sprache vor. Weitere Ausführungen zu den einzelnen Instrumenten sind dem Kapitel Assessment zu entnehmen.

Empfehlung 13: Zur Befragung nach Schmerz sollen notwendige Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Brille) genutzt werden und ausreichend Zeit zur Verfügung stehen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 13: Notwendige Hilfsmittel beim Screening

Jede Möglichkeit, die Kommunikation mit älteren Menschen zu unterstützen, soll wahrgenommen werden. Dazu gehört die Nutzung von vorhandenen Hilfsmitteln wie Brillen und Hörgeräten. Außerdem soll ausreichend Zeit für die Beantwortung der Fragen zur Verfügung stehen (BPS & BGS 2007: 7).

Empfehlung 14: Während der pflegerischen Versorgung sollen Bewohnerinnen in Hinblick auf Ihr Schmerzverhalten beobachtet und/oder befragt werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos 2010 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) Sloane et al. 2007 (Grad der Evidenz: sehr gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 14: Beobachtung während der pflegerischen Versorgung

Die aktive Hilfestellung bei der „Morgentoilette“ eignet sich besonders gut, um Schmerzen zu beobachten (Sloane et al. 2007). Besonders häufig werden von Pflegenden aktiv Arme und Kopf berührt, Arme und Beine bewegt und ein Transfer mit und ohne Unterstützung durchgeführt. Dabei werden Grimassieren, abwehrendes Verhalten, um Berührung zu verhindern, und das Reiben von Körperregionen besonders häufig beobachtet. Auch verbale Äußerungen, die auf Schmerzen schließen lassen, sind häufig. Das Schmerzscreening bei der Morgentoilette ist somit ohne zusätzlichen Zeitaufwand möglich (Sloane et al. 2007). Um Schmerzen zu erkennen, werden vor allem Gesicht und Augen beobachtet. Auch während anderer pflegerischer Verrichtungen soll auf Schmerzäußerungen und Schmerzverhalten geachtet werden.

Empfehlung 15: Bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen sollen deren Angehörige zu Schmerzen der Bewohnerin befragt werden.	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): --	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) Mentes et al. 2004 (Grad der Evidenz: gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 15: Befragung von Angehörigen

Informationen von Angehörigen über frühere Gewohnheiten und vor allem Verhalten, das Schmerz ausdrücken kann, werden als hilfreich angesehen (Mentes et al. 2004). Hilfreiche Fragen an die Angehörigen sind z. B.:

- Wie erkennen Sie, dass Ihre Angehörige (Bewohnerin) Schmerzen hat?
- Welche Erkrankungen verursachen Ihrer Ansicht nach Schmerzen bei Ihrer Angehörigen? (Mentes et al. 2004).

Empfehlung 16: Das Screening soll zwischen Schmerzen in Ruhe und Aktivitätssituationen differenzieren.	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIa & IVa, Empfehlungsstärke: D) HCANJ 2006 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz: gemäß der Primärliteratur) Alexander et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Auret et al. 2008 (Grad der Evidenz: gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 16: Screening in Ruhe und Aktivität

Die Erfassung von Schmerz durch die Beobachtung in Ruhe bei nicht auskunftsfähigen Bewohnerinnen wird als schwierig beschrieben. Das Fehlen von Schmerzzeichen ist kein Indiz dafür, dass kein Schmerz vorhanden ist. In diesem Zusammenhang wird hervorgehoben, wie wichtig die Beobachtung in einer Bewegung wie z.B. dem Bett-Stuhl-Transfer ist. In diesen Situationen ist das Auftreten von verbalen und nicht verbalen Schmerzzeichen häufiger zu beobachten (Hadjistravropoulos 2010: 107). Generell ist zu bedenken, dass Schmerzen in den beiden Situationen unterschiedlich sein können. Der Schmerz in der Bewegung kann die Aktivität einschränken und dadurch ggf. sichtbarer oder von auskunftsfähigen Bewohnerinnen erst wahrgenommen und kommuniziert werden. Detaillierte Ausführungen zum Schmerzassessment, wie Schmerzcharakteristika (Lokalisation, Intensität etc.), werden im Kapitel Schmerzassessment ausgeführt (siehe ab Empfehlung 28).

Empfehlung 17: Durch das Screening sollte der aktuelle Schmerz erfasst werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): McLennon & Titler 2005 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 17: Screening des aktuellen Schmerzes

Im Rahmen des Screenings ist das aktuelle Vorhandensein von Schmerz am einfachsten zu erheben (McLennon, 2002: 6). Die wohl einfachste Screeningfrage lautet somit: „Haben Sie jetzt Schmerzen?“

Ein restropektiver Zeitraum erscheint für ein Screening ungeeignet, da bei einem Screening die aktuelle Schmerzsituation im Vordergrund steht. Die Präsenz von Schmerz ist allerdings zum Zeitpunkt des Screenings – z.B. bei intermittierendem Schmerzgeschehen – nicht immer gegeben. Bezieht sich das Schmerzscreening also auf einen retrospektiven Zeitraum, ist dieser an die Häufigkeit des Screenings, die kognitiven Fähigkeiten des Bewohners und der Angehörigen sowie die Art des Screenings (z.B. Evaluation innerhalb der Pflegeplanung) anzupassen. Die Festlegung eines erneuten Screenings ist abhängig von den genannten Faktoren, die bei der Festlegung des Zeitpunkts für das nächste Screening berücksichtigt werden sollten.

Bei der BESD Skala (PAINAD-G) wird eine Beobachtungszeit von zwei Minuten empfohlen (Basler et al. 2004). Im interRAI-Instrument kann der Bewohner die Häufigkeit von Schmerz folgendermaßen angegeben: Schmerz vorhanden, aber nicht in den letzten 3 Tagen, Schmerz an 1-2 Tagen der letzten 3 Tage und Schmerz täglich in den letzten 3 Tagen (Lukas et al. 2015).

In der Untersuchung von Osterbrink et al. (2012) wurden zwei Screeningfragen genutzt.

1. Wie stark sind Ihre momentanen Schmerzen, wenn Sie ruhig sitzen oder ruhig liegen?

Diese Frage bezog sich auf den unmittelbaren Befragungszeitpunkt. Die Erfassung der Intensität wurde mittels einer fünfstufigen Verbalen Rating-Skala (VRS) durchgeführt. Bewohnerinnen mit einem MMSE 18-30 konnten diese Frage zu 99,1% (n=222) beantworten, mit MMSE 10-17 zu 95% (n=61).

2. Wie stark sind Ihre momentanen Schmerzen, wenn Sie sich bewegen oder gehen?

Diese Frage bezieht sich zwar auf die aktuelle Situation, war aber als Fragebogen in schriftlicher Version den Bewohnerinnen ausgeteilt worden, so dass sie einen Schmerz in einer Aktivität einschätzen mussten, die in wahrscheinlich unmittelbarer Vergangenheit stattfand. Die Häufigkeit der Antworten ebenfalls mit der fünfstufigen VRS lag bei 97,8% (MMSE 18-30, n=225) und bei 91,8% (MMSE 10-17, n=61).

Empfehlung 18: Das Screening soll innerhalb der ersten 24 Stunden nach Einzug erfolgen.	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos 2010 (Expertenkonsens) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: II, Empfehlungsstärke: B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 18: Screening innerhalb 24 Stunden

In einigen Leitlinien wird ein Screening bei Einzug innerhalb der ersten 24 Stunden in eine neue Versorgungssituation (-einrichtung) empfohlen (AMDA 2012: 8, Hadjistavropoulos 2010: 110, HCANJ 2006: 5, AGS 2002: 208).

Das Screening sollte immer dann wiederholt werden, wenn sich bei einer Bewohnerin eine Veränderung der aktuellen Situation oder im Verhalten ergibt (AMDA 2012: 4, VERENSO 2011: 32, Hadjistavropoulos 2007: 13, BPS & BGS 2007: 5, RNAO 2007: 10). In einer aktuellen Studie wurden für die Durchführung des Screenings Verhaltensveränderungen auf ihre Relevanz für die Einschätzung von Schmerz bei Menschen mit mittelstarker kognitiver Beeinträchtigung validiert (Sirsch 2014). Folgende Verhaltensweisen wurden dabei zusammengestellt:

- Bewohnerin zeigt mimische Reaktionen, die als Schmerzreaktion wahrgenommen werden
- Bei Bewegungen/Mobilisation weicht das Verhalten der Patientin vom Verhalten in Ruhe ab
- Bewohnerin äußert Laute wie z.B. „aua“
- Bewohnerin stöhnt oder ächzt
- Bewohnerin zeigt Schonhaltung
- Bewohnerin zeigt Unruhe, Hin- und Herlaufen
- Bewohnerin nestelt
- Bewohnerin zeigt Abwehrverhalten
- Bewohnerin zeigt Veränderungen im Muskeltonus

Empfehlung 19: Ein nicht anlassbezogenes Screening kann regelmäßig bei allen Bewohnerinnen erfolgen, die noch keinen Schmerz äußerten oder eine längere schmerzfreie Phase hatten.	Empfehlungsstärke: ⟷
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) RNAO 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke C) Hadjistavropoulos 2010 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) Landmark et al. 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering), Lin et al. 2006 (Grad der Evidenz: gering)	

Empfehlung 19: Häufigkeit des Screenings

Die Aussagen zur Häufigkeit eines Screenings werden sehr unterschiedlich beantwortet: Sie variieren von jährlich über einmal im Quartal bis hin zu täglich bei akuten Erkrankungen bzw. Schmerzsituationen, bei Anzeichen von Rückzug und Depression (AMDA 2012: 8). Hadjistavropoulos und Kollegen empfehlen ein Schmerzscreening nicht weniger als einmal in der Woche über den Zeitraum des Aufenthaltes in der vollstationären Altenhilfe (Hadjistavropoulos 2010: 110). Die RNAO-Leitlinie (2007: 3) spricht sich für ein Screening aller Bewohnerinnen mit einem Risiko für Schmerz von mindestens einmal täglich aus.

Bei einer Untersuchung an kommunikationsfähigen Bewohnerinnen mit insgesamt 5 Messzeitpunkten über 14 Tage konnte gezeigt werden, dass 14,4% (n=29) über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg deutlich unterschiedliche Angaben zu Schmerzen und ihrer Intensität (von 1 [kein Schmerz] – 6 [unerträglich]) machten. 38,4% (n=77) gaben immer keine oder allenfalls geringe Schmerzen an, 36,3% (n=73) konstant mäßig starke und 10,9% (n=22) mindestens sehr starke Schmerzen. Die Frage nach Schmerzen und ihrer Intensität wurde in Ruhe und tagsüber gestellt. Explizit wurden Angaben in einer Aktivitätssituation ausgeschlossen (Landmark et al. 2013). Lin et al. (2006) konnten zeigen, dass eine vierteljährliche Fremdeinschätzung über das Pflegepersonal nicht ausreichend sicher den tatsächlichen Schmerz der Bewohner widerspiegelt.

Die Häufigkeit des Screenings ist vor allem von der Häufigkeit der Kontakte zu den Bewohnerinnen bestimmt:

- Pflegende haben in aller Regel täglich mehrfach Kontakt zu den Bewohnerinnen. So werden sie häufig die ersten sein, bei denen das Schmerzscreening positiv ausfällt (AMDA 2012: 8).
- Angehörige können in der Frequenz ihrer Besuche ein Schmerzscreening durchführen (BPS & BGS 2007: 12).
- Ärztinnen in deutschen Einrichtungen der Altenhilfe werden in aller Regel eher wöchentlich oder seltener die Möglichkeit haben, die Bewohnerinnen nach Schmerzen zu fragen oder Verhalten zu beobachten.
- Ein Schmerzscreening der Physiotherapeutinnen ist schwierig, da diese Berufsgruppe nicht kontinuierlich bei allen Bewohnerinnen ist (Hadjistavropoulos 2010: 105).

Empfehlung 20: Alle Mitarbeiterinnen des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu Bewohnerinnen sollen in der Lage sein ein Schmerzscreening durchzuführen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) BPS&PGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Expertenkonsens) RNAO 2002 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 20: Mitarbeiterinnen des Teams sollen das Schmerzassessment durchführen

In der Literatur wird empfohlen, dass ein Schmerzscreening von allen Personen des multiprofessionellen Teams, die unmittelbaren Kontakt zu den Bewohnerinnen haben, unabhängig der Profession durchgeführt werden sollte (AGS 2002: 208, RNAO 2007: 40, Herr et al. 2006: 8, Hadjistavropoulos et al. 2007: 4, VERENSO 2011: 23, AMDA 2012: 14).

Zu diesen Personen zählen z.B. alle Mitarbeiterinnen der Pflege unabhängig ihrer Qualifikation, Ärztinnen, Therapeutinnen, Diätassistentinnen und Sozialarbeiterinnen. Angehörige sollten gleichermaßen über die Anwendung eines Schmerzscreenings bereits beim Einzugsprozess informiert werden (und evtl. Hilfe durch schriftliche Informationen bekommen). Alle Personen müssen wissen, wie das Ergebnis des Screening dokumentiert und kommuniziert wird (AMDA 2012: ii). Nicht alle Mitarbeitenden der genannten Professionen sind fähig, bei einem positiven Schmerzscreening über die Kommunikation und Dokumentation hinausgehende Schlüsse zu ziehen. Sie müssen allerdings sicherstellen, dass die Ergebnisse ihres Screenings den Personen zur Kenntnis gebracht werden, die befähigt sind, das notwendige Schmerzassessment durchzuführen (Herr et al. 2006: 8).

Die Befragung und Beobachtung bezüglich Schmerzen sollten von Mitarbeitenden aller Berufsgruppen und den Angehörigen mit der gleichen Frage und dem gleichen Instrument durchgeführt werden. Es ist bekannt, dass die Ergebnisse von Versorgenden und Bewohnerinnen bezüglich der Schmerzeinschätzung (vorhanden/nicht vorhanden) selten übereinstimmen (Schuler et al. 2001). Die Einschätzung ist von Profession, Ausbildungsstand, Betreuungszeit und häufigem Wechsel in der Betreuung abhängig. Dies wurde an Patientinnen eines geriatrischen Krankenhauses untersucht. Es ist zu vermuten, dass dies auch für die Mitarbeitenden in stationären Altenhilfeeinrichtungen gilt (Schuler et al. 2001).

Empfehlung 21: Gibt das Screening den Hinweis auf Schmerz (= positives Screening), soll unmittelbar ein systematisches Schmerzassessment erfolgen.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) Kaassalainen et al. 2007 (Grad der Evidenz: gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 21: Konsequenzen des Screenings

Empfehlung 22: Bei akuten Schmerzen soll eine Schmerzbehandlung unmittelbar auf der Basis verfügbarer Informationen, auch bei ggf. inkomplettem Schmerzassessment, eingeleitet werden	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IV-b, Empfehlungsstärke: D)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 22: Unmittelbarer Handlungsbedarf beim Screening

Auf ein positives Screening soll unmittelbar ein systematisches Schmerzassessment folgen (BPS & BGS 2007: 9). Ist dies nicht möglich, kann es sinnvoll sein, eine Schmerztherapie nach den bisher bekannten Befunden zu versuchen (Herr et al. 2006: 15). Ein differenziertes Schmerzassessment sollte dann so bald wie möglich erfolgen. Dies wird so auch im deutschen monodisziplinären Expertenstandard beschrieben (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2011, 2015). Ein größerer zeitlicher Abstand zwischen positivem Screening und ausführlicherem Assessment soll vermieden werden. In der Studie von Kaasalainen et al. (2007) sprachen sich die Ärztinnen dafür aus, dass bei einem positiven Screening das Pflegepersonal ein ausführliches und gewissenhaftes Schmerzassessment durchführt, anhand dessen die Ärzte Therapieentscheidungen begründen können. Die Gefahr der Verzögerung ist dann besonders groß, wenn Screening und Assessment von unterschiedlichen Personen durchgeführt werden. Die Schnittstelle, wann und durch wen das Assessment durchgeführt wird, muss eindeutig geregelt sein.

Wird ein auffälliges Verhalten beobachtet, sollen daraus unmittelbare Konsequenzen gezogen werden (Sloane et al. 2007). So können aus der Verhaltensbeobachtung (verbal und nicht verbal) während der Morgentoilette unmittelbar Konsequenzen vor allem für die Vermeidung von schmerzauslösendem Umgang mit den Bewohnerinnen gezogen werden.
Zu vermeiden sind:

- Ziehen an steifen bzw. kontrakten Gelenken
- Unachtsames Berühren bzw. Bewegen von Füßen und Zehen
- Unangemessenes Waschen
- Zu schnelle Bewegungen der Bewohnerin

- Aktivitäten ohne vorangegangene Erklärung
- Kälte (Raum, Hilfsmittel, Wasser) sowie unbekleideter Zustand
- Unsachgemäße Rasur, unsachgemäßes kämmen der Haare
- Gleichzeitigkeit mehrerer unterschiedlicher Dinge/Aktivitäten
- Unsachgemäßer Einsatz von Hilfsmitteln
- Nicht passende Kleidung
- Grelles Licht

Empfehlung 23: Kommunikations- und Entscheidungswege sollten für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams bei positivem wie negativem Befund (Screening) eindeutig geregelt sein.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) BPS &BGS 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	

Empfehlung 23: Kommunikations- und Entscheidungswege des Screenings

Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation ist eine für alle verständliche Sprache auch bezüglich des Schmerzvokabulars (AMDA 2012: 6).
Sobald das Schmerzscreening positiv ausfällt, sollten zeitnah die Personen informiert werden, die daraus evtl. Konsequenzen ziehen können (AMDA 2012: 6, BPS & BGS 2007: 3, RNAO 2007: 6). Zu den Konsequenzen zählen das Durchführen eines Schmerzassessments, die Auswahl geeigneter Instrumente für die Verlaufsbeobachtung und die Definition von Behandlungszielen bzw. die Auswahl von nicht-medikamentösen und medikamentösen Behandlungsoptionen. Auch bezüglich des Schmerzscreenings sollte jede Möglichkeit der Kommunikation genutzt werden. Hierzu zählen besonders alle inter- und intraprofessionelle Übergaben (RNAO 2007: 6).

Zu den Personen, die auf alle Fälle über das Ergebnis des Schmerzscreenings informiert werden sollten, gehören Pflegende, behandelnde Ärztinnen, vor allem die behandelnde Hausärztin, Therapeutinnen und Angehörige (Herr et al. 2006:8). Bei positivem Screening kann es hilfreich sein, Angehörige und andere Berufsgruppen aufzufordern, ebenfalls ein Schmerzscreening durchzuführen und die Ergebnisse gemeinsam zu besprechen. Es wird angeregt, die Durchführung des festgelegten Screening-Prozesses zu überwachen/kontrollieren. Hierfür eignen sich Heimleitung, Abteilungsleitung oder andere (VERENSO 2011: 94) (Abbildung 1).

