

publiziert bei:

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie zur Zeit überarbeitet



Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe

Leitlinienreport der multiprofessionellen
S3-Leitlinie

AWMF Registernummer 145 – 001
Stand: 15. Januar 2018

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 des Leitlinienreports

Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch

Ass.-Prof. Dr. Irmela Gnass

Maria-Anna Laekeman

Prof. Dr. Thomas Fischer

Unter Mitarbeit von

PD Dr. Matthias Schuler

Dr. Corinna Leonhardt

Dr. Corinna Drebenstedt

Prof. Dr. Kirsten Kopke

Prof. Dr. Esther Berkemer

Jan Dreyer

Prof. Patience Higman

PD Dr. Albert Lukas

Herausgeberinnen

Deutsche Schmerzgesellschaft

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten

Federführende Fachgesellschaft und Organisation

Deutsche Schmerzgesellschaft

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten

Kontakt

Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Lehrstuhl für Akutpflege

Pallottistraße 3

56179 Vallendar

Tel.: 0261 6402 257

Fax: 0261 6402 120

E-Mail: esirsch@pthv.de

Inhalt

1. Informationen zu dieser Leitlinie	5
2. Geltungsbereich und Zweck	5
2.1. Adressatinnen und Anwendergruppen	6
2.2. Ziel	6
2.3. Definition von Assessment	6
2.4. Definitionen „alter Mensch“ und „stationäre Altenhilfe“	8
3. Zusammensetzung der Leitliniengruppe, beteiligte Fachgesellschaft, Interessensgruppen und Organisationen	9
3.1. Koordinatorinnen und Leitliniensteuergruppe	9
3.2. Delegierte der beteiligten Fachgesellschaft und Interessengruppen	10
3.3. Einbezug von Betroffenenvertreterinnen	12
3.4. Zusammensetzung der Arbeitsgruppen und der Konsensusgruppen	12
4. Beratung und Begutachtung	16
4.1. Methodische Beratung	16
4.2. Externe Begutachtung	17
5. Methodisches Vorgehen bei der systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung von Quellen und Ausweisung der Evidenzbasierung	17
5.1. Klinische Fragestellungen	18
5.2. Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung von Quelleitlinien	25
5.3. Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Primärliteratur	25
5.3.1 Recherche der Primärliteratur	26
5.3.2 Synthese der Literatur	41
5.3.3 Evidenzbewertung und Klassifikation der Empfehlungen	60
5.3.4 Evidenztabelle der Primärliteratur	63
5.4. Formulierung von Empfehlungen und formale Konsensfindung	73
6. Dissemination, Evaluierung und Ableitung von Qualitätsindikatoren	104
6.1. Barrierenanalyse	104
6.2. Dissemination der Leitlinie	105
6.3. Qualitätsindikatoren	106
7. Redaktionelle Unabhängigkeit und Erklärungen zu Interessenskonflikten	107
8. Verabschiedung, Gültigkeitsdauer und Verfahren zur Aktualisierung	120
9. Tabellenverzeichnis	122

10. Abbildungsverzeichnis	124
11. Literatur	125

1. Informationen zu dieser Leitlinie

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, Lukas et al. 2015).

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 Mitarbeitenden¹ in den Einrichtungen nicht erkannt, unterschätzt oder aus den Schmerzäußerungen werden nicht die richtigen und konsequenten Folgerungen, hin zu einer adäquaten Schmerztherapie, gezogen.

Nicht erkannte Schmerzen können zu einer Verschlechterung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs), zu einer Reduktion der Lebensqualität, zu Depression, Angst, Schlafstörung und zu einem Anstieg der Behandlungskosten führen (Hadjistavropoulos et al. 2007, Robinson 2007, Zanicchi 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. Die Entwicklung einer S3-Leitlinie, die sich mit dem Schmerzscreening, dem Schmerzassessment und der Verlaufskontrolle bei Schmerzen beschäftigt, ist daher von zentraler Bedeutung.

2. Geltungsbereich und Zweck

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 Verbesserungspotenzial des Schmerzassessments für die Versorgungspraxis aufgezeigt werden. Die Leitlinie soll zur Optimierung der Schmerzerkennung als Voraussetzung für eine gezielte Schmerztherapie für

¹ Es wird sowohl die weibliche wie die männliche Form verwendet, jeweils dann, wenn das Geschlecht mutmaßlich bzw. real in der Überzahl ist. Grundsätzlich wird eine neutrale Formulierung angestrebt.

Bewohnerinnen in Einrichtungen der vollstationären Altenhilfe, unabhängig von kognitiven Beeinträchtigungen, beitragen.

2.1. Adressatinnen und Anwendergruppen

Die Empfehlungen der multiprofessionellen Leitlinie richten sich an alle Personen, die professionell mit dem Schmerzmanagement älterer Menschen in der vollstationären Altenhilfe betraut sind. Dazu zählen Ärzte und Ärztinnen, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Angehörige aller weiteren einbezogenen Berufsgruppen.

Bewohnerinnen der Altenhilfe können dabei entweder uneingeschränkt kommunikationsfähige oder in ihrer Kommunikation beeinträchtigte Menschen sein, im Fokus sind außerdem auch Personen mit Demenz. 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.

2.2. Ziel

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.

2.3. Definition von Assessment

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

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 dies 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 der Patienten im weitesten Sinne zu erfassen, beispielsweise auch einschließlich nicht-standardisierter Beobachtungen oder Befragungen. 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 allein 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, eigene Übersetzung) beschreibt 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 (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 Assessments lässt sich weiter untergliedern und strukturieren. Wilkinson (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 Assessment des Verlaufs 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 Assessment-Prozesses 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 in der Langversion der Leitlinie differenziert erläutert.

2.4. Definitionen „alter Mensch“ und „stationäre Altenhilfe“

Der S3-Leitlinie liegen folgende Definitionen für die Begriffe „alter Mensch“ und „stationäre Altenhilfe“ zugrunde (World Health Organisation (WHO) 2012):

Mit **alter Mensch** werden entsprechend der Definition der WHO Personen bezeichnet, die 65 Jahre und älter sind.

Der Begriff **vollstationäre Altenhilfe** bezieht sich auf Einrichtungen, die entsprechend des SGB XI § 71 vollstationäre Einrichtungen sind und Leistungen ganztägig anbieten. „Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) (...) sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können“ (Sirsch et al. 2012: 412).

3. Zusammensetzung der Leitliniengruppe, beteiligte Fachgesellschaft, Interessensgruppen und Organisationen

Die Einbeziehung der beteiligten Interessensgruppen und Fachverbände sowie der Betroffenenvertreter werden in diesem Abschnitt beschrieben.

3.1. Koordinatorinnen und Leitliniensteuerguppe

Die Entwicklung der S3-Leitlinie entsprang dem Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ der deutschen Schmerzgesellschaft. Die multiprofessionell besetzte Steuergruppe gründete sich am 12. April 2011, gemäß der Vorgaben der AWMF. Die Steuergruppe wurde durch einen Delegierten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie einen Interessenvertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V. ergänzt. Die Koordination der Leitlinie wurde Frau Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch, Vallendar (vormals DZNE, Witten) und Herrn PD Dr. Albert Lukas, Bonn (vormals Ulm) übertragen.