Empfehlung 24: Das Ergebnis des Schmerzscreenings soll an einer einheitlich definierten Stelle der Bewohnerinnendokumentation festgehalten werden, die für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams zugänglich ist.	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) RNAO 2007 (Expertenkonsens) HCNJ 2006 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIa-Vb, Empfehlungsstärke: B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur) --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 24: Ergebnis des Screenings

In jeder Einrichtung sollte sichergestellt sein, dass nach einem durchgeführten Screening (siehe Empfehlung 20) das Ergebnis von jedem Teammitglied entsprechend dokumentiert wird. Aus der Dokumentation sollen negative und positive Screening-Ergebnisse sowie der Zeitpunkt des Screenings ersichtlich sein (RNAO 2007: 6). Das Ergebnis des Screenings soll an einem für alle zugänglichen und gut sichtbaren Ort in der Dokumentation der Bewohnerinnen hinterlegt werden, z.B. bei den Vitalzeichen (HCANJ 2006: 5). Neben dem Datum und der Uhrzeit sollte bei einem positiven Screening auch die Möglichkeit bestehen, weitere schmerzrelevante Daten, die im Rahmen des Schmerzassessment erhoben werden, bzw. den Verweis darauf, zu dokumentieren (Herr et al. 2006: 4, RNAO 2007: 6, AMDA 2012: ii).

3.4 Assessment von Schmerz

Dem positiven Screening von Schmerz folgt ein differenziertes Schmerzassessment. Dieses ist zur Erfassung des zugrunden liegenden Schmerzmechanismus und zur spezifischen Einleitung von therapeutischen Schmerzinterventionen erforderlich.

Unbehandelte Schmerzen können bei älteren Menschen zu Funktionseinbußen und zur Verminderung der Lebensqualität führen. Bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen konnte herausforderndes Verhalten durch ein systematisches Schmerzassessment, das in ein adäquates Schmerzmanagement mündete, reduziert werden (Husebo et al. 2013). Verändert sich das Verhalten von Bewohnerinnen, zeigt z.B. eine ansonsten ruhige Bewohnerin plötzlich ein verändertes Verhalten, könnte diese Veränderung durch eine Schmerzproblematik ausgelöst sein. Die korrekte Interpretation einer solchen Situation und die Entscheidung, ein systematisches Schmerzassessment zu nutzen, wird unterstützt, wenn die beobachtende Person mit dem Verhalten der Bewohnerin vertraut ist. Veränderte Verhaltensweisen können dann erkannt werden.

3.4.1 Assessment von Schmerz – Ziel

Empfehlung 25: Ein Schmerzassessment soll bei positivem Schmerzscreening erfolgen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa-Vb, Empfehlungsstärke: B-E) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) APS 2005 (Expertenkonsens) McLennon & Titler 2005 (Grad der Evidenz: C) AGS 2002 (Grad der Evidenz: IIA, Empfehlungsstärke: A-B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 25: Beginn des Assessments

Bei Bewohnerinnen mit anhaltenden Schmerzen, die körperliche und psychosoziale Funktionseinbußen verursachen oder zur Beeinträchtigung der Lebensqualität führen, soll zur Einschätzung von potenziell beeinflussbaren Faktoren ein umfassendes Schmerzassessment durchgeführt werden (AGS 2002). In Situationen, in denen unerwartet Schmerzen auftreten, auch in Zusammenhang mit plötzlicher Veränderung der Vitalzeichen, wie z.B. Tachykardie, Temperatur oder Hypertension, ist ein Schmerzassessment erforderlich (RNAO 2002, 2007). Schmerz sollte insbesondere bei (Wieder-) Einzug, Entlassung, Veränderungen im Verhalten oder Veränderungen im Behandlungsplan eingeschätzt werden.
Das Schmerzassessment unterstützt den klinischen Entscheidungsweg (Hadjistavropoulos et al. 2007) und kann Hilfestellung bei der Entscheidung zu therapeutischen Maßnahmen bieten (BPS & BGS 2007). Mit Hilfe der Informationen des Schmerzassessments kann für Bewohnerinnen ein spezifischer Behandlungsplan erstellt werden (HCANJ 2006).

3.4.2 Assessment von Schmerz – Informationsgewinnung

Ein systematisches Schmerzassessment wird als wichtige Maßnahme bei der Diagnosestellung eingestuft (BPS & BGS 2007), Ursachen des Schmerzes und spezielle Erkrankungen können identifiziert werden (Hadjistavropoulos et al. 2007). Zudem kann das Schmerzassessment eingesetzt werden, um die Wirkung von schmerztherapeutischen Maßnahmen zu überprüfen und zu beobachten (BPS & BGS 2007). Durch ein Schmerzassessment können sowohl physische, emotionelle und funktionelle als auch soziale Beeinträchtigungen von Bewohnerinnen in vielerlei Hinsicht verdeutlicht werden (BPS & BGS 2007).
Insbesondere bei akuten bzw. neu aufgetreten Schmerzsituationen kann das Schmerzassessment zur Entscheidungsfindung hinsichtlich weiterer diagnostischer Maßnahmen beitragen. So kann beispielsweise geklärt werden, ob nach einem Sturz weitere diagnostische Maßnahmen notwendig werden, um die Schmerzursache aufzuspüren, da Schmerzen nach einem Sturz z.B. auf eine orthopädische Verletzung hinwiesen könnten (AMDA 2009, 2012). In einer Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass bei spezifischen Prognosen, z.B. am Lebensende, neben dem Schmerzassessment auch über effektive Maßnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens/der Bequemlichkeit (comfort) nachgedacht werden sollte (AMDA 2009, 2012).
Die Durchführung eines Schmerzassessments ist aus unterschiedlichen Gründen sinnvoll. Zum einen steht die Schmerzprophylaxe im Vordergrund. Frühzeitig und effektiv gelinderte akute Beschwerden können die Entwicklung chronischer Schmerzen verhindern. Zum anderen können einzelne Inhalte des Schmerzassessments (Schmerzintensität, schmerzbezogenen Beeinträchtigungen etc.) als Kriterien zur Überprüfung von Therapiezielen herangezogen werden.

Nur ist die ausschließliche Durchführung eines Schmerzassessments ohne Einleitung oder Anpassung der Therapie nicht ausreichend, zeitweilig sogar kontraindiziert, wenn daraus keine adäquaten Maßnahmen erwachsen. So sind alle an der Behandlung beteiligten Personen dazu aufgefordert, die in ihren Kompetenzbereich fallenden notwendigen Änderungen am aktuellen Behandlungsplan umzusetzen. Um dies zu ermöglichen, stellt sich jedoch die Frage nach konkreten Konsequenzen eines Schmerzassessments für die Bewohnerinnen von Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Empfehlung 26: Die Schmerzintensität sollte erfasst werden, wenn es durch Selbstauskunft möglich ist.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: I-V, Empfehlungsstärke: D) APS 2005 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 26: Erfassen der Schmerzintensität

Beim Schmerzassessment sollte die Schmerzintensität erfasst werden (APS 2005, HCANJ 2006, Herr et al. 2006). Die Erfassung der Schmerzintensität ist dabei ein Element, aber nicht das alleinige Kriterium des umfassenden Schmerzassessments (HCANJ 2006). Die Schmerzintensität sollte in Ruhe und in Bewegung erfasst werden (RNAO 2002/2007).

Empfehlung 27: Für das Schmerzassessment sollen neben der direkten Frage nach Schmerz auch Schmerzsynonyme wie „aua“, „weh“ oder bewohnerinneneigene Worte verwendet werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens)	

BPS& BGS 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: III & V, Empfehlungsstärke: A-B) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: III, Empfehlungsstärke A)
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Martin et al. 2005 (Grad der Evidenz: gering)
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz

Empfehlung 27 Schmerzsynonyme im Assessment

Bei der Frage nach der Schmerzintensität muss berücksichtig werden, dass ältere Menschen auch andere Worte als „Schmerz“ nutzen. Sie sagen z. B.: „es geht mir nicht gut“ oder „es tut weh“, sie nutzen Worte wie „aua“ oder „ach“. Beim Assessment soll darauf geachtet werden, dass im Verlauf des Schmerzassessments diese bewohnerinneneigene Worte eingesetzt werden und man bei jeder Bewohnerin im Verlauf des Schmerzassessments stets die gleichen Worte benutzt (Herr et al. 2006).

Bei der Schmerzerfassung sollen spezifische Gewohnheiten der Bewohnerinnen berücksichtigt werden (Herr et al. 2006). Auch wenn sich der Begriff „Schmerz“ in fachlichen Beschreibungen durchgesetzt hat, ist dieser bei den Betroffenen nicht die erste Wahl zum Ausdruck von Beschwerden. So werden für einen geeigneten bewohnerinnenspezifischen Zugang zum Schmerzassessment folgende Umschreibung für Initialfragen empfohlen (AGS 2002, APS 2005, Herr et al. 2006, BPS & BGS 2007):

- Haben Sie zurzeit irgendwelche Beschwerden/ Beeinträchtigungen?
- Tut Ihnen irgendetwas weh?

Diese Formulierungen sollten verwendet werden, wenn die Frage nach vorhandenen Schmerzen zunächst verneint wird (Herr et al. 2006). Es sollten geschlossene und konkrete Fragen gestellt werden, die mit ja oder nein zu beantworten sind (Martin et al. 2005, Hadjistavropoulos et al. 2010).
In der Regel können ältere Menschen auch nach den stärksten Schmerzen in der Vergangenheit (z.B. der letzten Woche) befragt werden. Bei Menschen mit leichten bis mittleren kognitiven Beeinträchtigungen sollten allerdings ausschließlich aktuelle Informationen eingeholt werden (AGS 2002).

Empfehlung 28: Die Schmerzhistorie, mögliche Komorbitiäten sowie die Schmerzmedikation sollen erhoben werden.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa-Vb, Empfehlungsstärke: B-E) AGS 2002 (Grad der Evidenz: IIA, Empfehlungsstärke: A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Landmark et al. 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering) Gibson et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Jones et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering)	

Empfehlung 28: Schmerzhistorie

Neben der Erfassung der Schmerzintensität sind Informationen z.B. zur Lokalisation oder zur Dauer des Schmerzes erforderlich, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Bei eingeschränkt auskunftsfähigen Personen gilt es, ggf. einen stellvertretenden Schmerzbericht (Proxy Bericht) zu erlangen. Dazu sind alle am Schmerzassessment beteiligten Personen aufgefordert, diese Informationen systematisch zu erfassen; Angehörige müssen in das Assessment einbezogen werden.

Schmerz hat Einfluss auf Stimmung, Schlaf, Mobilität, Funktion, Teilhabe und auf die Lebensqualität. Schmerz geht einher mit beeinträchtigter globaler Funktion, Depression, Schlafproblemen, reduzierter Lebenszufriedenheit und Teilhabe. Ältere Personen mit chronischem Schmerz sind eine heterogene Gruppe. Manche haben weniger Schmerzen, weniger Depression und zeigen hohe Aktivität, andere haben eine hohe Schmerzintensität mit einem starken Einfluss auf die Alltagsaktivitäten und Teilhabe, wieder andere zeigen Mischbilder (BPS & BGS 2007).

Chronische Erkrankungen wie z.B. muskuloskelettale Erkrankungen, rheumatoide Arthritis, Osteoporose oder Krebserkrankungen gehen häufig mit Schmerz einher (Hadjistavropoulos et al. 2007, Landmark et al. 2013).

Die Anzahl der Diagnosen sowie die Anzahl der Medikamente können Rückschlüsse auf eine erhöhte Anzahl von Komorbiditäten ermöglichen. Diese haben, ebenso wie Verletzungen, Infektionen oder neoplastische Schädigungen, Einfluss auf die Stärke der Schmerzausprägung und die Entstehung von chronischem Schmerz (Hadjistavropoulos et al. 2007, Landmark et al. 2013). Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sollten zudem auch Harnverhalt mit gedehnter Blase, Inzisionen, Infektionen, Frakturen, ungünstige Lagerung oder Obstipation als schmerzverursachend berücksichtigt werden (Herr et al. 2006).

Ein umfassendes Schmerzassessment soll Informationen zur Historie des Schmerzes, Informationen zu aktuellen Erkrankungen, eine körperlichen Untersuchung sowie die Anamnese sozialer und psychosozialer Aspekte umfassen. Dazu gehören:

- Körperliche Untersuchung (z.B. muskuloskelettale Untersuchung) (RNAO 2002/2007, BPS & BGS 2007)
- Relevante Labordiagnostik (z.B. BZ-Status) (RNAO 2002/2007, BPS & BGS 2007)
- Schmerzart (BPS & BGS 2007, Jones et al. 2005, Gibson et al. 2005)
- Schmerzintensität (RNAO 2002/2007, HCANJ 2006, BPS & BGS 2007)
- Schmerzqualität (RNAO 2002/2007, HCANJ 2006)
- Schmerzmuster (HCANJ 2006)
- Schmerzlokalisation (RNAO 2002/2007, Hadjistavropoulos et al. 2007)
- Ausstrahlung des Schmerzes (BPS & BGS 2007, HCANJ 2006)
- Zeitliche Dimension/Beginn von Schmerz (BPS & BGS 2007)
- Schlafstörungen (Herr et al. 2006, BPS & BGS 2007, Hadjistavropoulos et al. 2007, VERENSO 2011)
- Appetit (Hadjistavropoulos et al. 2007)
- Kognitiver Status/Bewusstseinsstatus (Hadjistavropoulos et al. 2007, BPS & BGS 2007, VERENSO 2011)
- Psychosoziale Variablen und Stimmung (Angst, Depression) (Hadjistavropoulos et al. 2007, RNAO 2002/2007, BPS & BGS 2007, VERENSO 2011)
- Erfassung der psychosozialen und spirituellen Effekte (RNAO 2002/2007)
- Reaktionen auf Stress und Schmerzen (RNAO 2002/2007)
- Situationsfaktoren – Kultur, Sprache, ethnische Faktoren, wirtschaftliche Auswirkungen der Schmerzen und der Behandlung (RNAO 2002/2007)
- Präferenzen, Erwartungen und Überzeugungen der Person (RNAO 2002/2007)
- Schmerzverstärkende und lindernde Faktoren sowie Schmerz stabilisierende und destabilisierende Faktoren (RNAO 2002/2007, HCANJ 2006, BPS & BGS 2007)

- Auswirkungen auf die Alltagsaktivitäten (RNAO 2002/2007, Hadjistavropoulos et al. 2007, VERENSO 2011)
- Auswirkungen auf die Mobilität/funktionaler Status (RNAO 2002/2007, Hadjistavropoulos et al. 2007, VERENSO 2011)
- Reaktionen auf medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerz reduzierende Maßnahmen (AGS 2002, RNAO 2002, 2007, Jones et al. 2005, Gibson et al. 2005, Herr et al. 2006, HCANJ 2006, BPS & BGS 2007)
- Bedeutung, die die Bewohnerin dem Schmerz zumisst (BPS & BGS 2007, Hadjistavropoulos et al. 2007, RNAO 2002/2007)
- Zufriedenheit mit der Behandlung (Jones et al. 2005)
- Lebensqualität (VERENSO 2011)
- Teilhabe (AGS 2002)

Das umfassende Schmerzassessment sollte zudem die aktive Nachfrage nach aktueller oder vorheriger Schmerzmedikation umfassen. Die Reaktionen auf die Anwendung von medikamentösen und nicht medikamentösen Maßnahmen sollten ermittelt werden (Jones et al. 2005, Gibson et al. 2005, RNAO 2002, 2007). Dabei soll nach verschreibungspflichtigen, freiverkäuflichen und alternativen Medikamenten gefragt werden (BPS & BGS 2007: 12). Die Medikation zur Behandlung von chronischen Erkrankungen sollte auf Interaktionen mit den schmerzreduzierenden Medikamenten überprüft werden (z. B. Opioide, NSAIDs, Antidepressiva, antipsychotische Medikamente, Hypnotika, Sedativa) (AGS 2002, Herr et al. 2006). Potentiell für ältere Menschen ungeeignete Wirkstoffe können zum Beispiel anhand der PRISCUS-Liste identifiziert werden (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2016).

Empfehlung 29: Beim Schmerzassessment sollten Therapienebenwirkungen z.B. durch Analgetika erfasst werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: I-V, Empfehlungsstärke: D) AGS 2002 (Grad der Evidenz: III B, Empfehlungsstärke: A-B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 29: Therapienebenwirkungen

Analgetika und ihre Wirkung müssen zudem auf allergische Nebenwirkungen überprüft werden (z.B. Juckreiz, Erbrechen) (AGS 2002, Herr et al. 2006). Zudem kann Alkoholgenuss Einfluss auf Nebenwirkungen der Analgesie haben und sollte in Zusammenhang mit der Analgetikagabe erfasst werden. Dabei sollten wertende Fragen, wie etwa „wie viel Alkohol trinken sie täglich?“ vermieden werden (Herr et al. 2006: 15-18). In der stationären Altenhilfe müssen die Beobachtungen auf Nebenwirkungen durch alle an der Versorgung der Bewohnerin beteiligten Personen erfolgen. Pflegende sind zeitlich am häufigsten anwesend, nehmen oft als erste die Veränderungen war und vermitteln diese Informationen an die Mitglieder des multiprofessionellen Teams und damit auch an die behandelnden Ärztinnen weiter. Liegen Kenntnisse um mögliche unerwünschte Nebenwirkungen vor, können diese ggf. prophylaktisch vermieden werden (AMDA 2012).

Empfehlung 30: Bekannte oder veränderte Verhaltensweisen sowie der Mobilitätsstatus sollen erhoben werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IVb-Va, Empfehlungsstärke: C) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: IIA, Empfehlungsstärke: A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Halifax 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering) Brown 2010 (Grad der Evidenz: sehr gering) Holloway & McConigley 2009 (Grad der Evidenz: sehr gering) Mentes et al. 2004 (Grad der Evidenz: sehr gering)	

Empfehlung 30: Veränderte Verhaltensweisen

Durch ein umfassendes Schmerzassessment sollen zu Beginn umfassende Kenntnisse zu den Bewohnerinnen erarbeitet werden (AGS 2002, BPS & BGS 2007, Holloway 2009, Mentes 2004, Hadjistavropoulos et al. 2007, Hadjistavropoulos et al. 2010, Halifax 2013).

Das Schmerzassessment soll weitgefasst erfolgen und nicht auf die Schmerzintensität begrenzt sein. Es ist ebenso erforderlich, psychologische und andere begleitende Faktoren (z.B. Umweltfaktoren) zu berücksichtigen (Hadjistavropoulos et al. 2010). Das Vorliegen von negativen Verhaltensweisen wie Rufen, körperliche Reaktionen oder sozialer Rückzug können Indikatoren für das Vorliegen von Schmerz sein (Brown 2010).
Veränderungen im Verhalten können bei Menschen mit Demenz auf Schmerz hinweisen und ermöglichen es, den individuellen Schmerzausdruck zu erfassen (APS 2005). Informationen zum gewohnten Verhalten sind die Voraussetzung, um Veränderungen zu erkennen und dadurch ggf. Schmerz zu identifizieren (Holloway 2009, APS 2005, Halifax 2013). Insbesondere bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist es erforderlich, gewohnte Versorgungsroutinen und Vorlieben zu kennen (Mentes 2004, Halifax 2013, APS 2005). Dies wird erleichtert, wenn Pflegende über eine ein bis zwei Wochen andauernde Periode die Bewohnerinnen als Bezugsperson (Bezugspflegekraft) kontinuierlich betreuen (Mentes 2004). Mitarbeitende sollten bei Personen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen mit Schmerz assoziierte Verhaltensweisen systematisch beobachten.
Veränderungen der Aktivitäten, die ein Indikator für Schmerz sein können, sind während des Transfers oder bei der Unterstützung bei Tätigkeiten des täglichen Lebens zu beobachten (Holloway 2009). Bei Bewohnerinnen mit Delir und/oder eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten, z.B. als Folge einer Demenzerkrankung, soll beim Schmerzassessment ein besonderes Augenmerk auf das Verhalten, wie z.B. Schützen von Körperstellen, gelegt werden (Hadjistavropoulos et al. 2007, Hadjistavropoulos et al. 2010).

Chronischer Schmerz hat Einfluss auf physische und psychische Funktionen und beeinflusst die Lebensqualität sowie die Aktivitäten des täglichen Lebens und der Teilhabe (AGS 2002, VERENSO 2011). Beispielsweise beeinträchtigen chronische Schmerzen mit steigender Intensität bei erwachsenen Personen die Mobilität (Treppen steigen, laufen) (Herr et al. 2006). Informationen zum körperlichen Gesundheitszustand können bei Beobachtungen z.B. beim Baden, Anziehen, Essen, Aufstehen, Sitzen und Laufen ergänzt werden (AGS 2002). Zudem sollten die funktionalen Fähigkeiten beim Schmerzassessment systematisch erfasst werden. Dazu können Assessmentinstrumente wie der Timed Up-and-Go Test genutzt werden. Insbesondere Veränderungen der Mobilität als Reaktion auf schmerzreduzierende Interventionen können Hinweise auf mögliche schmerzbedingte Beeinträchtigungen geben (BPS & BGS 2007, Herr et a. 2006).

Empfehlung 31: Angehörige sollten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen beim Einzug in die stationäre Einrichtung zu deren Schmerzen befragt werden.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IVa-V, Empfehlungsstärke: C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Mentes et al. 2004 (Grad der Evidenz: sehr gering)	

Empfehlung 31: Befragung von Angehörigen

Bei kognitiv beeinträchtigten Personen können die Angehörigen z.B. durch Befragung beim Einzug am Schmerzassessment beteiligt werden (Herr et al. 2006).
Zur Erfassung von Informationen zum Schmerzausdruck und zur Biographie können Familieninterviews unterstützend sein. Die Fragen an die Familienmitglieder sollten Informationen enthalten wie (Mentes 2004):

- Wurde das Familienmitglied bisher behandelt?
- Können sie sagen, ob Ihr Familienmitglied Schmerzen hat oder hatte?
- Liegt eine schmerzverursachende Bedingung/Erkrankung vor?
- Gibt es schmerzstabilisierende und destabilisierende Faktoren? (Was hilft die Schmerzen zu lindern? Was verstärkt die Schmerzen? Was löst sie aus?)

Stehen Angehörige nicht zu Verfügung, sollten ggf. Informationen durch andere relevante Personen (z.B. Vorsorgebevollmächtigte, gesetzlichen Betreuerinnen oder Mitarbeitende aus vorbetreuenden Institutionen wie z.B. Akutkrankenhaus oder ambulante Dienste) eingeholt werden.

Empfehlung 32: Beim Schmerzassessment soll zwischen chronischem und akutem Schmerz differenziert werden.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AGS 2002 (Expertenkonsens)	

Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Halifax 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering) Landmark et al. 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering) Holloway & McConigley 2009 (Grad der Evidenz: sehr gering) Gibson et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Jones et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Mentes et al. 2004 (Grad der Evidenz: sehr gering)
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz

Empfehlung 32: Differenzierung akuter und chronischer Schmerz

Beim Assessment soll geprüft werden, ob akuter Schmerz durch neu auftretende Erkrankungen oder auch durch die Exazerbation von chronischem Schmerz auftritt. Es sollte geprüft werden, ob eine Schmerzursache identifiziert werden und ob krankheitsbezogene Interventionen Einfluss auf die Ursache von chronischem Schmerz haben könnten (AGS 2002).

Empfehlung 33: Informationen zu unterschiedlichen Schmerzdimensionen sollten erfasst und berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: II, Empfehlungsstärke: A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Gibson et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Jones et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering)	

Empfehlung 33: Schmerzdimensionen

Liegt Schmerz vor, sollte bei älteren Menschen neben der detaillierten Historie zum Schmerz (siehe Empfehlung 28) ein Assessment erfolgen, das die multidimensionalen Aspekte des Schmerzes berücksichtigt (BPS & BGS 2007, VERENSO 2011). Über unterschiedliche Schmerzdimensionen wird auch unterschiedliches Schmerzerleben erfahren und ausgedrückt.

So werden Informationen zur Schmerzintensität und zum Schmerzerleben der sensorisch-diskriminativen Dimension zugeschrieben, ebenso Informationen zu Dauer, Beginn und Ende des Schmerzreizes.
Die emotionale Komponente des Schmerzes, z.B. ob Schmerz als gefährlich, frustrierend, zum Fürchten oder erschöpfend erlebt wird, wird durch die motivational-affektive Dimension abgebildet.
Der evaluativ-kognitiven Dimension des Schmerzes werden das Antizipieren der Schmerzen, also die Beeinflussung des Schmerzerlebens durch frühere Erfahrungen, aber auch die Beeinflussung von Schmerzen durch vorhandene oder erworbene Kenntnisse zugeordnet.
Der Einfluss von Schmerz, der sich über Verhaltensdimensionen (Behavioristische Dimension) auf die Alltagsaktivitäten wie physische, funktionale und psychosoziale Aspekte ausdrückt, sollte ebenfalls berücksichtig werden (Gibson et al 2005, Jones 2005). So kann bei älteren Bewohnerinnen, die z.B. kürzlich in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe eingezogen sind, Trauer als Reaktion auf den Verlust der Selbstständigkeit oder des Partners die Schmerzwahrnehmung beeinflussen (AMDA 2009, 2012).
Schmerz wird, entsprechend der Pathophysiologie, in unterschiedliche Typen – Neuropathischer und/oder nozizeptiver Schmerz, der sich wiederum in somatischen und viszeralen Schmerz differenzieren kann – kategorisiert. Patienten beschreiben neuropathischem Schmerz häufig als brennend, einschießend, pochend, klopfend oder kribbelnd (AMDA 2009, 2012).
Ein mehrdimensionales Schmerzassessment ist für die Ersteinschätzung einer Schmerzsituation wie auch für die wiederholte Schmerzeinschätzung die geeignete Vorgehensweise (APS 2005, BPS & BGS 2007). Zu einem umfassenden Schmerzassessment gehören Angaben zur allgemeinen Krankengeschichte, die körperliche Untersuchung, labortechnische und diagnostische Tests (AGS 2002, APS 2005, AMDA 2009, 2012).
Die Krankengeschichte berücksichtigt alle vorhandenen Erkrankungen, bekannte Allergien und familiäre Dispositionen. Darüber hinaus werden alle verordneten und eingenommenen Medikamente erfasst. Abschließend wird eine Übersicht aller medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapien erstellt (AGS 2002, AMDA 2009, 2012).
Besonders bei kognitiv beeinträchtigten Personen ist die sichere Diagnosestellung von besonderer Bedeutung. Denn nur so lassen sich aus der Beobachtung schmerzbezogenen Verhaltens die richtigen Schlüsse ziehen (AMDA 2009, 2012). Zur Absicherung der Diagnosestellung ist die Inanspruchnahme von Konsultationen durch Angehörige aller beteiligten Fachrichtungen (z.B. Medizin, Pflege, Physio- und Ergotherapie, Psychologie) angezeigt (AMDA 2009, 2012).

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung wird ein besonderer Schwerpunkt auf das muskuloskelettale und neurologische System gelegt. Damit wird die Identifikation von spezifischen Beschwerden (Fibromyalgie, Deformationen, Längendifferenzen der Extremitäten etc.) und Symptomen (Hyperalgesie, Allodynie, Parästhesien etc.) möglich (AGS 2002).

Die Angaben zu diesen Faktoren sollten durch Informationen zur Stimmung, zum Schlaf, zur Mobilität und zum Funktionsstatus ergänzt werden (AGS 2002, BPS & BGS 2007, AMDA 2009, 2012). Dazu zählen:

- der psychosoziale Status (AGS 2002):
    - Stimmung
    - Depression
    - Angst
    - Selbstwirksamkeit
    - Coping Strategien
    - Fear avoidence beliefs
    - Suizidgedanken
- die Sozialanamnese (AGS 2002):
    - Versorgende Institutionen
    - Familiäre Beziehungen
    - Berufliche Angaben
    - Kulturelles Umfeld
    - Glauben
- der kognitive Status (AGS 2002)
- der funktionale Status (AGS 2002)
  Zur Erfassung der funktionalen Fähigkeiten sind die ADL-Skala und der Barthel Index die häufigsten verwendeten Instrumente. Ergänzend werden Performance Tests wie z.B. der Timed Up-and-Go Test oder die „Short Physical Performance Battery“ durchgeführt. Erfasst werden sollten ebenfalls Auswirkungen auf
    - das Schlafverhalten
    - die soziale Situation
    - die Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung und Teilhabe

Ein strukturiertes Schmerzinterview beinhaltet einfache Fragen zum Vorhandensein von Schmerz, zu Unbehagen, Schmerzintensität, Frequenz, Lokalisation sowie zum Einfluss des Schmerzes auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (Hadjistavropoulos 2007, Herr et al. 2007).

Brief Pain Inventory (BPI)

Der Brief Pain Inventory (BPI) sollte eingesetzt werden, wenn Bewohnerinnen in der Lage sind ihren Schmerz selbstständig einzuschätzen (Auret et al. 2008). Instrumente, die die Selbstauskunft sowie Beobachtungen psychoaffektiver Spurenzusammenhänge beinhalten, sind für Klinikerinnen leichter anzuwenden. Störungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens können erfasst werden. Ein multiprofessionelles und multimodales effektives Schmerzassessment erfordert einen solchen Zugang (Burfield 2009). Der Brief Pain Inventory liegt auch in deutscher Übersetzung vor (Radbruch et al. 1999). Das Resident's Verbal Brief Pain Inventory (RVBPI) ist eine Modifikation des BPI) Es wurde englischsprachig speziell zum Schmerzmanagement für Bewohnerinnen in der Altenhilfe als Teil einer Management-Strategie entwickelt (APS 2005, McLennon & Titler 2005, VERENSO 2011).

Der McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Der McGill Pain Questionnaire (MPQ) ist eine standardisierte Skala zum Assessment von Schmerz bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Mittels dieses Instrumentes können Informationen zu sensorischen, affektiven und evaluativen Dimensionen des Schmerzes erfasst werden. Das Instrument liegt in Kurz- und Langfassung (Herr et al. 2006, BPS & BGS 2007) und in deutscher Übersetzung vor (Kiss et al. 1987).

Für den deutschen Kontext wurde bereits vor Jahren das strukturierte Schmerzinterview entwickelt, das sich an Schmerzpatientinnen über 75 Jahre richtet (Basler et al. 2001). In diesem Interview werden Aspekte unterschiedlicher Schmerzdimensionen, der Multimorbidität, unterschiedlicher Schmerzhistorien sowie Schmerzgeschehen und -lokalisationen berücksichtigt. Darüber hinaus bietet es Anhaltspunkte zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, die hier mittels des MMST erfasst werden. Schmerzbedingte Behinderungen sowie schmerzverstärkende und -reduzierende Faktoren werden ebenso erfasst. Eine ergänzende Fremdanamnese der Schmerztherapie und ggf. Beeinträchtigungen durch die Wohnsituation werden ebenfalls adressiert. Das Schmerzinterview ist nach Angabe der Autorinnen auch noch bei mittelstark ausgeprägten Demenzen anwendbar.

Empfehlung 34: Es sollten Faktoren ermittelt werden, die stabilisierend und destabilisierend auf die Schmerzsituation wirken.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Halifax 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering) Landmark et al. 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering) Holloway & McConigley 2009 (Grad der Evidenz: sehr gering) Gibson et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Jones et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Mentes et al. 2004 (Grad der Evidenz: sehr gering)	

Empfehlung 34: Schmerz stabilisierende und -destabilisierende Faktoren

Stabilisierende und destabilisierende Faktoren werden im pflegerischen Expertenstandard zum chronischen Schmerz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2015) als Faktoren definiert, die dazu führen können eine stabile (für die betroffene Person akzeptable) Schmerzsituation beizubehalten oder aber negativ zu beeinflussen bzw. an sich schmerzauslösend zu sein und damit die Situation zu destabilisieren. Es gilt, diese Faktoren zu identifizieren und ihre Wirkung in der weiteren Maßnahmenplanung zu berücksichtigen.

3.4.3 Assessment von Schmerz – Einschätzung von Schmerz

Durch aktuelles und spezifisches Fachwissen ist es möglich, den Schmerzausdruck und das Verhalten der Bewohnerinnen zu erfassen, zu interpretieren und eine bewohnerinnenbezogene Versorgung abzuleiten (Halifax 2013). Pflegefachkräfte oder pflegerische Hilfskräfte benötigen fundiertes Arbeitswissen, auf dessen Grundlage bekannte Verhaltensweisen der Bewohnerinnen eingeschätzt werden können (ebd.). Fachwissen zum Schmerzassessment ist erforderlich, da nicht bei allen Bewohnerinnen direkt sichtbare Indikatoren für Schmerz beobachtet werden können. Dies impliziert, dass bei einer ausschließlichen Beobachtung von Verhalten durch ungeschulte Personen Schmerz unerkannt und unbehandelt bleiben kann (Jones et al. 2005:21).

Durch Fachwissen, kombiniert mit systematischen Beobachtungen, ist es möglich, „gewohntes“ bzw. abweichendes Verhalten der Bewohnerinnen zu interpretieren.

Empfehlung 35: Das Schmerzassessment soll mit der Selbstauskunft der Bewohnerinnen beginnen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa- Vb, Empfehlungsstärke: B-E) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) APS 2005 (Expertenkonsens) McLennon & Titler 2005 (Grad der Evidenz: C) AGS 2002 (Grad der Evidenz: IIA, Empfehlungsstärke: A-B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Liu et al. 2012 (Grad der Evidenz: sehr gering) Auret et al. 2008 (Grad der Evidenz: gering) Alexander et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Jones et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Martin et al. 2005 (Grad der Evidenz: gering)	

Empfehlung 35: Selbstauskunft der Bewohnerinnen

Die Selbstauskunft wird als Goldstandard zur Schmerzerfassung angesehen. Dadurch können zuverlässige Angaben zur Schmerzsituation und zur Schmerzintensität gewonnen werden (AGS 2002, APS 2003, Jones et al. 2005, Herr et al. 2006, BPS & BGS 2007, Auret et al. 2008, AMDA 2009, 2012). Vor allem Pflegende müssen in der Lage sein, Schmerz zu erfassen (Liu et al. 2012). Dabei sind die Art, der Charakter und die Intensität des Schmerzes zu ermitteln (APS 2005).

Insgesamt gilt es zu bedenken, dass sich ältere Menschen eher auf die Anwendung einer Schmerzskala einlassen, als von sich aus Schmerzen anzugeben (BPS & BGS 2007). Allerdings können nicht alle Bewohnerinnen visuelle Skalen nutzen (Alexander et al. 2005).

Bei Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen kann eine Selbstauskunft zu Schmerz eingeholt werden (Hadjistavropoulos et al. 2010). Um zuverlässige Aussagen zu erhalten, müssen Ihnen genügend Zeit zum Antworten sowie Unterstützung angeboten werden (AGS 2002, AMDA 2009, 2012). Selbsteinschätzung sollte bei leichter bis mittelschwerer Demenz durch Beobachtungen und durch die Fremdeinschätzung von Dritten, z.B. Pflegenden, ergänzt werden (Martin et al. 2005).
Umfassende Selbstauskunft zu Schmerz ist entscheidend, um älteren Menschen zum Selbstmanagement ihrer Schmerzen zu befähigen (Gibson et al. 2005). Es sollte daher der Versuch unternommen werden, Kommunikationsstörungen auf die Möglichkeit der Kompensation und Beeinflussung hin zu überprüfen (VERENSO 2011, S. 28).

Empfehlung 36: Das Schmerzassessment soll zielgruppenspezifisch einem hierarchischen Prozess (von Selbstauskunft bis zur Fremdeinschätzung) folgen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO (2011) (Expertenkonsenes) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsenes) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: Vb, Empfehlungsstärke: E) McLennon & Titler 2005 (Grad der Evidenz: C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 36: Zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente

Beim Schmerzassessment soll ein zielgruppenspezifisches Assessmentinstrument zur Anwendung kommen (RNAO 2002/2007, VERENSO 2011). Beim Schmerzassessment handelt es sich um ein prozesshaftes Geschehen, es sollte stets mit der Selbstauskunft zu Schmerz beginnen.

Bei unklarer Auskunftsfähigkeit soll eine hierarchische Abfolge im Schmerzassessment beachtet werden (McCaffery et al. 1997, McLennon & Titler 2005, Herr et al. 2006):

1. Selbstauskunft der Patientin mittels einer Selbsteinschätzungsskala (z.B. NRS 0-10, VRS)
2. Prüfung ob pathologische Gesundheitszustände vorliegen, die Schmerz verursachen können
3. Verhalten beobachten (z.B. Mimik, Weinen)
4. Schmerzbericht von Familienangehörigen
5. Physiologische Veränderungen wie Blutdruck und Puls.

Andere Autorinnen beschreiben ebenfalls eine gestufte Vorgehensweise:
Zunächst wird (a) eine Selbsteinschätzungsskala wie z.B. die Numerischen Rangskala (NRS) (AGS 2002, Jones et al. 2005) genutzt. Sollte dadurch keine Selbsteinschätzung möglich sein, kann (b) eine vertikale verbale Skala wie die Verbale Rangskala (Pain Thermometer / VRS siebenstufige Verbale Skala) (AGS 2002, Jones et al. 2005) genutzt werden.

Ist das nicht möglich, soll (c) eine systematische Beobachtung von Verhaltensmerkmalen (Jones et al. 2005) erfolgen. Diese sind in Instrumenten wie der BESD, BISAD oder ZOPA ausgewiesen.

Empfehlung 37: Beim Schmerzassessment sollten altersbedingte Beeinträchtigungen wie z.B. Hör- oder Sehminderung berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: III-IV/Empfehlungsstärke: C) AGS 2002 (Grad der Evidenz: II, Empfehlungsstärke A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 37: Altersbedingte Beeinträchtigungen

Mit zunehmendem Alter kann die Anwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten schwieriger werden. Dies liegt häufig an allgemeinen altersbedingten Beeinträchtigungen wie Hör- und Visusminderungen (AGS 2002, Herr et al. 2006, Hadjistavropoulos et al. 2010).

Durch entsprechende Kompensationsmechanismen kann jedoch eine Selbstauskunft aufrechterhalten bleiben. Folgende Aspekte sind bei den beiden Beeinträchtigungen zu berücksichtigen:

- Hörbeeinträchtigungen:
    - langsames Sprechen
    - Sprechen in einer normalen Tonlage
    - Vermeidung störender Nebengeräusche
    - Nutzung schriftlicher Anleitungen
- Sehbeeinträchtigungen
    - Ausreichende Beleuchtung
    - Schriftgröße 14pt
    - Schriftfarbe schwarz
    - kein glänzendes oder koloriertes Papier

Insgesamt sollte auf die Nutzung und Funktionalität vorhandener Hilfsmittel wie Brillen und Hörgeräte geachtet werden (AGS 2002, Herr et al. 2006, Hadjistavropoulos et al. 2010).