Tabelle 1 Mitglieder der Steuergruppe in alphabetischer Reihenfolge

Profession	Name	Bemerkungen
Gerontologin & Pflegewissenschaftlerin	Prof. Dr. Esther Berkemer	AG Verlaufserfassung
Arzt	Dr. Klaus-Heinrich Bründel	Vertreter der DEGAM AG Screening
Ärztin	Dr. Corinna Drebenstedt	AG Verlaufserfassung
Pflegewissenschaftler	Prof. Dr. Thomas Fischer	AG Leiter Gruppe Verlaufserfassung
Pflegewissenschaftlerin	Ass.-Prof. Dr. Irmela Gnass	AG Screening
Pflegewissenschaftlerin	Prof. Dr. Kirsten Kopke	AG Assessment
Physiotherapeutin	Maria-Anna Laekeman, M.Sc.Phys	AG Assessment
Psychologin	Dr. Corinna Leonhardt	AG Leiterin Gruppe Assessment

Fachkrankenschwester Anästhesie und Intensivpflege & Algesiologische Fachassistentin (AGL)	Eveline Löseke, B.A.	Ausgeschieden 2013
Arzt	PD Dr. Albert Lukas	Koordinator
Referent für Pflege	Olaf Christen	Vertreter der BAGSO
Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftler	Gerhard Schwarzmann	Ausgeschieden 2013
Arzt	PD Dr. Matthias Schuler	AG Leiter Gruppe Screening
Pflegewissenschaftlerin	Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch	Koordinatorin AG Assessment

3.2. Delegierte der beteiligten Fachgesellschaft und Interessengruppen

In die Entwicklung der Leitlinie sollten möglichst alle Anwendergruppen und insbesondere betroffene Personen einbezogen werden. Daher wurden neben wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch für die stationäre Altenhilfe relevante, nichtkommerzielle Interessengruppen um Teilnahme gebeten; ebenso wie Vertreterinnen der berufsverbandlich organisierten Gesundheitsberufe (Pflege, Physiotherapie etc.). Es wurde z. B. die Einbeziehung des mit der Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege beauftragten Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ausdrücklich angestrebt, um Synergien zu nutzen.

Tabelle 2 Delegierte der beteiligten Fachgesellschaft und Interessengruppen

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)	Dr. André Althoff
Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	Prof. Dr. Karl-Jürgen Bär
Verband Physikalische Therapie - Vereinigung f. d. physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.	Sabine Baumgart
Dt. Ges. f. Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie e.V. (DGGPP)	Dr. Beate Baumgarte
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Dr. Klaus-Heinrich Bründel
Dt. Netzwerk f. Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Fachhochschule Osnabrück	Prof. Dr. Andreas Büscher
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.	Olaf Christen (ab 2012, zuvor Damaris Koch)
Dt. Ges. f. Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS) e.V. Geschäftsstelle der 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 f. Pflegeberufe DBfK-Bundesverband e.V.	Prof. Dr. Thomas Fischer

Deutscher Pflegerat (DPR) e.V. Geschäftsstelle	Prof. Dr. Thomas Fischer
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.	Prof. Dr. Stephan Freys (ab 2013, zuvor Prof. Dr. Edmund Neugebauer)
Deutsche Gesellschaft für Pflegerwissenschaften (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.	Prof. Patience Higman
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Sabine Jansen
Dt. Ges. für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ) Poliklinik f. Zahnärztl. Prothetik u. Werkstoffkunde	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
Dt. Ges. f. psychol. Schmerztherapie u. -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.	Wilhelm Pfersich (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.	Gerlinde Strunk-Richter
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	Dr. Rüdiger Thiesemann
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Prof. Dr. Dr. Thomas R.Tölle
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e.V.	Prof. Dr. Heinz Laubenthal (bis 2013, danach Integration der DIVS e. V. in die Deutsche Schmerzgesellschaft)

3.3. Einbezug von Betroffenenvertreterinnen

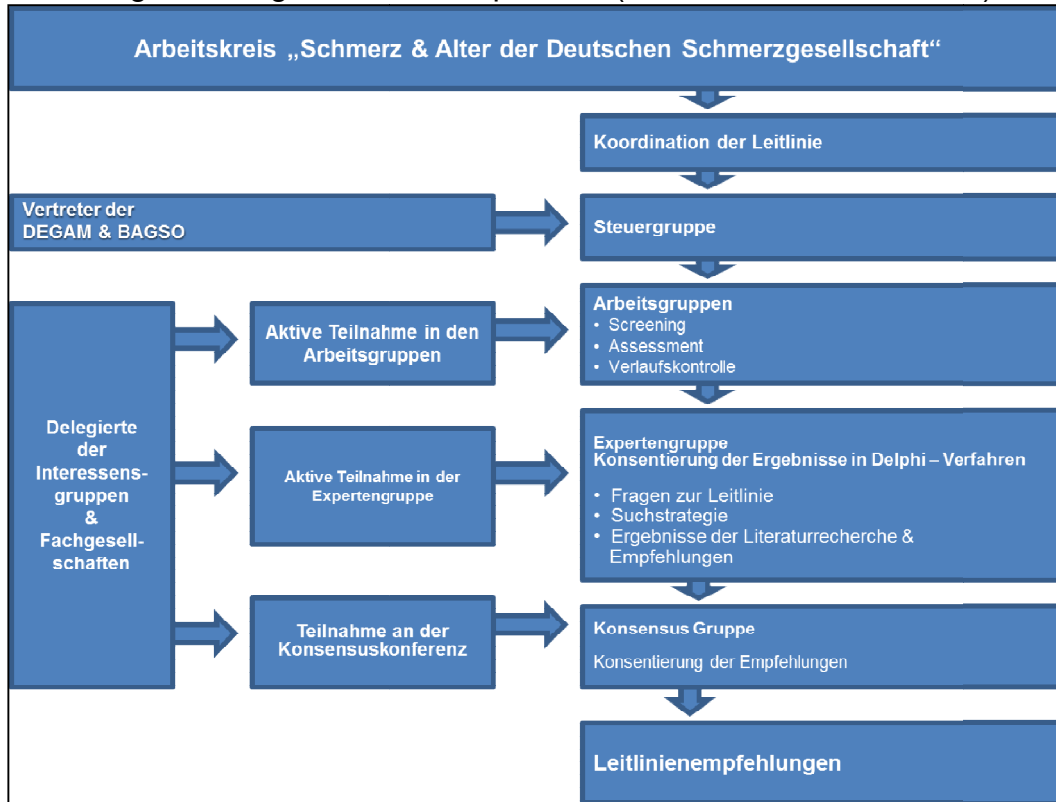
Bei der Erstellung der Leitlinie wurden Vertreterinnen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V. bereits in der Anfangsphase als Delegierte zur Mitarbeit eingeladen und in die Delphi-Verfahren einbezogen. Eine aktive Mitarbeit von Delegierten der Betroffenenorganisation in den Arbeitsgruppen wurde seitens der Leitliniensteuergruppe zu jeder Zeit der Entwicklungsphase sehr unterstützt. Die konsentrierte Leitlinie wurde zudem einer externen Begutachtung durch Betroffene unterzogen. Dazu konnten Vertreter(innen) des Vereins SchmerzLOS e.V.² Frau Heike Norda und Herr Hartmut Wahl gewonnen werden.