Empfehlung 38: Das Schmerzassessment sollte durch aktives Zuhören in geeigneter Gesprächsatmosphäre unterstützt werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): APS 2005 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Halifax 2013 (Grad der Evidenz: gering)	

Empfehlung 38: Gezieltes Zuhören

Auch bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen kann durch aktives Fragen und Zuhören der Ausdruck von Schmerz wahrgenommen werden (Hallifax 2013). Allerdings bedarf es hier einer besonders sensiblen Vorgehensweise, die als Grundhaltung Empathie und Offenheit erkennen lässt (APS 2005). Während der Befragung sollte für eine geeignete Gesprächsatmosphäre gesorgt werden. Hierzu zählen eine Kommunikation auf Augenhöhe, z.B. durch eine sitzende Position während des Gesprächs, und die Bereitschaft zum Zuhören (APS 2005). Darüber hinaus sollten genügend Zeit und Ruhe für Fragen und Antworten zur Verfügung stehen (APS).

Bei physiologischen sowie kognitiven und/oder Bewusstseinsproblemen sollte sichergestellt sein, dass die Bewohnerin die Fragen auch verstehen kann, bzw. verstanden hat (APS).

Empfehlung 39: Das Schmerzassessment soll die Beobachtung der Bewohnerinnen beinhalten.	Empfehlungsstärke: ⇑ ⇑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) Horgas & Yoon 2008 & Yoon 2008 (Grad der Evidenz: Level V) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa, Empfehlungsstärke: C) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: IIA, Empfehlungsstärke: A-B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Halifax 2013 (Grad der Evidenz: gering) Landmark et al. 2013 (Grad der Evidenz: sehr gering)	

Empfehlung 39: Beobachtung der Bewohnerinnen

Für eine umfassende Schmerzerfassung ist die Beobachtung der Bewohnerinnen eine geeignete Ergänzung zur Selbstauskunft. Besonders bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und verlorenen verbalen Fähigkeiten wird sie empfohlen (APS 2005, BPS & BGS 2007). Da schmerzbezogenes Verhalten sehr subjektiv und individuell ist, sind spezielle Kenntnisse zur adäquaten Interpretation von Vorteil. Dazu zählt u.a. die Vertrautheit mit den betroffenen Personen (BPS & BGS 2007). Dies ist besonders vor dem Hintergrund wichtig, dass Pflegekräfte dazu neigen, Schmerzen von Bewohnerinnen zu unterschätzen (BPS & BGS 2007).

Die Beobachtung schmerzbezogenen Verhaltens basiert auf der Analyse unterschiedlichster Verhaltenskategorien. Folgende Indikatoren können Hinweise auf Schmerzen geben:

- Verbalisierung/Vokalisierung:
  nicht sprachliche Äußerungen wie Schreien, Heulen, Kreischen, Weinen, Jammern und Fluchen (Halifax 2013, BPS & BGS 2007, AGS 2002, Herr et al. 2006, AMDA 2009, 2012)
- Bewegungen:
  Sowohl Starre (Rigidität) als auch Unruhe (Zappeln) sind zu berücksichtigen. Die Bewohnerinnen können sehr unterschiedliche Bewegungsmuster zeigen (Halifax 2013, BPS & BGS 2007, AGS 2002, Herr et al. 2006, AMDA 2009, 2012).
- Veränderungen in interpersonalen Interaktionen:
  Wut, Schlagen, Kämpferisch sein, Unruhe, Aggressivität oder nicht sprechen. (Halifax 2013, BPS & BGS 2007, AGS 2002, Herr et al. 2006, AMDA 2009, 2012)
- Veränderungen der Aktivitätsmuster oder Routinen:
  Lethargie, nicht laufen wollen, nicht an einem Platz bleiben wollen oder nicht essen (Halifax 2013, BPS & BGS 2007, AGS 2002, Herr et al. 2006, AMDA 2009, 2012)
- Veränderungen des psychischen Zustandes:
  Aufregung, traurig sein, Weinen, Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit (Halifax 2013, BPS & BGS 2007, AGS 2002, Herr et al. 2006).
- Interpretation von Gesten (insb. bei Bewohnerinnen mit Kommunikationsproblemen):
  Fixieren der betroffenen Stelle mit den Augen, mit den Fingern auf die betroffene Stelle zeigen, Reiben von Körperstellen, Bewegungen mit dem Kopf, um Schmerz zu bejahen oder zu verneinen (Hallifax 2013, BPS& BGS 2007, AGS 2002, Herr et al. 2006, AMDA 2009, 2012).
- Mimik:
  Grimassieren, gekrauste Stirn/Stirnfalten, geschlossene oder weit geöffnete Augen, Blinzeln

Horgas & Yoon (2008: 84) beschreiben, dass Anspannung (bracing) bei Schmerz bei 90% der beobachteten Personen (n=40) auftrat. Schmerzgeräusche (pain noises) sind mit 43% das zweithäufigste gezeigte Verhalten. Das Wort Schmerz wurde seltener ausgesprochen (Pain words) (5%), auch das Reiben von Körperstellen (rubbing) war mit 2,5% nur selten anzutreffen war (Horgas & Yoon 2008:84).

Ähnlich wie bereits oben erwähnt, listet die „American Geriatric Society“ in ihre Leitlinie (AGS 2002) folgende häufige auftretenden Schmerzverhaltensmerkmale bei kognitiv beeinträchtigten älteren Personen auf:

- Mimische Reaktionen
- Lautäußerungen (Verbalisation, Vokalisation)
- Körperbewegungen
- Veränderungen in den zwischenmenschlichen Interaktionen
- Veränderungen in Aktivitätsmustern und Routinen
- Veränderungen im mentalen Status

Diese Verhaltensweisen sollten nicht mit den Komorbiditäten und der schweren Demenz an sich verwechselt werden (z.B. Schonhaltungen in Ruhe, Paratonie). Ebenso sollten andere Informationen (z.B. bekannte physische Bedingungen) berücksichtigt werden, die auf das Vorhandensein von Schmerzen hindeuten könnten (Hadjistavropoulos et al. 2007, Hadjistavropoulos et al. 2010).

Die Schmerzeinschätzung sollte sich nicht auf nur eine Informationsquelle stützen. Sie sollte unterschiedliche Methoden der Informationssammlung umfassen. Hierzu zählen die körperliche Untersuchung, Berichte betreuender Personen (auch unterschiedlicher Fachärzte), mündliche Berichte, Verhaltensbeobachtungen und das Ansprechen auf analgetische Medikamente (APS 2005, Hadjistavropoulos et al. 2007, AMDA 2009, 2012).

Empfehlung 40: Zum Schmerzassessment sollen bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen Instrumente zur systematischen Fremdeinschätzung von Schmerz genutzt werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) APS 2005 (Expertenkonsens) McLennon & Titler 2005 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C)	

Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Jordan 2011 (Grad der Evidenz: gering) Fuchs-Lacelle 2007 (Grad der Evidenz: Gering) Zwakhalen et al. 2011 (Grad der Evidenz: gering) Zwakhalen et al. 2012: 3009 (Grad der Evidenz: gering)
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz

Empfehlung 40: Fremdeinschätzung

Bei älteren Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit ist der Einsatz von Beobachtungsinstrumenten bei der Schmerzeinschätzung erforderlich (APS 2005, BPS & BGS 2007, HCANJ 2006, McLennon & Titler 2005, RNAO 2002, 2007, VERENSO 2011). Diese sollten systematisiert und standardisiert sein, damit eine größtmögliche Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Personen, die das Schmerzassessment erheben, hergestellt werden kann (Hadjistavropoulos et al. 2010). Diese Instrumente beinhalten unterschiedliche Kombinationen von Beobachtungen, die auf das potentielle Vorhandensein von Schmerz hinweisen können (BPS & BGS 2007).

Es können unterschiedliche Muster der Veränderungen in Fremdeinschätzungsinstrumenten erscheinen:

- Physiologische Beobachtungen, z.B. Atemmuster, Schwitzen (BPS & BGS 2007, RNAO 2002, 2007)
- Mimischer Ausdruck, z.B. Zusammenzucken, Grimassieren, Stirnrunzeln, Blinzeln (BPS & BGS 2007, RNAO 2002, 2007)
- Körpersprache, z.B. Schützen von Körperstellen, verändertes Gangbild, Auf-und-ab-Gehen, Schaukeln, Händeringen, sich wiederholende Bewegungen (BPS & BGS 2007, RNAO 2002, 2007)
- Verbalisation/Vokalisation, z.B. Stöhnen, Ächzen, um Hilfe bitten, schreiende, aggressive oder beleidigende Sprache (BPS & BGS 2007, RNAO 2002, 2007)
- Veränderungen in der zwischenmenschlichen Interaktionen z.B. Aggression, Rückzug, Widerstand gegen Pflegemaßnahmen (BPS & BGS 2007, RNAO 2002, 2007)
- Änderungen der Aktivitätsmuster oder Routinen z.B. umher Wandern (wandering), veränderte Schlafmuster und Ruhemuster (BPS & BGS 2007, (RNAO 2002, 2007)
- Veränderungen des psychischen Zustandes z.B. Schreien, Tränen, erhöhte Verwirrung, Reizbarkeit (BPS & BGS 2007, RNAO 2002, 2007)

So weisen die Autorinnen auch darauf hin, dass ein erhöhter Schmerzscore nicht als alleiniger Auslöser zur Identifikation von Schmerz dienen sollte. Eine Aufsummierung von Verhalten ist nicht gleichbedeutend mit hoher Schmerzintensität (Zwakhalen et al. 2011:387).

3.4.4 Assessment von Schmerz – Fremdeinschätzungsinstrumente

Für den deutschen Sprachraum liegen drei Instrumente zur Fremdeinschätzung von Schmerz im Setting der stationären Altenhilfe vor. Für alle Instrumente gilt, dass sie sich in einem frühen Stadium der Entwicklung befinden und dass bislang für keines der Instrumente eine hohe Testgüte vorliegt.

Deutschsprachige Fremdeinschätzungsinstrumente:

Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Die englischsprachig entwickelte Advanced Dementia (PAINAD) Scale wird international empfohlen für das Schmerzassessment bei Personen mit schwerer Demenz, die nicht in der Lage sind verbal zu kommunizieren, (APS 2005, Hadjistavropoulos et al. 2010, VERENSO 2011).

Die PAINAD Scale wurde als BESD Skala für den deutschsprachigen Raum übersetzt und überprüft (Basler et al. 2006, Schuler et al. 2007). In den fünf Kategorien Atmung, Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost werden Verhaltensmerkmale eingeschätzt und mit einem Punktwert von 0 bis 2 bewertet. Die Gesamtskalierung reicht von min. 0 bis max. 10 Punkte. Mittels eines Punktwerts kann der individuelle Beobachtungsverlauf abgebildet werden, dieser Punktwert ist nicht gleichbedeutend mit der Schmerzintensität (Zwakhalen et al. 2011).

Bei der Bewertung des Punktescores wird empfohlen, den Cut-off-Punkt bei der Schmerzeinschätzung mittels PAINAD/BESD für medikamentöse und nicht medikamentöse Maßnahmen bei einem Punktwert von 1 oder 2 zu implementieren (Zwakhalen et al. 2011: 388).

Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD)

Das Fremdeinschätzungsinstrument BISAD ist eine deutsche Weiterentwicklung des ursprünglich französischen Instruments ECPA (Echelle comportemental de la douleur pour personnes âgées non communicantes) (Fischer 2012). Die Beobachtung erfolgt bei diesem Instrument mittels acht Kategorien in Ruhe und in Bewegungssituationen mit einer möglichen Ausprägung von min. 0 bis max. 32 Punkten. Für die Anwendung des BISAD ist es erforderlich, die Bewohnerin zu kennen, weil auch Verhaltensänderungen einbezogen werden.

Eine Prüfung der Reliabilität und der Konstruktvalidität bei Bewohnerinnen von stationären Pflegeeinrichtungen mit mittlerer bis schwerer Demenz hat zufriedenstellende Ergebnisse erbracht (Fischer 2012).

Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA)

Ein ausschließlich deutschsprachig entwickeltes Instrument zur Schmerzeinschätzung bei Patientinnen mit Beeinträchtigungen des Bewusstseins und der Kognition ist das ZOPA (Handel 2010). Das Instrument beinhaltet 13 Verhaltensmerkmale, denen die vier Kategorien Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und physiologische Indikatoren zugeordnet sind. Diese Verhaltensmerkmale werden dichotom eingeschätzt. In einer ersten Untersuchung zeigt sich die Überprüfung der Konstruktvalidität mittels Hypothesentestung bei 644 Einschätzungen als signifikant (ß=<0,001). Allerdings wurde das Instrument im Anschluss verkürzt (Handel 2010). Eine aktuelle Fallkontrollstudie zeigte gute klinische Handhabbarkeit (Maier et al. 2015). Weitere Untersuchungen zur Güte des Instrumentes stehen derzeit aus.

Nicht deutschsprachige Fremdeinschätzungsinstrumente

In der internationalen Literatur werden weitere Instrumente empfohlen, die allerdings nicht deutschsprachig zur Verfügung stehen. In einem systematischen Review, das auf veröffentlichten Reviews zu Fremdeinschätzungsintrumenten von Schmerz basiert, wird ein Überblick zu international eingesetzten Instrumenten gegeben. Dabei ist festzuhalten, dass derzeit für keines dieser Instrumente ausreichende Reliabilität und Validität vorliegt (Lichtner et al. 2014).

Die Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) (BPS & BGS 2007, Hadjistavropoulos et al. 2010) wird neben der englischsprachigen Version auch in einer niederländischen Übersetzung als PACSLAC-D verwendet (VERENSO 2011). Die Checkliste der Nonverbal Pain Indicators (CNPI) von Feldt (2000) wird in der amerikanischen Leitlinie von Herr et al. (2006) beschrieben. Auch diese Skala wurde für die Fremdbeobachtung von Akutschmerz bei Menschen mit Kommunikationseinschränkungen beschrieben (Herr et al. 2006). In der australischen Literatur wird die englischsprachige „Abbey Pain Scale“ zum Schmerzassessment empfohlen (APS 2005). Daneben scheint die französischsprachige Doloplus 2 Skala erfolgversprechend zu sein (Hadjistavropoulos et al. 2007). Ein weiteres, in den Niederlanden genutztes Instrument ist das REPOS. Es zeigte für die Studien- und Kontrollgruppe eine Sensitivität von 0,86% / 0,82 und eine Spezifität von 0,78 / 0,96 (n=223) (van Herk et al. 2009).

Empfehlung 41: Das Schmerzassessment soll in Ruhe und in Aktivitätssituationen erhoben werden.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AGS 2002 (Grad der Evidenz: II, Empfehlungsstärke A) APS 2005 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa, Empfehlungsstärke: C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 41: Assessment in Ruhe und Bewegung

Sowohl die Schmerzangaben per Selbstauskunft als auch die schmerzbezogenen Verhaltensbeobachtungen sollen sich auf Aktivitäten (Transfers, Lagerung etc.) und Ruhesituationen beziehen (APS 2005, Herr et al. 2006, Hadjistavropoulos et al. 2007). Ältere Menschen werden z.B. bei Rückenschmerzen behutsamer in ihren Bewegungsabläufen sein als ältere Menschen ohne Schmerzen. Bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und gleichzeitigen Rückenschmerzen können diese Verhaltensweisen häufiger beobachtet werden (Shega et al. 2008). Besonders bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz ist eine Beobachtung schmerzbezogenen Verhaltens während bewegungsintensiver, auch unterstützter Maßnahmen wie z.B. beim Gehen oder bei der morgendlichen Körperpflege wichtig (AGS 2002).

3.4.5. Assessment von Schmerz - Umsetzung

Zur Schmerzerfassung bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Zur Anwendung kommen eindimensionale Skalen wie z.B. die Numerische Rangskala (NRS) oder die Visuelle Analog Skala (VAS); bei nicht auskunftsfähigen und/oder kognitiv beeinträchtigten Bewohnern werden strukturierte Fremdeinschätzungsinstrumente genutzt (AGS 2002, Horgas & Yoon 2008). Dabei gilt, dass das jeweils gewählte Schmerzerfassungsinstrument zum aktuellen Gesundheitszustand und zu der Situation der Bewohner passen muss (APS 2005, Herr et al. 2006). Mitarbeitende im Gesundheitswesen sollten sich mit der routinemäßigen Anwendung unterschiedlicher Assessmentinstrumente vertraut machen und auch eine kombinierte Nutzung in Betracht ziehen.

Durch unterschiedliche Informationen, die nicht nur die Erfassung der Schmerzintensität umfassen, können unterschiedliche Dimensionen des Schmerzes berücksichtigen werden (BPS & BGS 2007) (Empfehlung 33).

Empfehlung 42: Die Präferenzen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen sollen bei der Auswahl der Schmerzeinschätzungsinstrumente berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa-Vb, Empfehlungsstärke: B-E)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 42: Präferenzen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen

Über die Güte der Schmerzeinschätzung entscheidet die Fähigkeit der Bewohnerinnen, die ausgewählten Schmerzeinschätzungsinstrumente zu nutzen. Zudem sollte die Schmerzeinschätzung stets unter vergleichbaren Bedingungen, z.B. gleicher Grad der Belastung, z.B. Ruhe oder Bewegung, erfolgen. Diese passgenaue Anwendung ist insbesondere bei Personen mit verzögerter Entwicklung, Lernschwierigkeiten, kognitiven Beeinträchtigungen und/oder emotionalen Störungen erforderlich (RNAO 2002, 2007: 41/47, Herr et al. 2006, VERENSO 2011). So sollten die bei der Selbsteinschätzung genutzten Instrumente ausreichend große, klare Buchstaben und Zahlen aufweisen und bei guter Beleuchtung verwendet werden (VERENSO 2011:10). Zudem ist eine Präsentation der Skalen in klarem Schwarzweiß günstiger als eine Farbgebung in Zwischentönen (BPS & BGS 2007).

Empfehlung 43: Zur Erfassung der Schmerzintensität sollen bei auskunftsfähigen Bewohnerinnen eindimensionale Skalen genutzt werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: IIIa-Vb, Empfehlungsstärke: B,C &E) APS 2005 (Expertenkonsens) McLennon & Titler 2005 (Grad der Evidenz: C) AGS 2002 (Grad der Evidenz: IIA, Empfehlungsstärke: A-B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 43: Erfassung der Schmerzintensität

Für die Erfassung der Schmerzintensität stehen verschiedene eindimensionale Skalen zur Verfügung, die die Identifizierung von Schmerz unterstützen können (BPS & BGS 2007). Bei orientierten älteren Bewohnerinnen sollte zur Selbstauskunft zunächst eine der Numerischen Rangskalen (NRS) Anwendung finden. Erst wenn diese Einschätzung nicht erfolgreich ist, sollte auf die Verbale Rangskala (VRS) und erst nachfolgend auf die Visuelle Analogskala (VAS) oder die Gesichter-Skala zurückgegriffen werden (Herr et al. 2006: 13) (siehe Empfehlung 36).

Numerische Rangskalen werden aufgrund ihrer guten psychometrischen Eigenschaften häufig präferiert, ihr Gebrauch minimiert zudem die sprachlichen Anforderungen an die Bewohnerinnen. Sie sind von 0 bis 10 oder von 0 bis 100 skaliert. Dabei steht 0 für keinen Schmerz, die jeweils höchste Zahl geht mit der höchsten berichteten Schmerzintensität einher (AGS 2002, RNAO 2002, 2007, APS 2005, McLennon & Titler 2005, BPS & BGS 2007, HCANJ 2006, Herr et al. 2006, Hadjistavropoulos et al. 2007, AMDA 2009, 2012, Hadjistavropoulos et al. 2010, VERENSO 2011).

Einige ältere Menschen scheinen eher geneigt zu sein, ihren Schmerz mittels einer numerischen Rangskala anzugeben, als über ihren Schmerz zu berichten. Bei Bewohnerinnen, die Schwierigkeiten in der Nutzung der NRS haben, ist der Einsatz von Verbalen Rangskalen sinnvoll (APS 2005:13). Sie scheinen für Personen mit sprachlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen einfacher in der Anwendung zu sein und werden von älteren Menschen bevorzugt (APS 2005:13, Herr et al. 2006:12-14). Verbale Rangskalen haben ebenfalls gute psychometrische Eigenschaften (Hadjistavropoulos et al. 2007). Dabei ist zu beachten, dass bei Bewohnerinnen mit chronischem Schmerz das Zahlenverständnis beeinträchtigt sein (Wolrich et al. 2014) und/oder das individuelle Schmerzmaß der Bewohnerinnen variieren kann (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2015).
Im Englischen werden diese Skalen unterschiedlich benannt, z.B. als Verbal Descriptor Scale (VDS) (APS 2005, McLennon & Titler 2005, Herr et al. 2006, Hadjistavropoulos et al. 2007), oder auch als Verbal Rating Scale (VRS) (Herr et al. 2006, Hadjistavropoulos et al. 2010:106-108). Diese können ebenfalls unterschiedliche Skalierungen von 0 bis 3 oder 0 bis 7 aufweisen.

Visuelle Analogskalen werden horizontal und auch vertikal angeordnet. Meist werden sie in einer 10 cm langen Linie angelegt und verfügen über zwei Endpunkte (z.B. kein Schmerz und stärkster vorstellbarer Schmerz). Bewohnerinnen werden gebeten auf dieser Linie ihre jeweilige Schmerzintensität zu markieren. Die vertikale Präsentation von Visuellen Analogskalen ist bei älteren Menschen weniger anfällig für Fehleinschätzungen, zudem präferieren ältere Menschen vertikal angeordnete Skalen (VERENSO 2011: 10, AMDA 2009, 2012). Allerdings ist die Validität als Maß für Schmerzintensität (vor allem bei älteren Menschen mit kognitiven Einschränkungen) noch nicht abschließend geklärt (VERENSO 2011).

Gesichter-Skalen wurden ursprünglich zur Schmerzerfassung von Kindern entwickelt. Sie werden auch zur Nutzung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen genutzt, sind aber in der Anwendung bei älteren Personen weniger effektiv als Numerische Rangskalen (NRS) oder Verbale Rangskalen (VRS) (BPS & BGS 2007) und weisen eine niedrigere Reliabilität und Validität als diese auf (McLennon & Titler 2005).

Empfehlung 44: Zur Erfassung der Schmerzlokalisation sollten beim Schmerzassessment Schmerzzeichnungen (Körperskizzen/Karten/Tafeln) genutzt werden.	Empfehlungsstärke: ↑

Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens)
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Mahoney et al. 2008 (Grad der Evidenz: mittel)

Empfehlung 44: Erfassung der Schmerzlokalisation

Zur Lokalisation des Schmerzes sollten Schmerzzeichnungen/Body Location Scales (Körperskizzen, Karten oder Tafeln), die den Körper abbilden, genutzt werden. Betroffen Bewohnerinnen können auf ihren eigenen Körper zeigen, um auf den schmerzhaften Ort hinzuweisen, und den Schmerz mittels Karten oder Tafeln lokalisieren (VERENSO 2011). In den Therapieberufen gehören diese bereits unabdingbar zum systematischen Schmerzassessment.

Ein Ansatz im Assessment von Schmerz ist es, die betroffenen Körpergebiete auf Körperskizzen zu markieren. Markiert wird die Stelle, an der eine Veränderung oder ein pathologisches Zeichen zu beobachten oder zu sehen ist, z.B. Hautrisse, Verfärbungen, Verletzungen, andauernde Veränderungen wie arthritische Knie oder Kontrakturen, Gesichtsausdruck, Atmung, Vokalisation, Körpersprache, Verhaltensveränderungen wie z.B. Reiben, Veränderungen des funktionellen Status, physiologische Veränderungen, aktueller und vorliegender medizinischer Status (Mahoney & Peters 2008).

Bewohnerinnen können zur gleichen Zeit Schmerz an mehreren unterschiedlichen Körperstellen erleben. Diese unterschiedlichen Stellen und die jeweiligen Veränderungen können durch den Einsatz von Körperskizzen markiert werden.

3.4.6. Assessment von Schmerz – Beteiligte

Empfehlung 45: Alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu Bewohnerinnen sollen zu einem gemeinsamen Schmerzassessment beitragen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens)	

APS 2005 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: A) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Expertenkonsens)
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --

Empfehlung 45: Durchführung des Assessments durch Fachkräfte des multiprofessionellen Teams

Zum Schmerzassessment gehört eine umfassende klinische Untersuchung (AMDA 2009). Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind im multiprofessionellen Team zu kommunizieren (APS 2005).

Husebo et al. (2007) haben zur Überprüfung der Bewegungen ein Protokoll entwickelt (Hadjistavropoulos et al. 2010):
Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID)

1. Öffnen beider Hände, eine nach der anderen
2. Strecken der Arme nach einander nach oben (zum Kopf)
3. Strecken der Hüft- und Kniegelenke nach einander
4. Umdrehen im Bett – zu beiden Seiten
5. Sitzen auf der Bettkante

Die Durchführung dieses Protokolls sollte von einer qualifizierten Person z.B. einer Physiotherapeutin oder einer besonders geschulten Pflegefachkraft erfolgen.

Die Gesamtsituation der Bewohnerinnen kann nur durch ein multiprofessionelles Assessment und dessen Evaluation erfasst werden (Hadjistavropoulos et al. 2007). Idealerweise erfolgt ein Schmerzassessment komplementär, Informationen aller beteiligten Personen sind gleich wichtig. Erst in der multiprofessionellen Zusammenschau ergibt sich ein ganzes Bild der Situation.
Pflegende sollten zu dem zu ihrem Arbeitsumfang gehörenden Aspekten des Schmerzassessments geschult sein und Erfahrung haben (RNAO 2002, 2007). Ein effektives Schmerzassessment und -management ist multidimensional und benötigt eine koordinierte multiprofessionelle Intervention (RNAO 2002, 2007).
So wird in der Literatur ein multiprofessionell zusammengestelltes Schmerzteam empfohlen, das für eine adäquate Art der Schmerzbeschreibung, der Schmerzdiagnostik und der Schmerzbehandlung Sorge trägt.

Das Schmerzteam könnte für die Organisation der Arbeitsprozesse und der Informationsweitergabe sowie zu Konsultationsdiensten zur Verfügung stehen (VERENSO 2011). In einem solchen Schmerzteam sollten Pflegende, hauptbehandelnde Ärztinnen, Psychologinnen, Physiotherapeutinnen, Apothekerinnen, Ernährungsberaterinnen und Ergotherapeutinnen vertreten sein. Des Weiteren können auch weitere Fachärztinnen wie Geriaterinnen, Internistinnen, Neurologinnen, Psychiaterinnen und Anästhesiologinnen einbezogen werden (VERENSO 2011).

Eine komplette Schmerzbeurteilung erfolgt stets unter Einbezug der Perspektive der Bewohnerin. Die Informationen werden idealerweise multidimensional und multiprofessionell zusammengetragen und analysiert, alle Versorgenden der Bewohnerinnen sind dabei gleich wichtig (VERENSO 2011). Neben den Berichten der professionell tätigen Versorgenden sind auch die Berichte von informell Versorgenden (z.B. Angehörigen) zu beachten. (APS 2005, Herr et al. 2006, BGS, BGS 2007, Hadjistavropoulos 2010, Herr et al. 2007, VERENSO 2011).

3.4.7. Assessment von Schmerz - Konsequenzen

Empfehlung 46: Das Schmerzassessment soll die Erstellung eines multiprofessionellen Behandlungsplanes nach sich ziehen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) HCANJ 2006 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Alexander et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 46: Multiprofessioneller Behandlungsplan

Der Behandlungsplan für die Schmerztherapie sollte an den Bedürfnissen und Wünschen der Schmerzbetroffenen ausgerichtet sein (AMDA 2012, HCANJ 2006).

Ein multiprofessioneller Behandlungsplan setzt voraus, dass neben der betroffenen Person und der behandelnden Ärztin alle weiteren beteiligten Berufsgruppen sich ebenfalls in die Planung einbringen (VERENSO: 97). Idealerweise orientiert sich dieser Plan an einer ganzheitlichen Sichtweise des Schmerzes. Er sollte maßnahmenbezogene Inhalte berücksichtigen:

- Schmerzbezogene körperliche Beeinträchtigungen (AMDA 2012)
- Sensorische und affektive Auswirkungen des Schmerzes (inkl. der Schmerzintensität) (AMDA 2012)
- Psychosoziale Beeinträchtigungen (AMDA 2012, RNAO 2002, 2007)

Die Mindestanforderungen eines solchen Therapieplans beziehen sich auf:

- Die Dokumentation des verwendeten Schmerzassessmentinstruments (AMDA 2012, HCANJ 2006)
- Die Auswirkungen des vorhandenen Schmerzes (AMDA 2012)
- Die zu erreichenden Therapieziele aus Sicht der betroffenen Bewohnerinnen und das damit verbundene akzeptable Maß der Schmerzintensität (AMDA 2012)
- Angaben zu festgelegten medikamentösen und nicht-medikamentösen Interventionen (RNAO 2002, RNAO 2007)
- Auswirkungen auf die funktionalen Fähigkeiten (AMDA 2012)
- Angaben zur Häufigkeit der zu erfolgenden Wirksamkeitsprüfung sowie der Verantwortlichkeit dafür (AMDA 2012).

Das Schmerzassessment sollte zu einer insgesamt verbesserten Schmerztherapie führen. Damit sollte die Reduktion der Schmerzintensität bei akutem Schmerz auf ein individuell erträgliches Maß erreicht werden (Horgas & Yoon 2008). Gleichfalls sollte es zu einer Verbesserung der funktionellen Fähigkeiten und des Aktivitätslevels kommen, was eine größtmögliche Selbstständigkeit im Bereich der Alltagskompetenzen ermöglicht (Horgas & Yoon 2008).

Darüber hinaus ist es bei kognitiv beeinträchtigten Personen notwendig, den erstellten Behandlungsplan mit allen an der Behandlung beteiligten Personen regelmäßig zu besprechen und auf seine Vollständigkeit und Angemessenheit hin zu überprüfen (AMDA 2012). Dies gilt besonders für demenziell erkrankte Bewohnerinnen, die in für ihre Erkrankung spezialisierten Wohnbereichen betreut werden (Alexander et al. 2005).
Durch ein regelmäßiges Schmerzassessment kommt es zu einer besseren Schmerzversorgung. Ob sich dies nun auf die festverordnete Schmerzmedikation auswirkt, kann nicht eindeutig beschrieben werden.

Alexander et al. (2005) beobachten weniger benötigte festverordnete Schmerzmedikamente, während Fuchs-Lacelle et al. (2008) dies nicht bestätigen können. Außerdem steigt durch ein regelmäßiges Schmerzassessment die Sensibilität gegenüber schmerzbezogenen Situationen, so dass es zu einer Erhöhung der ärztlich verordneten schmerzbezogenen Bedarfsmedikation kommt (Fuchs-Lacelle 2007, Fuchs-Lacelle et al. 2008, Hadjistavropoulos et al. 2009).

Durch die Implementierung eines systematischen Schmerzmanagements kommt es besonders zur gesteigerten Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen bei kognitiv beeinträchtigten Personen (Hadjistavropoulos et al. 2009, Liu et al. 2012). Als nicht-medikamentöse Maßnahme wird z.B. eine aktive Übungstherapie bei älteren Personen berichtet (AGS, 2002: 219). Zudem zählen peripher wirkende Maßnahmen wie Kälte- und Wärmebehandlungen sowie Massagen zu den nicht-medikamentösen Maßnahmen (Liu et al. 2012). Allerdings muss der Umsetzungsgrad nicht-medikamentöser Maßnahmen kritisch betrachtet werden. Beispielsweise haben nur in der Hälfte der Fälle, in denen Schmerz reduzierende Interventionen im Bereich der Ablenkung und Beruhigung angezeigt waren, Pflegende diese auch angewandt (Zwakhalen et al. 2012).

Nach der Implementierung eines systematischen Schmerzmanagements lässt sich ebenfalls ein Rückgang des beobachtbaren Schmerzverhaltens feststellen (Alexander et al. 2005, Fuchs-Lacelle 2007, Fuchs-Lacelle et al. 2008, Liu et al. 2012). Einerseits wird dies in reduzierten Gesamtscores von Schmerzassessmentinstrumenten für kognitiv beeinträchtigte Personen (PACSLAC, C-PAINAD) deutlich (Fuchs-Lacelle et al. 2008, Liu et al. 2012). Andererseits zeigt sich konkret eine Verminderung des herausfordernden Verhaltens unter den Bewohnerinnen, des Widerstands gegenüber der pflegerischen Versorgung sowie des Schreiens. Das allgemeine Wohlbefinden der Bewohnerinnen scheint hingegen gesteigert (Alexander et al. 2005).

Die Gesamtanzahl der Verordnungen von Psychopharmaka konnte um 38,2% (n=127) gesenkt werden (Cervo et al. 2012). Als statistisch signifikant kann dabei die Senkung des prozentualen Anteils der Bewohnerinnen, die unter der Einnahme von Psychopharmaka stehen, von 42,4% auf 20,7% beschrieben werden ($p = 0,0002$) (ebd. 2012). Keeney et al. (2008) zeigten, dass im Rahmen der Einführung eines Schmerzmanagementprogrammes innerhalb eines Jahres vom dritten zum vierten Quartal die Anwendung von Sedativa signifikant reduziert werden konnte (n=37 versus 19, $P = 0,058$, n=84) (Keeney et al. 2008).

Von Demenz betroffene Bewohnerinnen mit mäßigen Schmerzen fordern kaum schmerzbezogene Bedarfsmedikation ein (Cipher & Clifford 2004).

Infolge der ausbleibenden Schmerztherapie zeigen sie unterschiedliches herausforderndes Verhalten in allen Aktivitäten des täglichen Lebens. Bei erkannten Schmerzen führen eine individuelle dauerhafte Schmerztherapie sowie verhaltenstherapeutische Maßnahmen zu einer gesteigerten Lebensqualität der Bewohnerinnen (ebd.). Ein systematisches Schmerzassessment kann zu weniger Stress und reduziertem Auftreten von Burn-Out bei den Pflegenden führen (Fuchs-Lacelle et al. 2008).

3.4.8. Assessment von Schmerz -Kommunikations- und Entscheidungswege

Empfehlung 47: Betroffene Bewohnerinnen und ihre betreuenden Angehörigen sollen in das Schmerzassessment einbezogen werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: A & C) Herr et al. 2006 (Expertenkonsens) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: III, Empfehlungsstärke: C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 47: Einbeziehung von Angehörigen

Alle Parameter des Schmerzassessments sollen regelmäßig und laufend mit der Bewohnerin, ihren Angehörigen sowie allen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams diskutiert werden (RNAO 2002, 2007: 49). Die älteren Bewohnerinnen und deren Angehörigen sollen mit schriftlichen Informationen versorgt werden (VERENSO 2011). Die Information zu Schmerzen und ihrer Behandlung sollten unter Berücksichtigung möglicher Vorannahmen und Mythen erfasst und interpretiert werden (siehe Empfehlung 1 & Empfehlung 2) (RNAO 2002, 2007).

Mögliche Risiken, Strategien zur Vermeidung von Nebenwirkungen und der Nutzen von Assessment- und Behandlungsmöglichkeiten sollten mit Bewohnerinnen und ihren Angehörigen unter Berücksichtigung ihrer Präferenzen für die Behandlungsstrategie diskutiert werden (RNAO 2002, 2007, AGS 2002).

Bewohnerinnen und ihre Angehörigen sollen über das Schmerzassessment und -management informiert werden und aktiv daran beteiligt sein, denn dadurch ist es möglich, die Wünsche der Bewohnerinnen zu berücksichtigen (APS 2005, Herr et al. 2006).
Bewohnerinnen und ihre Angehörigen (stellvertretend) können das Schmerzassessment mit den entsprechenden Instrumenten dokumentieren. Das unterstützt ihren Beitrag zum Behandlungsplan und die Kontinuität des Schmerzmanagements in alle Situationen (RNAO 2002, 2007).
Der Behandlungsplan soll entsprechend des Assessments und der Verlaufserfassung aufgestellt sein. Veränderungen zum Behandlungsplan müssen dokumentiert und mit allen beteiligten Personen kommuniziert werden (RNAO 2002, 2007). Angehörige sollten eine schriftliche Kopie des Behandlungsplans erhalten, damit sie aktiv in die Entscheidungsprozesse im Schmerzassessment und -management zu involviert werden können. Das gilt auch für Vorsorgebevollmächtigte und/oder Betreuerinnen. Dies gilt insbesondere, wenn nähere Angehörigen nicht vorhanden oder bekannt sind (VERENSO 2011).

Empfehlung 48: Die Kommunikation im multiprofessionellen Team soll strukturiert erfolgen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: III, Empfehlungsstärke: C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 48: Kommunikation der Mitglieder des multiprofessionellen Teams

Eine gelingendes Schmerzassessment und -management ist abhängig von einem koordinierten multiprofessionellen Ansatz, was Zusammenarbeit zwischen Bewohnerin und Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams erfordert. Die individuellen Präferenzen und Bedürfnisse der jeweiligen Bewohnerin sind dabei zu berücksichtigen (APS 2005, RNAO 2002, 2007).

Durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist es am besten möglich, wichtige Informationen zu erfassen (APS 2005). Beim Schmerzassessment erhobene Daten zum Monitoring und zur Kommunikation sind nur nutzbar, wenn sie allen beteiligten Personen zu Verfügung stehen (Hadjistavropoulos et al. 2007). Die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des multiprofessionellen Teams benötigt Klarheit, Unmittelbarkeit und Kontinuität (RNAO 2002, 2007). Dabei sind die Kommunikationsprozesse so zu gestalten, dass sie effizient ablaufen und die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens berücksichtigen. Einen entsprechenden Rahmen für die Zusammenarbeit insbesondere zwischen Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten können dabei Verträge nach § 119b SGB V bilden.