3.4. Zusammensetzung der Arbeitsgruppen und der Konsensusgruppen

Entsprechend des Geltungsbereiches (siehe Kap. 2.3) der Leitlinie wurden zunächst drei Arbeitsgruppen mit den Themenschwerpunkten Screening, Assessment und Verlaufserfassung von Schmerz gebildet. Allen Delegierten stand die aktive Mitarbeit in den Arbeitsgruppen offen. Dieses Angebot wurde von einer Delegierten, Frau Prof. Patience Higman (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.), wahrgenommen. Grundsätzlich wurden alle Delegierten gebeten, zu prüfen, inwieweit sie sich an der aktiven Leitlinienarbeit beteiligen wollten und konnten. Auch die Teilnahme an der Steuergruppe stand allen Delegierten offen. Delegierte, denen die Teilnahme an der Steuergruppe oder den Arbeitsgruppen nicht möglich war, wurden gebeten, mindestens an den Konsensuskonferenzen (s.u.) teilzunehmen (Abbildung 1).

² schmerzlos-ev ist ein Verein zur „(...) Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation schmerzkranker Menschen, Aufklärung der Bevölkerung in Deutschland über Vorbeugung und Behandlung von Schmerzen mit dem Ziel, deren Chronifizierung zu verhindern und Leiden bei bestehenden Schmerzerkrankungen zu lindern(...)“
<https://www.schmerzlos-ev.de/> Stand 01.10.2017

Abbildung 1 Beteiligte im Leitlinienprozess (Sirsch et al. 2012: S. 411)



Zur Herstellung von Konsens im Verlauf und zum Abschluss der Leitlinienerstellung kamen zwei Verfahren zum Einsatz:

1. Konsensuskonferenzen
2. Delphi-Verfahren (elektronisch vermittelt).

Alle Delegierten wurden zu Beginn und zum Abschluss der Leitlinienentwicklung zur Teilnahme an jeweils einer Konsensuskonferenz eingeladen. Die erste Konferenz fand am 30. Juni 2011 am DZNE in Witten statt. Auf dieser ersten Konsensuskonferenz wurden die Fragen, die der Leitlinie zugrunde lagen, diskutiert. Eine Konsentierung konnte nicht, wie geplant, vollständig erfolgen. Daher wurde diese Konsentierung im Nachgang über ein Delphi-Verfahren hergestellt.

Die abschließende Konsensuskonferenz, bei der die Empfehlungen konsentiert wurden, fand am 12. Februar 2016 in den Räumen der Deutschen Schmerzgesellschaft, Berlin statt (vgl. Tabelle 3). Einige Mitglieder der Steuergruppe sind zugleich auch Entwicklerinnen der im deutschsprachigen Raum geltenden Schmerzassessmentinstrumente. Diese hatten bei Empfehlungen zu Instrumenten kein Stimmrecht.

Tabelle 3 Teilnehmerinnen der Konsensuskonferenz 12. Februar 2016

Fachgesellschaft	Name	Bemerkungen
Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	Prof. Dr. Karl-Jürgen Bär	
Dt. Ges. f. Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie e.V. (DGGPP)	Dr. Beate Baumgarte	
Deutscher Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) & Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.	Anemone Falkenroth	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zwei Stimmen, da Delegierte zweier Gesellschaften</u>
Deutscher Berufsverband f. Pflegeberufe DBfK-Bundesverband e.V. & Deutscher Pflegerat (DPR) e.V. Geschäftsstelle	Prof. Dr. Thomas Fischer	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppenmitglied • Mitglied AG Verlaufskontrolle • <u>zwei Stimmen, da Delegierte zweier Gesellschaften</u> • Stimmenthaltung bei relevanten Fragen zu Assessmentinstrumenten
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V.	Ass.-Prof. Dr. Irmela Gnass	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppenmitglied • Mitglied AG Screening • Stimmenthaltung bei relevanten Fragen zu Assessmentinstrumenten
Bundesverband selbst. Physiotherapeuten-IFK e.V. "Interessenverband freiberuflicher Krankengymnasten"	Patrick Heldmann	
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	Prof. Patience Higman	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppenmitglied • Mitglied AG Assessment
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Sabine Jansen	
Dt. Ges. für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ) Poliklinik f. Zahnärztl. Prothetik u. Werkstoffkunde	Dr. Evelyn Junker-Zitzmann	
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	PD Dr. Albert Lukas	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinator • Steuergruppenmitglied • Stimmenthaltung bei relevanten Fragen zu Assessmentinstrumenten
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Dr. Sarwiga Riem	
Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.	Gerlinde Strunk-Richter	

Philosophisch-Theologische Hochschule	Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinatorin • Mitglied AG Assessment • keine Delegation, daher kein Stimmrecht
Universität Witten/ Herdecke	Marjan Laekeman	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppenmitglied • Mitglied AG Assessment • keine Delegation, daher kein Stimmrecht
St. Marienhospital Friesoythe	Dr. Corinna Drebenstedt	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppenmitglied • Mitglied AG Verlaufskontrolle
Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg (HAW)	Prof. Dr. Kirsten Kopke	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppenmitglied • Mitglied AG Assessment • keine Delegation, daher kein Stimmrecht
Hochschule Ludwigshafen am Rhein	Prof. Dr. Esther Berkemer	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppenmitglied • Mitglied AG Verlaufskontrolle • keine Delegation, daher kein Stimmrecht
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	Dr. Monika Nothacker	<ul style="list-style-type: none"> • Moderation

Neben den Konsensuskonferenzen wurden Delphi-Verfahren zur Konsensfindung eingesetzt. Das Delphi-Verfahren ist eine mehrstufige Befragungsmethode, bei der die Delegierten durch einen Rückkoppelungsprozess die Möglichkeit hatten, Anmerkungen und Einwände zu ihnen vorgelegten Fragen bzw. Themenbereichen oder Empfehlungen zu formulieren. Die Rückmeldungen der Delegierten wurden eingearbeitet und in einer erneuten Befragungsrunde wieder durch sie überprüft. Es war Ziel jedes Delphi-Verfahrens in dieser Leitlinie, Konsens bei den teilnehmenden Delegierten zu erreichen. Für diese Leitlinie wurden die Delphi-Verfahren mittels einer Befragungssoftware (Limesurvey) elektronisch über das Internet durchgeführt.

Ursprünglich waren vier Delphi-Verfahren geplant, jeweils zur Abstimmung der Fragen zur Leitlinie, zur Suchstrategie, den Ergebnissen der systematischen Literatursuche und den Empfehlungen. Diese vier Verfahren wurden im Verlauf der Entwicklung der Leitlinie zu folgenden drei Delphi-Verfahren zusammengefasst:

1. Die leitenden Fragen für die Leitlinienarbeit wurden im Anschluss an die erste Konsensuskonferenz im Delphi-Verfahren konsentiert und verabschiedet.
2. Die Suchstrategie für Literatur wurde in einem Delphi-Verfahren konsentiert.

3. Die Ergebnisse der systematischen Literatursuche (Ausweisung der Evidenz) wurden gemeinsam mit den Entwürfen der formulierten Empfehlungen den Delegierten zur Vorbereitung der zweiten Konsensuskonferenz vorgelegt.

Sowohl für die Konsensuskonferenzen als auch für die Delphi-Verfahren wurde die Konsensstärke wie in Tabelle 4 nach Hoffmann et al. (2004) definiert und entsprechend in den Leitliniendokumenten ausgewiesen.

Tabelle 4 Konsensstärken

Starker Konsens	≥ 95% der Teilnehmer
Konsens	≥ 75–95% der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	≥ 50% der Teilnehmer
Kein Konsens	< 50% der Teilnehmer

4. Beratung und Begutachtung

Für die Konzeption der Leitlinie und die Durchführung der Leitlinienarbeit wurde externe Beratung durch entsprechend ausgewiesene Expertinnen in Anspruch genommen. Die konsentierete Leitlinie wurde schließlich weiteren externen Experten zur Begutachtung vorgelegt.