Ein klientenorientierter Ansatz ermöglicht die Beteiligung der Bewohnerinnen insbesondere bei der Zielsetzung und der Wahl der medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlung. Es sollten folgende Regeln in der Kommunikation zum Schmerzassessment gelten (AMDA 2009, 2012):

- Die Mitglieder des multiprofessionellen Teams nutzen zur Beschreibung des Schmerzes ein einheitliches, allen bekanntes Vokabular.
- Die genutzten Assessmentinstrumente sind allen bekannt.
- Ergebnisse des Schmerzassessments und die Effektivität der jeweiligen Behandlungsmaßnahme sind in der Dokumentation der Bewohnerin für die beteiligten Mitarbeitenden verfügbar.
- In der Einrichtung sollte die Möglichkeit zu einem systematischen Pflege-Ansatz gegeben sein. So sollte z.B. das Schmerzassessment routinemäßig bei (Fall-) Besprechungen oder anderen auf die Bewohnerinnen bezogenen Besprechungen (care plan meeting) adressiert werden.
- Eine verantwortliche Ansprechpartnerin für das individuelle Schmerzassessment bzw. -management sollte benannt werden.
- Eine verantwortliche pflegerische Ansprechpartnerin (Pflegefachkraft) sollte benannt werden, die die Bewohnerin kennt und die Informationen aller beteiligter Personen (Bewohnerin, Angehörige sowie Mitglieder des multiprofessionellen Teams) bündelt und für deren Verfügbarkeit Sorge trägt.
- Die pflegerische Ansprechpartnerin verantwortet die laufende Dokumentation und die zeitnahe Kommunikation von relevanten Aspekten der Versorgung sowie von Veränderungen oder aktuellen Informationen mit weiteren beteiligten Personen bzw. der hauptbehandelnden Ärztin.
- Schmerzassessment und -management können Teil des Qualitätsverbesserungsprogramms einer Einrichtung sein.

In der jeweiligen Einrichtung sollte dem Handeln ein verbindliches Verfahren (Strategie) zum Schmerzassessment und der Verlaufskontrolle (Monitoring) des Schmerzassessments (siehe Empfehlung 59) zugrunde liegen. Die Einrichtung sollte schriftliche Strategien und Verfahren zum Assessment und -management haben. Diese sollten mindestens alle 3 Jahre oder, falls erforderlich, häufiger überprüft werden. Sie sollten Folgendes beinhalten (HCANJ 2006):

- Ein schriftlich definiertes Verfahren zum regelmäßigen Assessment des Schmerzniveaus (individuell akzeptables Schmerzmaß), zum Mindeststandard bei Einzug, Entlassung sowie bei Veränderungen des gesundheitlichen Zustands und bei Schmerzäußerungen der Bewohnerin.
- Aspekte des Schmerzassessments sollten mindestens die Intensität, die Art des Schmerzes, Frequenzen oder Muster sowie kulturelle, spirituelle und ethnische schmerzbezogene Überzeugungen beinhalten (siehe Empfehlung 1 & Empfehlung 2).
- Ein schriftlich definiertes Verfahren für die Verlaufserfassung der Schmerzen (siehe Empfehlung 59).
- Ein schriftlich definiertes Verfahren, um konsistente gleiche Nutzung von Schmerzskalen in allen Abteilungen der Einrichtung sicherzustellen.
- Eine definierte Anforderung an die Dokumentation des Schmerzstatus
- Ein definiertes Verfahren zur Edukation der Patientinnen/Bewohnerinnen und ggf. ihrer Angehörigen zum Schmerzmanagement.
- Ein schriftlich definiertes Verfahren zur systematischen Koordination und Fortschreibung des Schmerzbehandlungsplans als Reaktion auf den dokumentierten Schmerzstatus.

3.4.9. Assessment von Schmerz - Dokumentation

Empfehlung 49: Alle relevanten Informationen des Schmerzassessments sollen an einer eindeutig definierten Stelle, für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams zugänglich, in der Dokumentation der Bewohnerin dokumentiert werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: II-V Empfehlungsstärke: B) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) APS 2005 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 49: Dokumentation des Assessments

Alle Informationen, die zum individuellen Schmerzassessment erfasst und genutzt werden und wurden, sollen dokumentiert werden. Dies kann im Einzelfall allgemeine, aber auch sehr individuelle Informationen umfassen, beispielsweise schmerzstabilisierende und -destabilisierende Faktoren. Die Dokumentation zum Schmerzassessment und -management soll alle in den vorangegangenen Empfehlungen beschriebenen, zutreffenden Bereiche umfassen.

Mitarbeitende des multiprofessionellen Teams sollten beobachtetes Schmerzverhalten auch bei nicht kognitiv beeinträchtigten Personen dokumentieren. Bei Bewohnerinnen mit Demenz sind Mitarbeitende, die diese Bewohnerinnen bzw. ihr Verhalten kennen, besonders aufgefordert, Verhaltensänderungen und klinische Veränderungen zu beobachten und zu dokumentieren. Beobachtungen von Angehörigen sollen ebenfalls in die Dokumentation einfließen (APS 2005).

Die Dokumentation zum Schmerzassessment und -management soll für alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams an einem definierten Ort einsehbar sein (APS 2005, RNAO 2002, 2007, VERENSO 2011).

3.5. Verlaufserfassung von Schmerz

Das Schmerzmanagement ist in der Regel nach einer einmaligen Intervention nicht abgeschlossen, sondern stellt einen Prozess dar, der sich über einen kürzeren oder längeren Zeitraum erstreckt. Dies gilt sowohl für akute als auch für chronische Schmerzen.

3.5.1 Verlaufserfassung von Schmerz – Ziel

Teil dieses Prozesses ist die Verlaufserfassung von Schmerzen. Sie dient dazu, die Notwendigkeit von Anpassungen des Schmerzmanagements oder weiterer Diagnostik zu prüfen. Sie wird bei allen Bewohnerinnen durchgeführt, die Schmerzen haben oder die eine Schmerztherapie erhalten.

Die Verlaufserfassung hat evaluativen Charakter und ist unverzichtbarer Teil des diagnostischen Prozesses zum Schmerzgeschehen Nichtsdestotrotz finden sich in der gesichteten Literatur vergleichsweise wenige Hinweise für die Gestaltung der Verlaufskontrolle und noch weniger qualitativ hochwertige Studienergebnisse.

Empfehlung 50: Bei allen Bewohnerinnen mit bestehenden Schmerzen und/oder bekannter Schmerzproblematik bzw. bestehender Schmerztherapie soll eine Schmerzverlaufserfassung erfolgen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) RNAO 2007 (Empfehlungsstärke A bzw. C) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz III, Empfehlungsstärke: A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Fuchs-Lacelle 2007 (Grad der Evidenz: gering) Burfield 2006 (Grad der Evidenz: gering)	

Empfehlung 50: Verlaufserfassung bei bestehender Schmerztherapie

Bei Bewohnerinnen mit bestehenden Schmerzen und/oder einer bekannten Schmerzproblematik bzw. mit bestehender Schmerztherapie (AGS 2002: S218, APS 2005: 7., AGS 2007 [in Burfield 2006], HCANJ 2006: 5 f., RNAO 2007: 12) soll eine Verlaufserfassung des Schmerzes durchgeführt werden.

Dies gilt sowohl allgemein für alle Bewohnerinnen (Hadjistavropoulos et al. 2010: 110) als auch insbesondere für Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Hadjistavropoulos et al. 2010, Fuchs-Lacelle 2007) sowie bei chronischen Schmerzen (AGS 2002: S210, RNAO 2007: 5). Eine weitere Differenzierung darüber hinaus wird nicht vorgenommen. Eine Schmerzverlaufserfassung baut immer auf einem vorliegenden Schmerzassessment auf und ist ohne dieses nicht sinnvoll (APS 2005).

In der vorhandenen Literatur konnten nur vereinzelt Aussagen dazu identifiziert werden, welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse eine systematische Verlaufserfassung für die Bewohnerinnen haben könnte. Fuchs-Lacelle (2007) zeigt, dass bei regelmäßiger Verlaufserfassung mittels PACSLAC mehr Bedarfsmedikamente gegeben wurden, jedoch nicht mehr fest verordnete Analgetika. Bei Bewohnerinnen, die eine Verlaufsbeobachtung erhielten, es kam zudem zu einer geringfügigen Verringerung schmerzbezogener Verhaltensweisen.

Empfehlung 51: Zeigt sich bei der Verlaufskontrolle, dass Schmerzen weiterhin vorhanden sind, sich der Schmerzcharakter ändert oder Schmerzen neu auftreten, so soll eine erneute diagnostische Überprüfung möglicher Schmerzursachen im Rahmen des multiprofessionellen Teams vorgenommen werden.	Empfehlungsstärke: ↑↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Alexander 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 51: Verlaufskontrolle im multiprofessionellen Team

Empfehlung 52: Medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen sowie die Gestaltung der Verlaufskontrolle selbst sollen an die Ergebnisse der Verlaufskontrolle angepasst werden.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Zwakhalen et al. 2012 (Grad der Evidenz: gering) Buffum et al. 2007 (Grad der Evidenz: sehr gering) Alexander et al. 2005 (Grad der Evidenz: sehr gering) Baier et al. 2004 (Grad der Evidenz: gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 52: Verlaufskontrolle medikamentöser und nicht-medikamentöser Interventionen

Mit Ausnahme von Baier et al. (2004) und Zwakhalen et al. (2012) fehlen Studien, die die patientenbezogenen Ergebnisse mit und ohne Verlaufskontrolle empirisch untersuchen. Die nachfolgenden Aussagen weisen daher nur einen schwachen Grad der Evidenz auf. Eine nachvollziehbare Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz unterbleibt in Hinblick auf die Konsequenzen der Verlaufskontrolle in der Literatur.

Übergeordnet wird die Verlaufskontrolle als die Überprüfung des Gesundheitszustandes bzw. der (Behandlungs-)Situation definiert, um eine Entscheidungsgrundlage für die Fortsetzung, Veränderung oder Beendigung von Maßnahmen zu gewinnen (AMDA 2009, 2012). Auch laut APS (2005) soll die Verlaufskontrolle dabei helfen, die Behandlung zu leiten.

Als klinische Endpunkte sollten bei der Verlaufskontrolle dienen (AGS 2002: S218):

- verminderter Schmerz
- verbesserte Funktionsfähigkeit
- verbesserte Stimmung
- verbesserter Schlaf.

Eine gute Verlaufsbeobachtung kann mit einem Anstieg der nicht-medikamentösen Maßnahmen gegen Schmerzen in Verbindung stehen (Baier et al. 2004, Zwakhalen et al. 2012).

Die Verlaufskontrolle kann zu einer Reduktion der Schmerzprävalenz bei den Bewohnerinnen beitragen (Baier et al. 2004).
Wenn sich im Zuge der Verlaufsbeobachtung bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen zeigt, dass das schmerzbezogene Verhalten andauert, sollte sich eine weitere Ursachensuche anschließen (Alexander et al. 2005). Auch veränderte Schmerzmuster oder das Auftreten neuer Schmerzen sollten zu einer erneuten diagnostischen Ursachensuche führen und nicht einfach nur auf vorbestehende und bekannte Gründe zurückgeführt werden (RNAO 2002, 2007). Dies kann in Verbindung mit der ergänzenden Einbeziehung fachlicher Expertise erfolgen (AMDA 2009, 2012, Herr et al. 2006 unter Bezug auf McCaffery & Pasero 1999 und VHA/DoD 2002, Zwakhalen et al. 2012). Pflegende sollen anwaltschaftlich für die Bewohnerinnen eintreten, wenn sich bei der Verlaufskontrolle zeigt, dass die Schmerzkontrolle unzureichend ist (RNAO 2002, 2007). Dazu sollen sie das Gespräch mit dem multiprofessionellen Team suchen und ihren Standpunkt mit entsprechenden Fakten untermauern.

Wird bei der Verlaufsbeobachtung bei Bewohnerinnen mit kognitiven Einschränkungen erkannt, dass Schmerzzeichen fortbestehen, kann dies zu einer verstärkten pharmakologischen Schmerztherapie (Alexander et al. 2005, Baier 2004) bzw. zu einem verbesserten Schmerzmanagement insgesamt (Alexander et al. 2005) und damit langfristig zu einer Verminderung der Schmerzzeichen führen (Alexander et al. 2005). Diese Befunde wurden in einer geschlossenen Station für Bewohnerinnen mit Demenz erhoben.
Auch bei Bewohnerinnen ohne kognitive Einschränkungen soll die medikamentöse (AMDA 2009, 2012, Hadjistavropoulos et al. 2007) bzw. nicht-medikamentöse Therapie (AMDA 2009, 2012) angepasst bzw. die Wirksamkeit des Schmerzmanagements durch die Verlaufskontrolle überprüft werden, wenn die Schmerzkontrolle sich als nicht ausreichend erweist (Hadjistavropoulos et al. 2010, Herr et al. 2006 mit Bezug auf Chibnall & Tait 2001, Pasero et al. 1999 sowie VHA/DoD 2002, RNAO 2002, 2007). Die Verlaufskontrolle ermöglicht dabei die Titration der Medikamentendosis (AMDA 2009, 2012, Buffum 2007). Die Planung der weiteren Verlaufskontrollen soll die bisher im Rahmen der Verlaufskontrolle ermittelten Befunde einbeziehen (Hadjistavropoulos et al. 2010), etwa im Hinblick auf die Häufigkeit der weiteren Verlaufskontrolle, besondere Schwerpunkte oder auch Präferenzen der Bewohnerin. Bei der versuchsweisen Gabe eines Schmerzmittels kann die Verlaufskontrolle in Form einer Vorher-Nachher-Erhebung durchgeführt werden, um die Wirksamkeit des Behandlungsversuchs zu beurteilen (Horgas & Yoon 2008).

3.5.2. Verlaufserfassung von Schmerz – Umsetzung

Die Schmerzverlaufserfassung bezieht sich auf das vorliegende Schmerzassessment.

Empfehlung 53: Bei der Schmerzverlaufserfassung sollen dieselben Instrumente verwendet werden wie beim Schmerzassessment.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) AGS 2002 (Grad der Evidenz: III, Empfehlungsstärke A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Edvardsson 2008 (Grad der Evidenz: sehr gering)	

Empfehlung 53: Erfassungsinstrumente der Verlaufserfassung

Empfehlung 54: Die Schmerzintensität (bei auskunftsfähigen Bewohnerinnen) sollte als Leitkriterium der Verlaufserfassung genutzt werden.	Empfehlungsstärke: ⇑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke C) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz IIIa-Vb, Empfehlungsstärke C) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz IIa-Vb, Empfehlungsstärke B) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: I & III, Empfehlungsstärke A)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Burfield et al. 2006/ 2012 (gering) Edvardsson 2008 (sehr gering)	

Empfehlung 54: Schmerzintensität als Leitkriterium

Empfehlung 55: Die Verlaufserfassung soll wiederkehrend unter möglichst gleichen Rahmenbedingungen erfolgen.	Empfehlungsstärke: ↑ ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Edvardsson et al. 2008 (Grad der Evidenz: sehr gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 55: Wiederkehrende Verlaufserfassung

Bei der Schmerzverlaufserfassung sollen kontinuierlich immer wieder die dieselben Instrumente verwendet werden wie beim Schmerzassessment, um vergleichbare Aussagen zu erhalten und den Verlauf bewerten zu können (AGS 2002: S210, Edvardsson et al. 2008, Hadjistavropoulos et al. 2007: S3, Hadjistavropoulos et al. 2010: 107, RCP 2007: 5f.). Es sollte darauf geachtet werden, dass die Verlaufserfassung unter möglichst vergleichbaren Rahmenbedingungen durchgeführt wird, insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen (Edvardsson et al. 2008, Hadjistavropoulos et al. 2007: S3, Hadjistavropoulos et al. 2010: 107).

Als Leitkriterium der Verlaufserfassung sollte die Schmerzstärke dienen (AMDA 2012: 34), wobei auch darüberhinausgehende zu erhebende Aspekte genannt werden:

- Wirksamkeit der Schmerztherapie einschließlich des Vorhandenseins von Schmerzen, Schmerzintensität (in Ruhe und bei Bewegung sowie größte Schmerzintensität innerhalb 24 Stunden), Schmerzhäufigkeit, Schmerzlokalisation, Schmerzqualität, Schmerzdauer bzw. Dauer der Schmerzlinderung, Schmerzfolgen (einschließlich Funktionalität/ADL, Schlaf, Stimmung, Lebensqualität) (AGS 2002: S211-218, AMDA 2012: 34, APS 2005: 7, 16, BPS & BGS 2007: 7, 20, Burfield 2006/2012, Edvardsson et al. 2008, Hadjistavropoulos et al. 2007: S5, Hadjistavropoulos et al. 2010: 107, Herr et al. 2006: 45 f., RNAO 2007, 5, 12, VERENSO 2011: 29)
- Unerwünschte Wirkungen der Schmerztherapie einschließlich spezifischer Arzneimittelnebenwirkungen (AGS 2002: S218, AMDA 2012: 34, RNAO 2007: 5) sowie Komplikationen (AGS 2002)

- Hinweise auf Analgetikamissbrauch (AGS 2002: S218)
- Adhärenz (AGS 2002: S211) und Hindernisse bei der Umsetzung der geplanten Schmerztherapie (RNA0 2007: 5)
- Wünsche des Patienten zur Durchführung der Schmerztherapie (AGS 2002: S210)
- Schmerzverursachende Erkrankungen und Gesundheitszustände (AMDA 2012: 34)
- Delir (Herr et al. 2006: 45f.)
- Schmerzbeeinflussende Faktoren (psychisch, aus der Umwelt etc.) (Hadjistavropoulos et al. 2010: 107)
- Wichtige Beobachtungen und außergewöhnliche Vorkommnisse, insbesondere bei Bewohnerinnen, die nicht verbal kommunizieren können (AGS 2005)
- Stimmung (APS 2005: 16, AGS 2002: 210)
- Funktionsfähigkeit (APS 2005: 16).

Patientenwünsche und -präferenzen in Hinblick auf die Schmerzerfassung und -behandlung sollen bei der Durchführung der Verlaufserfassung berücksichtigt werden (AGS 2002: S210). Die Bewertung der Schmerztherapie im Rahmen der Verlaufserfassung soll die mit der Bewohnerin vereinbarten individuellen Therapieziele zum Maßstab nehmen und die Zufriedenheit der Bewohnerin mit der Schmerztherapie einbeziehen (Herr et al. 2006: 45).
In der Literatur wird nicht ausreichend zwischen akuten und chronischen Schmerzen differenziert, um spezifische Ableitungen für diese Bewohnerinnengruppen treffen zu können. Bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen muss die Datenerhebung an die Leistungsfähigkeit angepasst werden, z.B. indem Beobachtungsinstrumente genutzt werden (Fuchs-Lacelle 2007). Hier sollen vor allem auch Verhaltensänderungen berücksichtigt werden (Alexander 2005, Chang 2011).