4.1. Methodische Beratung

In Bezug auf die Konzeption und die Durchführung der Leitlinienarbeit wurden externe Experten zur Beratung hinzu gezogen. Dies erfolgte zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss der Leitlinienarbeit. Die einbezogenen Beraterinnen sind in Tabelle 5 ausgewiesen.

Tabelle 5 Methodische Beratung

Institution	Name	Zeitpunkt
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V	Prof. Dr. Gabriele Meyer	Konzeption und Startphase
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Fachhochschule Osnabrück	Prof. Dr. Andreas Büscher	Konzeption und Startphase
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	Prof. Dr. Ina Kopp	Konzeption und Startphase
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	Dr. Monika Nothacker	Im Verlauf des Prozesses bis zum Abschluss

4.2. Externe Begutachtung

Nach Abschluss des zweiten gesamten Konsentierungsprozesses wurden externe Gutachten eingeholt. Diese fokussierten sowohl auf die inhaltliche wie auch die methodische Ebene der Leitlinie. Zudem wurden Vertreter der Betroffenen und der stationären Altenhilfe gebeten, ihre Einschätzung zur Leitlinie zu geben.

Tabelle 6 Externe Begutachtung der konsentierten Empfehlungen

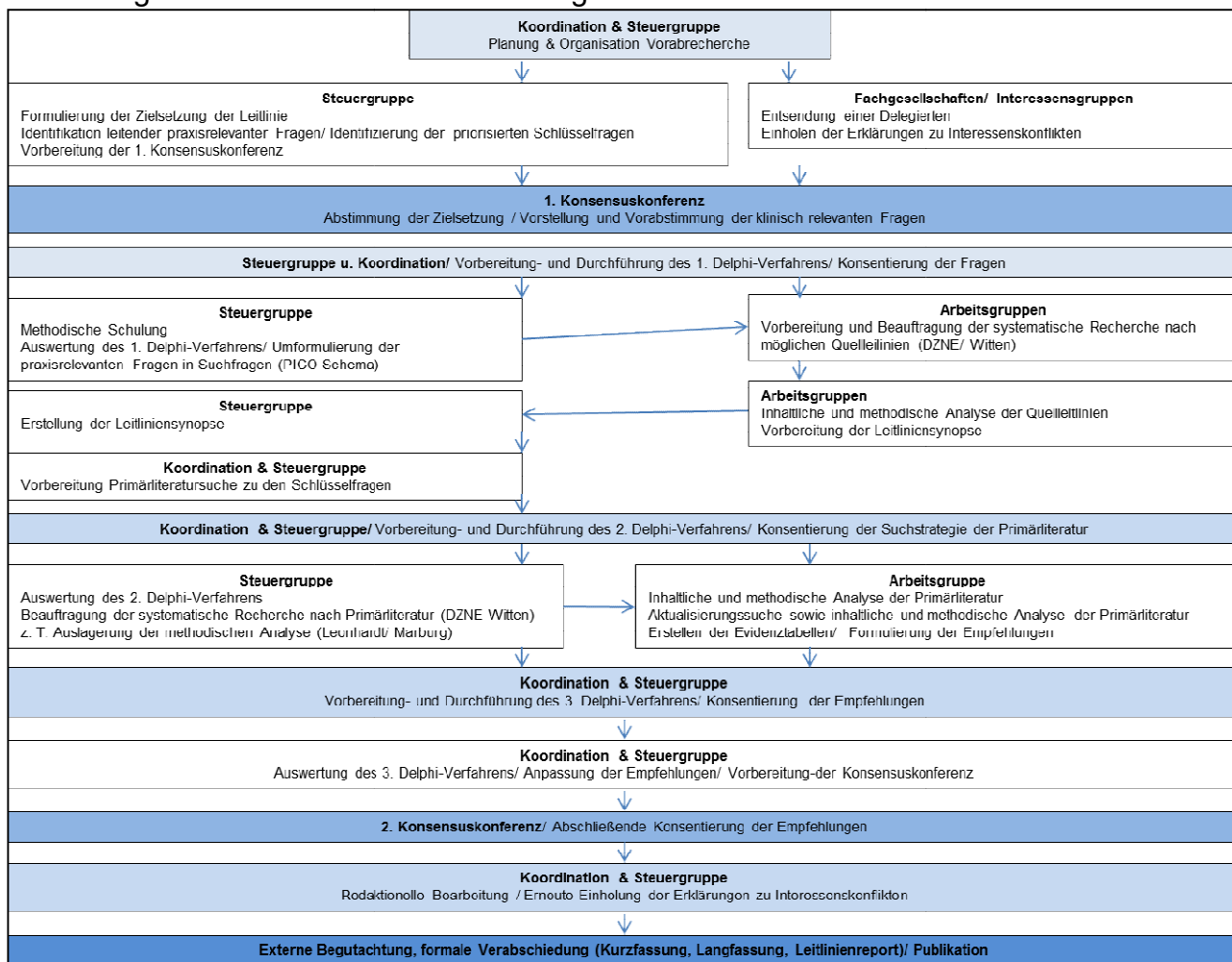
Institution	Fokus der Begutachtung	Name
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck	Methode	Prof. Dr. Sascha Köpke
Philipps-Universität Marburg	Fachinhalt	Prof. emer. Dr. Heinz-Dieter Basler
SchmerzLOS e.V., Neumünster	Betroffenenperspektive	Heike Norda Hartmut Wahl
GerinetzBW-Projekt	Praktikabilität	Andreas Haupt

Die Anmerkungen und Anregungen durch die externe Begutachtung, dabei insbesondere die methodische Begutachtung, wurden so weit als möglich übernommen. Anmerkungen, die nicht mehr oder nicht direkt umzusetzen waren, werden in der Aktualisierung der Leitlinie berücksichtigt werden.

5. Methodisches Vorgehen bei der systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung von Quellen und Ausweisung der Evidenzbasierung

Zu Beginn des Prozesses wurden klinisch relevante Fragen formuliert, die die Inhalte der Leitlinie strukturieren sollten. Die nachfolgende Grafik soll das methodische Vorgehen illustrieren.

Abbildung 2 Ablauf der Leitlinienerstellung



5.1. Klinische Fragestellungen

Entsprechend der Themenschwerpunkte Screening, Assessment und Verlaufserfassung von Schmerz wurden Fragen formuliert. Dieser Entwurf des Fragenkatalogs wurde mit den Delegierten in einem Delphi-Verfahren mit zwei Abstimmungszirkeln konsentiert. Es wurden alle Delegierten um Teilnahme an diesem Verfahren gebeten. Es nahmen 19 Delegierte teil. Die finale Abstimmung erfolgte zum 12.12.2011.