Empfehlung 56: Schmerztagebücher können eingesetzt werden, um Faktoren, die den Schmerz verstärken oder vermindern, zu identifizieren.	Empfehlungsstärke: ⟷
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 56: Schmerztagebücher in der Verlaufserfassung

In der gesichteten Literatur fehlen weitgehend Aussagen dazu, ob es spezielle Instrumente gibt, die für die Schmerzverlaufserfassung besonders wirksam und sinnvoll sind. Lediglich in einer Quellleitlinie findet sich ein Hinweis auf die Benutzung von Schmerztagebüchern. Sie können dabei von Nutzen sein, schmerzlindernde oder schmerzverstärkende Faktoren zu identifizieren (Hadjistavropoulos et al. 2007).

Empfehlung 57: Bei der Verlaufserfassung sollte, bezogen auf die jeweilige Bewohnerin, eine hohe Personalkontinuität gewährleistet sein.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) BPS & BGS 2007 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 57: Multiprofessionelle Verlaufserfassung

Für die Verlaufserfassung empfehlen Hadjistavropoulos et al. (2010), dass immer die gleichen Personen die Verlaufserfassung durchführen sollten. In den Quellleitlinien werden allgemeine Aussagen zur personellen Zuständigkeit für die Schmerzerfassung getroffen, die nicht spezifisch für die Verlaufserfassung sind. Dennoch wird deutlich, dass personelle Kontinuität empfohlen wird, die allerdings nicht an die Durchführung durch Mitglieder einer bestimmten Berufsgruppe gekoppelt ist.

Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass Pflegefachkräfte (RNAO 2002, 2007) und pflegerische Hilfskräfte (AMDA 2009, 2012) die Verlaufserfassung durchführen sollen. Auch Laienpflegende können dazu beitragen, auftretende Schmerzen zu erkennen (BPS & BGS 2007). Zu beachten ist, dass die Empfehlungen aus Nordamerika stammen, wo andere Qualifikationsprofile und Personalstandards in stationären Pflegeeinrichtungen vorherrschen. In Verbindung mit dem geringen Grad der Evidenz der Empfehlungen können Aussagen hieraus nicht ohne Weiteres auf Deutschland übertragen werden.

Die vorliegende Literatur lässt aufgrund ihrer geringen methodischen Qualität keine eindeutige Empfehlung zur zeitlichen Gestaltung der Verlaufserfassung von Schmerzen zu. Die Empfehlungen zur Häufigkeit der Verlaufserfassung divergieren stark.

Die Differenzierung zwischen akuten und chronischen Schmerzen ist nur in Ansätzen vorhanden, ebenso die Spezifizierung für die Langzeitpflege. Es ist daher lediglich möglich, eine eher allgemeinere Empfehlung zu geben.

Empfehlung 58: Die Verlaufserfassung sollte in regelmäßigen zeitlichen Abständen erfolgen. Bei der zeitlichen Gestaltung sollte die individuelle Situation der Bewohnerin berücksichtigt werden.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) VERENSO 2011 (Expertenkonsens) Hadjistavropoulos et al. 2010 (Expertenkonsens) Horgas & Yoon 2008 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) HCANJ 2006 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: C) APS 2005 (Expertenkonsens) AGS 2002 (Grad der Evidenz: I & III, Empfehlungsgrad A),	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 58: Individuelle Anpassung der Verlaufserfassung

Besonders häufig wird unspezifisch empfohlen, dass eine Verlaufserfassung regelmäßig erfolgen soll (AGS 2002, APS 2005, Horgas & Yoon 2008, Hadjistavropoulos et al. 2010, RNAO 2002, 2007). Regelmäßig soll auch bei dauerhaft vorhandenen Schmerzen (AGS 2002) und bei Schmerzmitteleinname (AGS 2002) eine Verlaufserfassung erfolgen.
Darüber hinaus finden sich in der Literatur zahlreiche, teils widersprüchliche Empfehlungen zur Häufigkeit der Verlaufserfassung. Studienergebnisse, die den Nutzen einer bestimmten Häufigkeit belegen würden, fehlen. Es wird nur vereinzelt explizit zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden, obwohl anzunehmen ist, dass dies sinnvoll wäre.

Folgende Empfehlungen zur Häufigkeit der Verlaufserfassung finden sich in der Literatur:

- mindestens täglich bei akutem Schmerz, bis der Schmerz ausreichend kontrolliert und ein stabiles Schmerzmanagement erreicht wurde (AMDA 2009/2013, HCANJ 2006)
- postoperativ alle ein bis zwei Stunden innerhalb von 24 Stunden nach einer Operation, alle zwei bis vier Stunden in der subakuten Phase nach einer Operation, alle acht Stunden wenn der Schmerz nach 24 Stunden gut kontrolliert ist (RNAO 2002, 2007)
- mindestens wöchentlich (Hadjistavropoulos et al. (2010), Hadjistavropoulos et al. 2009)
- bei Veränderungen des Patientenverhaltens, der Gewohnheiten oder des mentalen Zustandes (AMDA 2009, 2012)
- bei Veränderungen des Patientenzustandes (APS 2005)
- bei außergewöhnlichen Beobachtungen, besonders bei nicht-kommunikativen Bewohnern (APS 2005, HCANJ 2006)
- bei vulnerablen Bewohnern spätestens nach sechs Monaten (APS 2005)
- mindestens jährlich (HCANJ 2006)
- vor und nach der Gabe von Bedarfsanalgetika, entsprechend Wirkeintritt, sowie bei Veränderungen der medikamentösen Schmerztherapie (AMDA 2009, 2012, Herr et al. 2006, RNAO 2002, 2007)
- bei Interventionen die mit Schmerz verbunden sein können (AMDA 2009, 2012, RNAO 2002, 2007)
- während Transfers und der Körperpflege (Herr et al. 2006, VERENSO 2011, AMDA 2009, 2012)
- immer wenn Schmerz vermutet oder angegeben wird (APS 2005, HCANJ 2006, RNAO 2002, 2007)
- dreimonatlich (APS 2005)
- so oft wie es für die Gestaltung des Schmerzmanagements erforderlich ist (APS 2005)
- am Tag eines Auszugs bzw. einer Verlegung (HCANJ 2006, RNAO 2002, 2007).

In einer amerikanischen Leitlinie (AMDA 2012) wird empfohlen, in der auf das Schmerzassessment folgenden Pflegeplanung die Häufigkeit und die Inhalte sowie die Zuständigkeit für eine Verlaufserfassung festzulegen. Diese setzt auch ein ausführliches Assessment inkl. Zielfestlegung für eine Therapie voraus.

Empfehlung 59: In der bewohnerinnenbezogenen Dokumentation sollen Häufigkeit, Inhalte und Zuständigkeit für die Verlaufserfassung festgelegt werden.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2012 (Expertenkonsens)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 59: Dokumentation der Verlaufserfassung

Empfehlung 60: Die Verlaufserfassung soll bewohnerinnenbezogen in standardisierter Weise so dokumentiert werden, dass sie für alle an der Versorgung Beteiligten zugänglich ist.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Expertenkonsens, Empfehlungsgrad C) HCNJ 2006 (Expertenkonsens) Herr et al. 2006 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): Kaasalainen et al. 2012 (gering) Alexander et al. 2005 (sehr gering)	
Upgrade aufgrund klinischer Relevanz	

Empfehlung 60: Zugänglichkeit der Verlaufserfassung

Die Informationen zu bestehenden Schmerzen sollen bewohnerinnenbezogen (AMDA 2009, 2012) für alle an der Versorgung Beteiligten gut sichtbar dokumentiert werden, beispielsweise bei den Vitalzeichen oder als separates Formular (HCNJ 2006, RNAO 2002, 2007, Herr et al. 2006), um die Kommunikation über die Versorgung zu fördern (Hadjistavropoulos et al. 2007).

Es gibt Hinweise auf angepasste Dokumentationsformulare (Flussdiagramme) zur Strukturierung der Schmerzverlaufserfassung (Alexander et al. 2005), wobei diese nicht immer publiziert vorliegen.
Für die Dokumentation der Verlaufserfassung kann die Nursing Outcomes Classification (NOC) genutzt werden (Herr et al. 2006). Diese liegt seit Veröffentlichung der Empfehlung allerdings in einer revidierten Fassung vor und ist in Deutschland kaum gebräuchlich.

Empfehlung 61: Bewohnerinnen und Angehörige sollten dazu befähigt werden, Instrumente zur Ermittlung der Schmerzstärke korrekt anzuwenden und Ärzte oder Pflegefachkräfte über beeinträchtigende Schmerzen zu informieren.	Empfehlungsstärke: ↑
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): Herr et al. 2006 (Expertenkonsens, Empfehlungsstärke: B)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 61: Einbeziehung von Bewohnerinnen und Angehörigen

Die Bewohnerin und deren Angehörige sollten durch edukative Maßnahmen dazu befähigt werden, Instrumente zur Bestimmung der Schmerzstärke korrekt anzuwenden. Sie sollen darüber hinaus lernen, ihre Pflegefachkraft oder ihre Ärztin darüber zu informieren, wenn sie sich durch Schmerzen beeinträchtigt fühlen (Herr et al. 2006). Diese Empfehlung stammt aus dem Kontext akuter Schmerzen. Im Nationalen Expertenstandard für das Management chronischer Schmerzen in der Pflege (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2015) wird empfohlen, gerade auch von chronischen Schmerzen betroffene Personen und ihre Angehörige entsprechend zu befähigen.

Empfehlung 62: Ergebnisse der Verlaufserfassung sollten Gegenstand der Beratungen mit der Bewohnerin und im multiprofessionellen Team sein.	Empfehlungsstärke:
Leitlinien (Grad der Evidenz und, wenn angegeben, Empfehlungsstärke gemäß der Quellleitlinien): AMDA 2009, 2012 (Expertenkonsens) RNAO 2002, 2007 (Grad der Evidenz: Empfehlungsstärke: C) Herr et al. 2006 (Grad der Evidenz: Empfehlungsstärke: D)	
Primärliteratur (Grad der Evidenz, gemäß der Primärliteratur): --	

Empfehlung 62: Ergebnisse der Verlaufserfassung

Laut RNAO (2002, 2007) soll es die Pflegefachkraft im multiprofessionellen Team zur Diskussion stellen, wenn sie eine Veränderung des Schmerzmanagements auf der Basis der Verlaufserhebungen für geboten hält. Die Pflegefachkraft soll dabei anwaltschaftlich für die Interessen der Bewohnerin eintreten. Im Falle von akuten Schmerzen empfehlen Herr et al. (2006) den behandelnden Arzt, die Pflegefachkräfte, Therapeuten und Apotheker in die Beratung zum Schmerzverlauf einzubeziehen. Veränderungen des Schmerzmanagements, die sich aus der Verlaufskontrolle ergeben, sollen der Bewohnerin und ggf. ihrer Familie/ihren Angehörigen erklärt werden (AMDA 2009, 2012).

4. Implementierung der Leitlinie

Es gibt momentan kein Goldstandard für die beste Implementierungsmethode von Leitlinien (NICE 2015: 3; Grimshaw et al. 2004). Zudem müssen allgemeine Implementierungsstrategien kontextspezifisch adaptiert werden, da der Inhalt der Leitlinie auf einem bestimmten Setting (=vollstationäre Altenhilfe) fokussiert (vgl. RNAO 2012: 11).

4.1 Konzeption

Das „National Institute of Clinical Studies“ in Australien (NICS 2006: 4) beschreibt auf Basis eines Literaturreviews wichtige Kriterien zur Bewertung der Implementierbarkeit von Leitlinien, die wir auch für unseren Kontext verfolgen können:

- Gewährleistung der methodischen Integrität: Die Entwicklung der hier vorliegenden Leitlinie orientierte sich an den Vorgaben des Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI = das deutschsprachiges Äquivalent von AGREE).
- Nationale und regionale Anwendbarkeit: Die hohe Diversität an Expertise und interdisziplinäre Zusammensetzung der Leitlinienautorengruppe trägt zu einer nationalen und regionalen Anwendbarkeit bei. Zudem wird ein begleitendes Projekt zur Entwicklung eines Qualitätsindikatorensets durchgeführt, der später zum Monitoring der Leitlinienimplementierung eingesetzt werden kann.
- Einbindung von lokalen Anwendern und Pilottest: Unter den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen, die an den Konsensusverfahren teilnahmen, befanden sich Vertreter verschiedener Anwendergruppen. Als Folgeprojekt ist eine Implementierungsstudie in Vorbereitung.

Wie im Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) beschrieben, wird die Verbreitung und Anwendung der S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ auf verschiedenen Wegen und mit unterschiedlichen Materialien geplant, um optimalen Zugang und Handhabung der Leitlinie zu ermöglichen (vgl. AWMF 2008: DELBI Kriterium 27 und 28).

Es werden mehrere Maßnahmen zur Verbreitung und Implementierung der Leitlinie vorbereitet (vgl. AWMF 2012: 50 ff., ÄZQ 2006: 50 ff., NHMRC 2000: 2).

- Auf der AWMF Homepage werden unterschiedliche Dokumente der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wie z.B. die Langversion der Leitlinie (mit Hintergrundinformation und Evidenztabellen), die Kurzfassung, eine Patientenversion und der Leitlinien-Report.

- Weitere Publikationen sind vorgesehen, so wird z.B. die Kurzfassung der Leitlinie in Form eines Artikels veröffentlicht.
- Kongressbeiträge mit unterschiedlichen Adressatengruppen wurden durchgeführt und sind geplant (Deutscher Pflegetag 2016, Geriatriekongress 2016, Deutscher Schmerzkongress 2016 & 2017).
- Bei Veröffentlichung der Leitlinie wird eine Pressemeldung z.B. an den Informationsdienst Wissenschaft idw (idw-online.de) herausgegeben.
- Geplant werden auch Fortbildungsmaterialien wie Folien, CME Beiträge etc.

Um eine Verhaltensänderung hinsichtlich der Anwendung der Leitlinie in den Institutionen zu erleichtern, werden verschiedene Möglichkeiten angedacht.
Eine Barrierenanalyse verdeutlicht, welche Hindernisse und Ressourcen bezüglich organisatorischer, struktureller, personeller und finanzieller Faktoren vorhanden sind. Dementsprechend sollten Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Zum Thema „Beurteilung von Schmerzen bei älteren Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Demenz)“ haben einige Mitglieder der Leitlinien-Steuergruppe bereits im Jahr 2014 im Rahmen des COST-TD 1005 Projektes an einem Survey zu Erfahrungen von Mitarbeitenden im Sozial- und Gesundheitswesen mitgewirkt (Sirsch et al., 2015).
Auch wenn dieser Survey hauptsächlich die Situation im Akutkrankenhaus spiegelt, lassen sich mehrere hinderliche Faktoren bezüglich des Schmerzassessments bei Menschen mit Demenz ableiten. Speziell beim Einsatz von Fremdbeobachtungsverfahren zeigten sich:

- Personelle Einflüsse: Es herrscht Unzufriedenheit über das Schmerzmanagement, es zeigen sich Unsicherheit bei der Fremdeinschätzung, mangelnde Objektivität und Zeitmangel.
- Edukative Einflüsse: Hier werden unzureichende Ausbildung und fehlendes Wissen als Barrieren aufgeführt.
- Organisatorische Einflüsse: Wenn die Mitarbeiter ungenügend über den Umgang und die Sinnhaftigkeit der Beobachtungsinstrumente informiert sind.

Als förderliche Faktoren (Lösungen) kann man aus dem Survey ableiten

- Personelle Einflüsse: mehr Bewusstsein und Sensibilisierung der Mitarbeitenden würde das Schmerzassessment positiv beeinflussen.
- Edukative Einflüsse: Wissenszuwachs und Verbesserung der Kenntnisse zu Demenz und zu den speziellen Erfordernissen beim Schmerzassessment können Abhilfe bieten.

- Organisatorische Einflüsse: Hier wären verbindliche Regelungen in der Einrichtung, u.a. auch zur systematischen Anwendung und zur Verfügbarkeit von geeigneten und zielgruppenspezifischen Schmerzassessmentinstrumenten, angebracht.

Diese Untersuchungsergebnisse deuten auch auf beachtenswerte Faktoren der unterschiedlichen Leitlinienimplementierungsphasen hin (Selbmann & Kopp 2005, Muche-Borowski et al. 2015):

- In der Anfangsphase geht es um die „Wahrnehmung“ der Leitlinie. Hierzu sind Verbreitungsstrategien in Richtung der anvisierten Adressaten sehr hilfreich
- In der nächsten Phase geht es um die Bereitschaft, Einstellungen zu ändern und den Empfehlungen der Leitlinien zu folgen. Abbau von Reaktanz ist hier wichtig.
- In der Phase der Verhaltensänderung besteht die Bereitschaft der Leistungserbringer, nach den Empfehlungen der Leitlinie zu handeln und den Versuch zu starten, diese im Versorgungsalltag anzuwenden.

4.2 Ausblick zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Um eine Evaluation der Leitlinienkonformität und der Versorgungsqualität des Schmerzassessments bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe zu ermöglichen, ist es geplant, Qualitätsindikatoren zu entwickeln (Laekeman et al. 2013). Weitere Details zu diesem Projekt werden derzeit erarbeitet und anschließend spezifisch publiziert.

5. Literatur

American Geriatrics Society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society 50(6 Suppl): S205-S224

Alexander, B. J., P. Plank, M. B. Carlson, P. Hanson, K. Picken & K. Schwebke (2005). Methods of pain assessment in residents of long-term care facilities: a pilot study. J Am Med Dir Assoc, 6(2): 137-143

Alfaro-LeFevre, R. (2014). Applying Nursing Process. The Foundation for Clinical Reasoning. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

AMDA (American Medical Directors Association) (2009). Pain management in the long-term care setting

AMDA (American Medical Directors Association) (2012). Pain management in the long-term-care setting. Clinical Practice Guideline. Columbia (MD)

American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. American Journal of Occupational Therapy, 3(68) (Suppl. 1): S1-S48

APS (Australian Pain Society) (2005). Pain in Residential Aged Care Facilities. Management Strategies. Sydney

Auret, K. A., C. Toye, R. Goucke, L. J. Kristjanson, D. Bruce & S. Schug (2008). Development and testing of a modified version of the brief pain inventory for use in residential aged care facilities. J Am Geriatr Soc, 56(2): 301-306

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2012). Ständige Kommission Leitlinien. AWMF – Regelwerk Leitlinien. 1. Auflage 2012. Verfügbar: http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-Regelwerk.html (Zugriff am 15.02.2016)

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). In: Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (Hrsg). http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf (Zugriff am 15.02.2016)

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (Hrsg.) (2006). Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien. Schriftenreihe 26, Berlin http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe26.pdf (Zugriff am 17.02.2016)

Baier, R. R., D. R. Gifford, G. Patry, S. M. Banks, T. Rochon, D. DeSilva & J. M. Teno (2004). Ameliorating pain in nursing homes: a collaborative quality-improvement project. J Am Geriatr Soc, 52(12): 1988-1995

Basler, H. D., R. Bloem, H. R. Casser, H. U. Gerbershagen, N. Griessinger, U. Hankemeier, S. Hesselbarth, S. Lautenbacher, T. Nikolaus, W. Richter, C. Schroter & L. Weiss (2001). Ein strukturiertes Schmerzinterview fur geriatrische Patienten. Der Schmerz, 15(3): 164-171

Basler, H. D., S. Hesselbarth & M. Schuler (2004). Schmerzdiagnostik und -therapie in der Geriatrie. Der Schmerz, 18(4): 317-326

Basler, H. D., D. Huger, R. Kunz, J. Luckmann, A. Lukas, T. Nikolaus & M. S. Schuler (2006). Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validitat eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. Der Schmerz, 20(6): 519-526

Bonica, J. J. (1987). Importance of effective pain control. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 31: 1-16

BPS/BGS (British Pain Society & British Geriatricts Society) (2007). Guidance on: The assessment of pain in older people

Brown, C. A. (2010). Pain in communication impaired residents with dementia: Analysis of Resident Assessment Instrument (RAI) data. Dementia, 9(3): 375-389
Buffum, M. D., E. Hutt, V. T. Chang, M. H. Craine & A. L. Snow (2007). Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. J Rehabil Res Dev, 44(2): 315-330
Bundesministerium für Bildung und Forschung (2016): Medikamente im Alter. Welche Wirkstoffe sind ungeeignet? BMBF, Berlin
Burfield, A. H. (2009). Cohort study of pain behaviors in the elderly residing in skilled nursing care. Dissertation Doctor of Philosophy in Nursing, University of Central Florida
Burfield, A. H., T. T. Wan, M. L. Sole & J. W. Cooper (2012). Behavioral cues to expand a pain model of the cognitively impaired elderly in long-term care. Clin Interv Aging, 7: 207-223
Cervo, F. A., P. Bruckenthal, S. Fields, L. E. Bright-Long, J. J. Chen, G. Zhang & I. Strongwater (2012). The role of the CNA Pain Assessment Tool (CPAT) in the pain management of nursing home residents with dementia. Geriatr Nurs, 33(6): 430-438
Chang, S. O., Y. Oh, E. Y. Park, G. M. Kim & S. Y. Kil (2011). Concept analysis of nurses' identification of pain in demented patients in a nursing home: development of a hybrid model. Pain Manag Nurs, 12(2): 61-69
Chibnall, J. T. & R. C. Tait (2001). Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. Pain, 92(1-2): 173-186
Cipher, D. J. & P. A. Clifford (2004). Dementia, pain, depression, behavioral disturbances, and ADLs: toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care. Int J Geriatr Psychiatry, 19(8): 741-748
Closs, S. J., K. Cash, B. Barr & M. Briggs (2005). Cues for the identification of pain in nursing home residents. Int J Nurs Stud, 42(1): 3-12
DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, Deutsches Netzwerk für Qualtitäsentwicklung in der Pflege (DNQP)
DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2015). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. http://www.dnqp.de. Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Edvardsson, D., K. Benny & R. Nay (2008). The aged care pain chart: an innovative approach to assessing, managing and documenting pain in older people. Australas J Ageing 27(2): 93-96
Egan-Moog Martina (2013). Yellow Flags – und dann? Manuelle Therapie Schwerpunkt Schmerz, (17): 168–172.
Feldt, K. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). Pain Management Nursing, 1(1): 13-22.
Ferrell, B. A., B. R. Ferrell & L. Rivera (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manage, 10(8): 591-598.
Fischer, T. (2012). Multimorbidität im Alter: Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz: Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD). Bern, Hans Huber Verlag.
Fuchs-Lacelle, S., T. Hadjistavropoulos & L. Lix (2008). Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. Clin J Pain, 24(8): 697-707.
Fuchs-Lacelle, S. (2007). Pain and dementia: the effects of systematic assessment on clinical practices and caregiver stress. Ph.D., University of Regina
Gibson, M. C., M. G. Woodbury, K. Hay & N. Bol (2005). Pain reports by older adults in long-term care: a pilot study of changes over time. Pain Res Manag, 10(3): 159-164
Gifford, L. (1998). Pain, the Tissues and the Nervous System: A conceptual model. Physiotherapy 84(1): 27-36

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G et al (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess, 8(6): 1-352
Hadjistavropoulos, T., T. D. Fitzgerald & G. P. Marchildon (2010). Practice Guidelines for Assessing Pain in Older Persons with Dementia Residing in Long-Term Care Facilities. Physiotherapy Canada, 62(2): 104-113
Hadjistavropoulos, T., K. Herr, K. M. Prkachin, K. D. Craig, S. J. Gibson, A. Lukas & J. H. Smith (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. The Lancet Neurology, 13(12): 1216-1227
Hadjistavropoulos, T., K. Herr, D. C. Turk, P. G. Fine, R. H. Dworkin, R. Helme, K. Jackson, P. A. Parmelee, T. E. Rudy, B. Lynn Beattie, J. T. Chibnall, K. D. Craig, B. Ferrell, R. B. Fillingim, L. Gagliese, R. Gallagher, S. J. Gibson, E. L. Harrison, B. Katz, F. J. Keefe, S. J. Lieber, D. Lussier, K. E. Schmader, R. C. Tait, D. K. Weiner & J. Williams (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. Clin J Pain, 23(1 Suppl): S1-43
Hadjistavropoulos, T., G. P. Marchildon, P. G. Fine, K. Herr, H. A. Palley, S. Kaasalainen & F. Beland (2009). Transforming long-term care pain management in north america: the policy-clinical interface. Pain Med 10(3): 506-520
Halifax, E. (2013). How certified nursing assistants understand their residents' pain. Dissertation Ph.D, University of California
Handel, E. (2010). Praxishandbuch ZOPA, Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und/oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen. Bern, Verlag Hans Huber
HCANJ (Health Care Association of New Jersey) (2006). Pain management guideline. Hamilton (NJ). Health Care Association of New Jersey (HCANJ)
Hendriks, H., R. Oostendorp, A. Bernards, C. Ravensberg, Y. Heerkens & R. Nelson (2000). The diagnostic process and indication for physiotherapy: A prerequisite for treatment and outcome evaluation. Physical Therapy Reviews, 5 (1): 29 -47
Herr, K., K. Bjoro, J. Steffensmeier & B. Rakel (2006). Acute pain management in older adults. Research Translastion and Dissemination Core
Holloway, K. & R. McConigley (2009). Understanding nursing assistants' experiences of caring for older people in pain: the Australian experience. Pain Manag Nurs, 10(2): 99-106
Horgas, A. L. & S. L. Yoon (2008). Nursing Standard of Practice Protocol: Pain Management in Older Adults. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T (Hrsg.). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. New York (NY): Springer Publishing Company, 3 ed. 2008: 199-222
Husebo, B. S., C. Ballard, J. Cohen-Mansfield, R. Seifert & D. Aarsland (2013). The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia. Am J Geriatr Psychiatry, 22(7): 708-17.
Husebo, B. S., L. I. Strand, R. Moe-Nilssen, S. B. Husebo, A. L. Snow & A. E. Ljunggren (2007). Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. J Pain Symptom Manage, 34(1): 67-80
Jensen-Dahm, C., H. Palm, C. Gasse, J. B. Dahl & G. Waldemar (2016). Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Patients with Dementia. Dement Geriatr Cogn Disord, 41(3-4): 181-191
Jensen, M. & P. Karoly (2011). Self-Report Scales and Procedures for Assessing Pain In: Turk D & Melzack R (Hrsg.). Adults. Handbook of Pain Assessment. New York, Guilford Press: 19-41
Jones, K. R., R. Fink, E. Hutt, C. Vojir, G. A. Pepper, J. Scott-Cawiezell & B. K. Mellis (2005). Measuring pain intensity in nursing home residents. J Pain Symptom Manage, 30(6): 519-527

Jordan, A., J. Hughes, M. Pakresi, S. Hepburn & J. T. O'Brien (2011). The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. Int J Geriatr Psychiatry, 26(2): 118-126
Kaasalainen, S., K. Brazil, N. Akhtar-Danesh, E. Coker, J. Ploeg, F. Donald, R. Martin-Misener, A. DiCenso, T. Hadjistavropoulos, L. Dolovich & A. Papaioannou (2012). The evaluation of an interdisciplinary pain protocol in long term care. J Am Med Dir Assoc, 13(7): 664 e661-668
Kaasalainen, S., E. Coker, L. Dolovich, A. Papaioannou, T. Hadjistavropoulos, A. Emili & J. Ploeg (2007). Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. West J Nurs Res, 29(5): 561-580; discussion 581-588
Keeney, C. E., J. A. Scharfenberger, J. G. O'Brien, S. Looney, M. P. Pfeifer & C. P. Hermann (2008). Initiating and sustaining a standardized pain management program in long-term care facilities. J Am Med Dir Assoc, 9(5): 347-353
Kiss, I., H. Muller & M. Abel (1987). The McGill Pain Questionnaire--German version. A study on cancer pain. Pain, 29(2): 195-207
Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord. (2009). INFO – Service/Assessmentinstrumente in der Geriatrie. http://www.kcgeriatrie.de/assessment_1.htm. (Zugriff am 22.03.2016)
Laekeman, M., E. Sirsch & S. Bartholomeyczik (2013). Scarcity in Quality Indicators for Pain Assessment in Older Persons. Poster presented at the EFIC® – 8th Pain in Europe VIII" Congress, 20 Years of Building Bridges, Florence, Italy
Landmark, B. T., S. V. Gran & H. S. Kim (2013). Pain and persistent pain in nursing home residents in Norway. Res Gerontol Nurs, 6(1): 47-56
Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2015): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion. AWMF-Registernummer: 128/001OL
Lichtner, V., D. Dowding, P. Esterhuizen, S. J. Closs, A. F. Long, A. Corbett & M. Briggs (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. BMC Geriatr, 14: 138
Lin, P. C., L. C. Lin, Y. I. Shyu & M. S. Hua (2011). Predictors of pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. J Clin Nurs, 20(13-14): 1849-1857
Lipschick, G., J. Von Feldt, L. Frame, S. Akers, S. Mangione & H. Llewelyn (2009). Oxford American Handbook of Clinical Diagnosis. Oxford, Oxford University Press
Liu, J. Y., P. C. Pang & S. K. Lo (2012). Development and implementation of an observational pain assessment protocol in a nursing home. J Clin Nurs, 21(11-12): 1789-1793.
Lüdtke, K. (2015). Screening in der Physiotherapie. Das Flaggensystem – Warnsignale erkennen. Stuttgart, Thieme Verlag
Lukas, A., B. Mayer, G. Onder, R. Bernabei & M. D. Denkinger (2015). Schmerztherapie in deutschen Pflegeeinrichtungen im europäischen Vergleich. Ergebnisse der SHELTER-Studie. Der Schmerz, 29(4): 411-421.
Mahoney, A. E. & L. Peters (2008). The Mahoney Pain Scale: examining pain and agitation in advanced dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 23(3): 250-261
Maier, J., M. R. Fröhlich & R. Spirig (2015). Die standardisierte Fremdeinschatzung von Schmerzen bei bewusstseinsbeeinträchtigten Patienten mit dem Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA(c)) auf einer neurochirurgischen Intensivstation – Eine Fallstudie. Pflege, 28(1): 19-31
Martin, R., J. Williams, T. Hadjistavropoulos, H. D. Hadjistavropoulos & M. MacLean (2005). A qualitative investigation of seniors' and caregivers' views on pain assessment and management. Canadian Journal of Nursing Research, 37(2): 143-164
McCaffery, M., A. Beebe & J. Latham (1997). Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Berlin/Wiesbaden, Ullstein & Mosby
McCaffery, M. & C. Pasero (1999). Pain: Clinical Manual C V Mosby Co

McLennon, S. & M. Titler (2005). Persistent pain management, The University of Iowa College of Nursing
Melzack, R. & J. Katz (2013). Pain Measurement in Adult Patients. Wall and Melzack's Textbook of Pain. S. McMahon, M. Koltzenburg, I. Tracey & D. Turk (Hrsg.). Philadelphia, Elsevier, 6th.: 301 - 314
Mentes, J. C., J. Teer & M. P. Cadogan (2004). The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: perceptions of family members and certified nursing assistants. Pain Manage Nurs, 5(3): 118-125
Morrison, R. S. & A. L. Siu (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. J Pain Symptom Manage, 19(4): 240-248
Mossey, J. & R. Gallagher (2004). The Longitudinal Occurrence and Impact of Comorbid Chronic Pain and Chronic Depression over Two Years in Continuing Care Retirement Community Residents. Pain Medicine, 5(4): 335-348
Muche-Borowski C., M. Nothacker & I. Kopp (2015). Leitlinienimplementierung: Wie schliessen wir die Lücke zwischen Evidenz und Anwender? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 58(1): 32-37
NHMRC 2000 GL implementation and dissemination strategies. Handbook series on preparing clinical practice Guidelines Endorsed February 2000. http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp71.pdf (Zugriff am 18.02.2016).
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Into practice guide. Published: 22 April 2013 last updated: 22 September 2015. https://www.nice.org.uk/article/pg1/resources/non-guidance-into-practice-guide-pdf (Zugriff 19.02.2016).
National Institute of Clinical Studies (2006). Assessing the Implementability of Guidelines. NICS, Melbourne http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/summary_report_assessing_implementability_guidelines.pdf (Zugriff am 18.02.2016)
Osterbrink, J., M. Hufnagel, P. Kutschar, B. Mitterlehner, C. Krüger, Z. Bauer, W. Aschauer, M. Weichbold, E. Sirsch, C. Drebenstedt, K. M. Perrar & A. Ewers (2012). Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Der Schmerz, 26(1): 27-35
Pasero, C., D. B. Gordon, M. McCaffery & B. R. Ferrell (1999). Building institutional commitment to improving pain management. In M. McCaffery & C. Pasero (Hrsg.), Pain: Clinical Manual for Nursing Practice (2nd ed., pp. 711-744). St. Louis, MO: Mosby (V-b)
Pickering, G., D. Jourdan & C. Dubray (2006). Acute versus chronic pain treatment in Alzheimer's disease. Eur J Pain 10(4): 379-384
Radbruch, L., G. Loick, P. Kiencke, G. Lindena, R. Sabatowski, S. Grond, K. A. Lehmann & C. S. Cleeland (1999). Validation of the German version of the Brief Pain Inventory. J Pain Symptom Manage, 18(3): 180-187
Raffle, A. & M. J. A. Gray (2009). Screening - Durchführung und Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen. Bern, Verlag Hans Huber
RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) (2002). Assessment and management of pain. Toronto (ON), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) (2007). Assessment and management of pain supplement. Toronto (ON), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
Reuschenbach, B. (2011). Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In: Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.). Bern, Verlag Hans Huber: 27-46
Reuschenbach, B. & C. Mahler (2011). Pflegebezogene Assessmentverfahren: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Bern, Hans Huber Verlag

Robinson, C. L. (2007). Relieving pain in the elderly. Health Prog, 88(1): 48-53, 70
Schreier, M. M., U. Stering, S. Pitzer, B. Iglseder & J. Osterbrink (2015). Schmerz und Schmerzerfassung in Altenpflegeheimen: Ergebnisse der OSiA-Studie. Der Schmerz, 29(2): 203-210
Schrems, B. (2003). Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien, Facultas Verlag
Schuler, M. S., S. Becker, R. Kaspar, T. Nikolaus, A. Kruse & H. D. Basler (2007). Psychometric properties of the German Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-G) in nursing home residents. J Am Med Dir Assoc, 8(6): 388-395
Selbmann H. K. & I. Kopp (2005). Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Die Psychiatrie – Grundlagen und Perspektiven, 2(1): 33-38
Seiderer-Nack, J. & A. Sternfeld (2012). Anamnese und körperliche Untersuchung, Lehmanns Media
Shega, J. W., T. Rudy, F. J. Keefe, L. C. Perri, O. T. Mengin & D. K. Weiner (2008). Validity of pain behaviors in persons with mild to moderate cognitive impairment. J Am Geriatr, Soc. 56(9): 1631-1637
Sirsch, E., M. Schuler, T. Fischer, I. Gnass, M. Laekeman, C. Leonhardt, E. Berkemer, C. Drebenstedt, E. Löseke, G. Schwarzmann, K. Kopke & A. Lukas (2012). Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe. Methodenpapier zur S3-Leitlinie. Der Schmerz, 26(4): 410-418
Sirsch, E. (2014). Entscheidungsfindung zur Selbst- und Fremdeinschätzung von Schmerz bei Menschen mit mittelschwerer Demenz im Krankenhaus. Dissertation Doktor rerum medicinalium, Universität Witten/Herdecke
Sirsch E, S. Zwakhalen & I. Gnass (2015). Schmerzassessment und Demenz – Deutschsprachige Ergebnisse eines europäischen Surveys. Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft, 20(4): 316-332
Sloane, P. D., L. L. Miller, C. M. Mitchell, J. Rader, K. Swafford & S. O. Hiatt (2007). Provision of morning care to nursing home residents with dementia: opportunity for improvement? Am J Alzheimers Dis Other Demen, 22(5): 369-377
Swafford, K. L., L. L. Miller, P. F. Tsai, K. A. Herr & M. Ersek (2009). Improving the process of pain care in nursing homes: a literature synthesis. J Am Geriatr Soc, 57(6): 1080-1087
Takai, Y., N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama & A. Honda (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. Pain Manag Nurs, 11(4): 209-223
Tesio, L. (2007). Functional assessment in rehabilitative medicine: principles and methods. Eura Medicophys, 43(4): 515-523
Torvik, K., S. Kaasa, O. Kirkevold & T. Rustøen (2010). Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. Pain Management Nursing, 11(1): 35-44
Turk, D. & R. Melzack (2011). The Measurement of Pain and the Assessment of People Experiencing Pain. In: Handbook of Pain Assessment. D. Turk & R. Melzack (Hrsg.). New York, Guilford Press: 3-16
van Herk, R., A. A. Boerlage, M. van Dijk, F. P. Baar, D. Tibboel & R. de Wit (2009). Pain management in Dutch nursing homes leaves much to be desired. Pain Manag Nurs, 10(1): 32-39
VERENSO (Vereniging van en voor Specialisten Ouderengeneeskunde) (2011). Multidisclinaire Richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van Pijn bij kwetsbare ouderen. Utrecht, VERENSO
VHA/DoD. (2002). VHA/DoD Clinical practice guideline for the management of postoperative pain, Version 1.1. Washington, D.C.: Veterans Health Administration, Department of Defense. (IV-b)
Wilkinson, J. (2007). Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern, Verlag Hans Huber
Wilkinson, J. (2012). Nursing Process and Critical Thinking. Upper Saddle River, Pearson
Wolrich, J., A. J. Poots, B. M. Kuehler, A. S. Rice, A. Rahman & C. Bantel (2014). Is number sense impaired in chronic pain patients? Br J Anaesth, 113(6): 1024-1031

Zanocchi, M., B. Maero, E. Nicola, E. Martinelli, A. Luppino, M. Gonella, F. Gariglio, L. Fissore, B. Bardelli, R. Obialero & M. Molaschi (2008). Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL). Arch Gerontol Geriatr, 47(1): 121-128

Zwakhalen, S. M., J. P. Hamers, R. H. Peijnenburg & M. P. Berger (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. Pain Res Manag, 12(3): 177-184

Zwakhalen, S. M., C. E. Van't Hof & J. P. Hamers (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. Journal of Clinical Nursing, 21(21-22): 3009-3017

Zwakhalen, S. M., J. T. van der Steen & M. D. Najim (2011). Which Score Most Likely Represents Pain on the Observational PAINAD Pain Scale for Patients with Dementia? J Am Med Dir Assoc, 13(4): 384-389