Tabelle 7 Auswertung 1. Delphi-Verfahren/ Zirkel 2 zum Fragenkatalog (n= 19)

Frage	Einver- standen	Frage ändern	Frage streichen	Keine Eintrag	Konsens- stärke in %
I) Screening von Schmerz					
Frage 2: Wie lässt sich "uneingeschränkt auskunftsfähig" und "nicht auskunftsfähig" definieren?	18			1	94,7%
Frage 3: Inwieweit ist der gegenwärtige	18			1	94,7%

gesundheitliche Zustand des Bewohners / der Bewohnerin zur Erfassung der Auskunftsfähigkeit zu Schmerz relevant?					
Frage 4: Inwieweit ist ein zu benennender retrospektiver Zeitraum für die Einschätzung der Auskunftsfähigkeit zu berücksichtigen?	17		1	1	89,5%
Frage 5: Welchen Nutzen hat ein Screening im Vergleich zu keinem Screening für die ausgewählte Population?	17		1	1	89,5%
Frage 6: Nach welchem Schmerz (z.B. behandlungsnotwendiger Schmerz, Schmerz in der Anamnese etc.) wird gescreent?	18			1	94,7%
Frage 7: Welche Vortest-Wahrscheinlichkeit spricht für ein Screening?	17		1	1	89,5%
Frage 8: Wie sollte nach Schmerzen gescreent werden?	18			1	94,7%
Frage 9: Welchen Zeitraum (aktuell und / oder zurückliegend) sollte das Screening erfassen?	18			1	94,7%
Frage 10: Wann sollte nach Schmerzen gescreent werden?	16	2		1	84,2%
Frage 11: Wie oft sollte ein Screening stattfinden?	18			1	94,7%
Frage 12: Welche Instrumente sind für ein Screening geeignet?	18			1	94,7%
Frage 13: Welchen Nutzen haben Screeninginstrumente hinsichtlich der Versorgungsqualität der Bewohner	18			1	94,7%
Frage 14: Wer sollte nach Schmerzen screenen?	17	1		1	89,5%
Frage 15: Welche Konsequenz sollte das Screening der Bewohner haben?	18			1	94,7
Frage 16: Welche Kommunikation - und Entscheidungswege (Schnittstellen) sind für das Screening notwendig?	18			1	94,7
Frage 17: Wie sollte das Screening dokumentiert werden?	17	1		1	89,5%
II) Assessment von Schmerz					
Frage 18: Welchen Nutzen hat ein Assessment von Schmerzen im Vergleich zu keinem Assessment für die ausgewählte Population?	18			1	94,7%
Frage 19: Welche Vortest-Wahrscheinlichkeit aus dem Screening spricht für die Durchführung eines Assessments?	17		1	1	89,5%
Frage 20: Welche Informationen sind für den Umgang mit Schmerzen notwendig?	17	1		1	89,5%
Frage 21: Wie können diese Informationen gewonnen werden?	18			1	94,7%
Frage 22: Welche Schmerzerfassungsinstrumente sind geeignet?	18			1	94,7%
Frage 23: Welche Präferenzen haben Bewohner hinsichtlich der Behandlung oder Nicht-Behandlung von Schmerzen?	17	1		1	89,5%

Frage 24: Wer sollte das Schmerzassessment durchführen?	17	1		1	89,5%
Frage 25: Welche Konsequenz sollte das Ergebnis des Schmerzassessments für die Bewohner haben?	18			1	94,7%
Frage 26: Welche Kommunikations- und Entscheidungswege (Schnittstellen) sind für das Assessment notwendig?	18			1	94,7%
Frage 27: Wie zeitstabil muss das Ergebnis des Schmerzassessments sein?	15	2	1	1	78,9%
Frage 28: Welche Faktoren beeinflussen die Interpretation des Ergebnisses des Schmerzassessments?	18			1	94,7%
Frage 29: Wie sollte das Schmerzassessment dokumentiert werden?	17	1		1	89,5%
Frage 30: Wann sollte ein Assessment von Schmerzen stattfinden?	18			1	94,7%
III) Verlaufserfassung von Schmerz					
Verlaufserfassung wird im Sinne von Follow UP, Schmerzassessment nach Therapie, Abschluss einer Schmerztherapie und ohne Therapie von Schmerz verstanden. Therapie wird sowohl als medikamentöse als auch als nicht medikamentöse Maßnahme verstanden.					
Frage 31: Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit eine Verlaufserfassung durchgeführt werden kann?	16	2		1	84,9%
Frage 32: Für welche Bewohner ist eine Verlaufserfassung erforderlich?	17		1	1	89,5
Frage 33: Welchen Nutzen hat eine Verlaufserfassung von Schmerzen im Vergleich zu keiner Verlaufserfassung für die ausgewählte Population?	18			1	94,7%
Frage 34: Welche Informationen sind im Verlauf zu erfassen?	18			1	94,7%
Frage 35: Wie ist die Verlaufserfassung zeitlich zu gestalten?	17	1		1	89,5%
Frage 36: Wer sollte diese Informationen erfassen?	17	1		1	89,5%
Frage 37: Welche Konsequenz sollte die Verlaufskontrolle von Schmerz für die Bewohner haben?	18			1	94,7%
Frage 38: Wie sollte die Verlaufserfassung dokumentiert werden?	17	1		1	89,5%
Frage 39: Welche Kommunikations- und Entscheidungswege (Schnittstellen) sind für die Verlaufserfassung notwendig?	18			1	94,7%

Auf diese Weise wurde ein Fragenkatalog von 38 klinisch relevanten Fragen (Tabelle 8) entwickelt, aus denen neun besonders relevante Fragen (Schlüssel Fragen) ausgewählt wurden, zu denen eine Primärliteratursuche durchgeführt wurde (siehe 5.3). Die Auswahl der Schlüssel Fragen wurde im Anschluss an die Konsentierung des Gesamtfragenkataloges in der Steuergruppe einstimmig getroffen.

Tabelle 8 Übersicht der klinisch relevanten Fragen

I) Screening von Schmerz
Frage 2: Wie lässt sich "uneingeschränkt auskunftsfähig" und "nicht auskunftsfähig" definieren?
Frage 3: Inwieweit ist der gegenwärtige gesundheitliche Zustand des Bewohners / der Bewohnerin zur Erfassung der Auskunftsfähigkeit zu Schmerz relevant?
Frage 4: Inwieweit ist ein zu benennender retrospektiver Zeitraum für die Einschätzung der Auskunftsfähigkeit zu berücksichtigen?
Frage 5: Welchen Nutzen hat ein Screening im Vergleich zu keinem Screening für die ausgewählte Population?
Frage 6: Nach welchem Schmerz (z.B. behandlungsnotwendiger Schmerz, Schmerz in der Anamnese etc.) wird gescreent?
Frage 7: Welche Vortest-Wahrscheinlichkeit spricht für ein Screening?
Frage 8: Wie sollte nach Schmerzen gescreent werden?
Frage 9: Welchen Zeitraum (aktuell und / oder zurückliegend) sollte das Screening erfassen?
Frage 10: Wann sollte nach Schmerzen gescreent werden?
Frage 11: Wie oft sollte ein Screening stattfinden?
Frage 12: Welche Instrumente sind für ein Screening geeignet?
Frage 13: Welchen Nutzen haben Screeninginstrumente hinsichtlich der Versorgungsqualität der Bewohner
Frage 14: Wer sollte nach Schmerzen screenen?
Frage 15: Welche Konsequenz sollte das Screening der Bewohner haben?
Frage 16: Welche Kommunikation - und Entscheidungswege (Schnittstellen) sind für das Screening notwendig?
Frage 17: Wie sollte das Screening dokumentiert werden?
II) Assessment von Schmerz
Frage 18: Welchen Nutzen hat ein Assessment von Schmerzen im Vergleich zu keinem Assessment für die ausgewählte Population?
Frage 19: Welche Vortest-Wahrscheinlichkeit aus dem Screening spricht für die Durchführung eines Assessments?
Frage 20: Welche Informationen sind für den Umgang mit Schmerzen notwendig?
Frage 21: Wie können diese Informationen gewonnen werden?
Frage 22: Welche Schmerzerfassungsinstrumente sind geeignet?
Frage 23: Welche Präferenzen haben Bewohner hinsichtlich der Behandlung oder Nicht-Behandlung von Schmerzen?
Frage 24: Wer sollte das Schmerzassessment durchführen?
Frage 25: Welche Konsequenz sollte das Ergebnis des Schmerzassessments für die Bewohner haben?
Frage 26: Welche Kommunikations- und Entscheidungswege (Schnittstellen) sind für das Assessment notwendig?
Frage 27: Wie zeitstabil muss das Ergebnis des Schmerzassessments sein?
Frage 28: Welche Faktoren beeinflussen die Interpretation des Ergebnisses des Schmerzassessments?
Frage 29: Wie sollte das Schmerzassessment dokumentiert werden?
Frage 30: Wann sollte ein Assessment von Schmerzen stattfinden?
III) Verlaufserfassung von Schmerz
Verlaufserfassung wird im Sinne von Follow-up, Schmerzassessment nach Therapie, Abschluss einer Schmerztherapie und ohne Therapie von Schmerz verstanden. Therapie wird sowohl als medikamentöse als auch als nicht medikamentöse Maßnahme verstanden.
Frage 31: Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit eine Verlaufserfassung durchgeführt werden kann?
Frage 32: Für welche Bewohner ist eine Verlaufserfassung erforderlich?
Frage 33: Welchen Nutzen hat eine Verlaufserfassung von Schmerzen im Vergleich zu keiner Verlaufserfassung für die ausgewählte Population?
Frage 34: Welche Informationen sind im Verlauf zu erfassen?
Frage 35: Wie ist die Verlaufserfassung zeitlich zu gestalten?
Frage 36: Wer sollte diese Informationen erfassen?
Frage 37: Welche Konsequenz sollte die Verlaufskontrolle von Schmerz für die Bewohner haben?
Frage 38: Wie sollte die Verlaufserfassung dokumentiert werden?
Frage 39: Welche Kommunikations- und Entscheidungswege (Schnittstellen) sind für die Verlaufserfassung notwendig?

Die systematische Suche bzw. die Suchbegriffe wurden in einem zweiten Delphi-Verfahren durch die Delegierten abgestimmt.

An dieser Abstimmung nahmen 31 Delegierte mit dem Abschlussdatum 05.11.2013 teil. Der angestrebte Konsens wurde in einem Zirkel erreicht.

Tabelle 9 Auswertung 2. Delphi-Verfahren/ Zirkel 1 zur Suchstrategie (n= 31)

Fragen:	Ja, ich bin mit der Auswahl der Datenbanken/ Limitierungen einverstanden. Folgende Anmerkung habe ich außerdem	Nein, ich bin mit der Auswahl der Datenbanken/ Limitierung nicht einverstanden und habe dazu folgende Anmerkung	Ist mir gleich	Keine Angaben	Konsensstärke in %
Datenbanken	28	1	2	0	90%
Limitierungen	30	1	0	0	97%
	Ja, ich stimme der suchtauglichen Fragestellung zu.	Nein, ich stimme der suchtauglichen Fragestellung nicht zu			
I) Screening von Schmerz					
Klinische Frage 5 / (Delphi Frage 1): Welchen Nutzen hat ein Screening im Vergleich zu keinem Screening für die ausgewählte Population? Suchtaugliche Fragestellung: Können Schmerzen identifiziert werden (O) nach einem Screening (I) bei älteren Menschen (≥ 65 y) (P) in vollstationären Einrichtungen im Vergleich zu keinem Screening (C)?	30	1	0	0	97%
Klinische Frage 8 / (Delphi Frage 2): Wie sollte nach Schmerzen gescreent werden? Suchtaugliche Fragestellung: Zeigen sich Anwendervorteile (O) für bestimmte Verfahren des Schmerzscreenings (I) bei älteren Menschen (≥ 65 y) in vollstationären Einrichtungen (P) im Vergleich zu keinem (einem anderen) Screening-Verfahren (C)?	30	0	1	0	97%
Klinische Frage 15 / (Delphi Frage 3): Welche Konsequenz sollte	28	2	1	0	90%

<p>das Screening der Bewohner haben? Suchtaugliche Fragestellung: Zeigen sich therapeutische Konsequenzen (O) nach einem Screening von Schmerzen (I) bei älteren Menschen (≥ 65 y) (P) in vollstationären Einrichtungen im Vergleich zu keinem (einem anderen) Screeningverfahren?</p>					
II) Assessment von Schmerz					
<p>Klinische Frage 20 / (Delphi Frage 4): Welche Informationen sind für den Umgang mit Schmerzen notwendig? Suchtaugliche Fragestellung: Welche Informationen (I) sind für eine Schmerzbehandlung (O) bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting) wichtig?</p>	28	2	1	0	90%
<p>Klinische Frage 21 / (Delphi Frage 5): Wie können diese Informationen gewonnen werden? Suchtaugliche Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Assessmentverfahren (diagnostische Techniken/ Prozeduren) zum Schmerz (I) werden bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P) eingesetzt um eine wirksame Schmerzbehandlung (O) einzuleiten? • Wie können Informationen zum Schmerz (I) bei nicht-kommunikationsfähigen älteren Menschen (P) gewonnen werden? <p>Welche deutschen Assessmentverfahren (diagnostische Techniken/ Prozeduren) zum Schmerz (I) werden bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe in Deutschland (P) eingesetzt um eine wirksame Schmerzbehandlung (O) einzuleiten?</p>	28	3	0	0	90%

<p>Klinische Frage 25 / (Delphi Frage 6): Welche Konsequenz sollte das Ergebnis des Schmerzassessments für die Bewohner haben? Suchtaugliche Fragestellung: Welche Folgen hat ein Assessment von Schmerz (I) bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting) [im Vergleich zu keinem Schmerz-Assessment (C)] ...hinsichtlich der Behandlung des Schmerzes (O)? ...hinsichtlich der Veränderung der Schmerzintensität (O)? ...hinsichtlich der Funktionsfähigkeit (O)? ...hinsichtlich der Lebensqualität (O)? ...hinsichtlich des Wohlbefindens (O)?</p>	29	2	0	0	94%
III) Verlaufserfassung von Schmerz					
<p>Klinische Frage 32 / (Delphi Frage 7): Für welche Bewohner ist eine Verlaufserfassung erforderlich? Suchtaugliche Fragestellung: Welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse (O) hat eine Verlaufserfassung von Schmerz (I) bei älteren Menschen (P) in der stationären Altenhilfe (Setting) im Vergleich zu keiner Verlaufserfassung?</p>	28	2	1	0	90%
<p>Klinische Frage 34 / (Delphi Frage 8): Welche Informationen sind im Verlauf zu erfassen? Suchtaugliche Fragestellung: Welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse (O) hat die Erhebung spezifischer Informationen bei der Verlaufserfassung von Schmerz (I) bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting) zu erfassen?</p>	29	1	1	0	94%
<p>Klinische Frage 37 / (Delphi Frage 9): Welche Konsequenz sollte die Verlaufskontrolle von</p>	27	3	0	1	87%

Schmerz für die Bewohner haben? Suchtaugliche Fragestellung: Welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse (O) erzielen aus der Verlaufserfassung von Schmerz abgeleitete Interventionen (I) für älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting)?					
---	--	--	--	--	--

5.2. Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung von Quelleitlinien

Nach der Identifizierung der Fragen bzw. der Konsentierung der im besonderen Maße relevanten Fragen (Schlüssel Fragen) zur Primärliteratursuche wurden in den Arbeitsgruppen mittels des PICO-Schemas suchtaugliche Fragen entwickelt. Im Anschluss erfolgte für alle 38 Fragen eine systematische Recherche, Auswahl, Bewertung und Analyse von möglichen Quelleitlinien, die in einer Leitliniensynopse beschrieben werden. Die ursprüngliche Leitliniensynopse wurde am 30. August 2014 fertiggestellt. Eine Nachsuche nach relevanten Leitlinien erfolgte im Zeitraum von 06. April bis 28. Mai 2016 an der PTHV. Es wurde keine weitere relevante Leitlinie identifiziert, die den definierten Ein- und Ausschlusskriterien entsprach. Daher wird die ursprüngliche Leitliniensynopse unverändert als gesondertes Dokument im Anhang ausgewiesen.

5.3. Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Primärliteratur

Im ersten Schritt wurden die Schlüssel Fragen zur Primärliteratursuche ausgewählt. Dazu wurden neun Fragen durch die Mitglieder der Steuergruppe priorisiert. Diese Hauptfragen wurden im Anschluss durch die Delegierten mittels eines Delphi-Verfahrens konsentiert. Für die Arbeitsgruppen wurden jeweils drei Fragen bestätigt:

Zum Screening von Schmerz

- Frage 5: Welchen Nutzen hat ein Screening im Vergleich zu keinem Screening für die ausgewählte Population?
- Frage 8: Wie sollte nach Schmerzen gescreent werden?
- Frage 15: Welche Konsequenz sollte das Screening der Bewohner haben?

Zum Assessment von Schmerz

- Frage 20: Welche Informationen sind für den Umgang mit Schmerzen notwendig?
- Frage 21: Wie können diese Informationen gewonnen werden?
- Frage 25: Welche Konsequenz sollte das Ergebnis des Schmerzassessments für die Bewohner haben?

Zur Verlaufserfassung von Schmerz

- Frage 32: Für welche Bewohner ist eine Verlaufserfassung erforderlich?
- Frage 34: Welche Informationen sind im Verlauf zu erfassen?
- Frage 37: Welche Konsequenz sollte die Verlaufskontrolle von Schmerz für die Bewohner haben?

5.3.1 Recherche der Primärliteratur

Die Recherche nach Primärliteratur erfolgte erstmals im Zeitraum von 18.02.2014 bis 21.02.2014 und umschloss den Suchzeitraum vom 01.01.2003 bis 31.12.2013. Eine Aktualisierung der Suche erfolgte zu Beginn des Jahres 2016, der Suchzeitraum wurde auf den 31.12.2015 ausgedehnt; die exakten Treffer und Zeiträume sind nachfolgend dokumentiert.

Es wurde in den folgenden Datenbanken gesucht:

- Cochrane Datenbanken
- Medline/ via PubMed
- Embase/ via DIMDI
- CINAHL
- PsycInfo
- PubPsych
- Gerolit

Es wurde sowohl nach MeSH-Terms und Einzelbegriffen in Titel & Abstract gesucht. Die Suchstrategie wurde für Pubmed gebildet/ dokumentiert und für die anderen

Datenbanken angepasst. Nachfolgend sind die Schlüsselfragen und die daraus abgeleiteten suchtauglichen Fragen abgebildet.

Suchworte zur Population und zum Setting wurden übergeordnet für alle Fragen formuliert und übergeordnet in die Suche einbezogen.

Tabelle 10 Suchbegriffe zu Population und Setting

Suchbegriffe zur PICO Suche Population und Setting, sind für alle Fragen gleich und werden jeder Frage zugeordnet		
(P) Pat:	Die Angaben zu Pat. gelten für alle Fragen	
	Age* (≥ 65 y)	Alter or
Or	Old*	"Alter Mensch" or
Or	Geront*	Geronto* or
Or	Geriatr*	Geriatric* or
Or	Elder*	Älter or
Or	Frail	Gebrechlich or
Or	Seniors	Alter or
Or	Resident*	Rentner or
Or		Pflegebedürftiger or
Or		Langzeitkranker or
Or		Hochbetagter or
Or		Hilfsbedürftiger or
Or		Heim Bewohner or
Or		Alterskranker or
Or		Älterer Erwachsener or
Or		Senior or
Or		Senioren or
Or		Ältere Menschen or
Or		Älterer Mensch or
Or		Alter Mensch or
Or	Senior citizens	Chronisch Kranker or
Or	Dementia	Demenz or

Or	Cognitive impair*	Kognitive Beeinträchtigung
Or	Cognitive disorder	Kognitve Störung or
Or	Nonverbal communication	Nonverbal* Kommunikation or
Or	impaired communication	Beeinträchtigte Kommunikation
Setting:	And	
	Nursing home	Stationäre Einrichtung or
Or	Long?term?care	Alteneinrichtung or
Or	Residential care	Altenheim or
Or	Homes for the aged	Altenpflegeheim or
Or	Homes for the elderly	*Heim or
Or	Residential facilities	Wohnstift

Priorisierte klinische und suchtaugliche Fragen der AG Screening einschließlich Suchstrategie

Tabelle 11 Suchbegriffe Frage 5

Stichworte zur PICO Suche AG Screening:

Klinische Frage 5:

Welchen Nutzen hat ein Screening im Vergleich zu keinem Screening für die ausgewählte Population?

Suchtaugliche Fragestellung:

Können Schmerzen identifiziert werden (O) nach einem Screening (I) bei älteren Menschen (≥ 65 y) (P) in vollstationären Einrichtungen im Vergleich zu keinem Screening (C)?

Suchbegriffe zur PICO Suche AG Screening:

Intervention	And	
	Screening	Screening or
Or	Sensitivity	Sensitivität or
Or	Specificity	Spezifität or
Or	Diagnos*	Diagnos*
Control:	And	
	No screening	Kein screening or
Or	No intervention	Keine intervention or
Outcome	And	

	No Detection	Keine Erkennen or
		Keine Erfass* or
Or	No Identification	Keine Identifikation and
And	Pain	Schmerz

Tabelle 12 Suchbegriffe Frage 8

Suchbegriffe zur PICO Suche AG Screening- Priorisierte Fragen:

Klinische Frage 8:

Wie sollte nach Schmerzen gescreent werden?

Suchtaugliche Fragestellung:

Zeigen sich Anwendervorteile oder Bewohnervorteile (O) für bestimmte Verfahren des Schmerzscreenings (I) bei älteren Menschen (≥ 65 y) in vollstationären Einrichtungen (P) im Vergleich zu keinem (einem anderen) Screening-Verfahren (C)?

Intervention:	And	
	Screening	Screening or
Or	Diagnos*	Diagnos* and
And	Pain	Pain
Control:	And	
	No screening	Kein screening or
Or	No intervention	Keine intervention or
Or	No Diagnos*	Keine diagnosis* and
And	Pain	Schmerz
Outcome:	And	
	Feasibility	Machbarkeit or
Or	Usability	Anwendbarkeit or
Or	Prevalence	Prävalenz or
Or	Sensitivity	Sensitivität or
Or	Specificity	Spezifität or

Tabelle 13 Suchbegriffe Frage 15

Klinische Frage 15:		
Welche Konsequenz sollte das Screening der Bewohner haben?		
Suchtaugliche Fragestellung:		
Zeigen sich therapeutische Konsequenzen (O) nach einem Screening von Schmerzen (I) bei älteren Menschen (≥ 65 y) (P) in vollstationären Einrichtungen im Vergleich zu keinem (einem anderen) Screeningverfahren?		
Suchbegriffe zur PICO Suche AG Screening:		
Intervention:	And	
	Screening	Screening or
Or	Diagnos*	Diagnos* or
And	Pain	Schmerz or
Outcome:	And	
	Therapeutic strategies	Therapeu* or
Or	Therapeutic maneuv?	
Or	Therapy	Therapie or
Or	Consequence	Konsequenzen or
Or	Prevention	Prävention or
Or		Prophylaxe or

Priorisierte klinische und suchtaugliche Fragen der AG Assessment einschließlich Suchstrategie

Tabelle 14 Suchbegriffe Frage 20

Klinische Frage 20:		
Welche Informationen sind für den Umgang mit Schmerzen notwendig?		
Suchtaugliche Fragestellung:		
Welche Informationen (I) sind für eine Schmerzbehandlung (O) bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting) wichtig?		
Suchbegriffe zur PICO Suche AG Assessment:		
Intervention:	And	
	Information	Information or
Or	Diagnos*	Diagnos* or
Or	Measurement	Messung or

Or	Assessment	Assess* and
And	Pain	Schmerz
Outcome:	And	
	"Pain treatment"	Behandlung or
Or	"Pain management"	Management or
Or	"Dealing with pain"	Verhalten or
Or	"Pain therapy"	Therapie or
Or	"Handling pain"	Coping and
		Schmerz

Tabelle 15 Suchbegriffe Frage 21

Klinische Frage 21:		
Wie können diese Informationen gewonnen werden?		
Suchtaugliche Fragestellungen:		
Welche Assessmentverfahren (diagnostische Techniken/ Prozeduren/Beobachtungen) zum Schmerz (I) führen bei kommunikationsfähigen älteren Menschen/bei nicht kommunikationsfähigen älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P) zu einer wirksamen Schmerzbehandlung (O)?		
Ergänzungen zur Suchstrategie:		
Gezielt auch deutsche Studien suchen/ Studien aus dem deutschen Sprachraum		
Suchbegriffe zur PICO Suche AG Assessment:		
Intervention:	And	
	Information	Information or
Or	Diagnos*	Diagnos* or
Or	Measurement	Messen or
Or	Observation	Beobachtung or
Or	Assessment	Assess* or
Or	Scale*	Skala or
Or	Test*	Test* or
Or	Tool*	Instrument or
Or	Instrument*	
Or	Methods	Methode or

Or	Evaluation	Evaluation or
Or	Screening	Screening or
Or	Detection	Erkennen or
		Erfass* or
Or	Identification	Identifikation and
And	Pain	Schmerz
Outcome:	And	
	“Pain treatment”	Behandlung or
Or	“Pain management”	Management or
Or	“Dealing with pain”	Verhalten or
Or	“Pain therapy”	Therapie or
Or	„Handling pain“	Coping and
		Schmerz

Tabelle 16 Suchbegriffe Frage 25

Klinische Frage 25:

Welche Konsequenz sollte das Ergebnis des Schmerzassessments für die Bewohner haben?

Suchtaugliche Fragestellung:

Welche Verbesserungen oder unerwünschte Wirkungen zeigen sich durch ein Assessment von Schmerz (I) bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting) [im Vergleich zu keinem Schmerz-Assessment (C)]

...hinsichtlich der Behandlung des Schmerzes (O)?

...hinsichtlich der Veränderung der Schmerzintensität (O)?

...hinsichtlich der Funktionsfähigkeit (O)?

...hinsichtlich der Lebensqualität (O)?

...hinsichtlich des Wohlbefindens (O)?

Ergänzungen zur Suchstrategie:

Studientypen:

gezielt Studien Assessment versus kein Assessment suchen

Intervention:	And	
	Information	Information or
Or	Diagnosis	Diagnos* or
Or	Measurement	Messen or
Or	Assessment	Assessment or
Or	Scale*	Skala or
Or	Test*	Test or
Or	Tool*	
Or	Instrument*	Instrument or
Or	Diagnos*	Diagnos* or
Or	Observation	Beobachtung or
Or	Evaluation*	Evaluation or
Or	Detection	Erkennen or
		Erfass* or
Or	Identification	Identifikation and
And	Pain	Schmerz*
Controll:	And	
	No Diagnos*	Keine Diagnose or
Or	Without assessment	Ohne Assessment and
And	Pain	Schmerz
Outcome:	And	
	"Pain treatment"	'Schmerz Behandlung' or
Or	"Pain management"	'Schmerz Management' or
Or	"Dealing with pain"	'Schmerz Verhalten' or
Or	"Pain therapy"	'Schmerz Therapie' or
Or	"Handling pain"	'Coping mit Schmerz' or
Or	"Pain intensity"	'Schmerzintensität' or
Or	„Pain medication“	'Schmerzmedikation' or
Or	Perception	Wahrnehmung or
Or	Management	Management or

Or	Therapy	Therapie or
Or	Treatment	Behandlung or
Or	Function*	Funktioneller Status
Or	Participation	Partizipation or
Or	Activity level	Aktivitätslevel or
Or	Quality of life	Lebensqualität or
Or	Wellbeing	Wohlbefinden or
Or	Morbidity	Sterblichkeit or
Or	ADL ("activity of daily livings")	ADL or
		Aktivitäten des täglichen Lebens or
Or	Adverse effects	Schädliche Wirkung or
Or	Undesirable effects	Unerwünschte Wirkungen

Priorisierte klinische und suchtaugliche Fragen der AG Verlauf einschließlich Suchstrategie

Tabelle 17 Suchbegriffe Frage 32

Klinische Frage 32:		
Für welche Bewohner ist eine Verlaufserfassung erforderlich?		
Suchtaugliche Fragestellung:		
Welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse (O) hat eine Verlaufserfassung von Schmerz (I) bei älteren Menschen (P) in der stationären Altenhilfe (Setting) im Vergleich zu keiner Verlaufserfassung (C)?		
Ergänzungen zur Suchstrategie:		
Suchbegriffe zur PICO Suche AG Verlauf		
Intervention:	And	
	Measurement	Messen or
Or	Assessment	Assessment or
Or	Scale*	Skala or
Or	Test*	Test or
Or	Tool*	
Or	Instrument*	Instrument or

Or	Diagnos*	Diagnos* or
Or	Observation	Beobachtung or
Or	Evaluation*	Evaluation or
Or	Detection	Erkennen or
		Erfass* or
Or	Identification	Identifizieren and
And	Pain	Schmerz
Intervention:	And	
	Course of pain	Schmerzursache or
Or	Follow-up	Follow up or
Or	Develop*	Entwickl* or
Or	Progress	Fortschritt or
Or	Trend	Trend or
Or	Process	Prozess or
Or	Repeat	Nachfragen or
Or	Repetition	Wiederholung or
Or	Interval	Intervall or
Or	Progress*	Fortschritt or
Or	Sequence	Sequenz and
And	Pain	Schmerz
Outcome:	And	
	*Adl	ADL or
Or	Intensity	Intensität or
Or	Perception	Wahrnehmung or
Or	Management	Management or
Or	Therapy	Therapie or
Or	Treatment	Behandlung or
Or	Disease	Erkrankung or
Or	Function*	Funktion or
Or	Activity level	Aktivität* or

Or	Quality of life	Lebensqualität or
Or	Wellbeing	Wohlbefinden or
Or	Morbidity	Sterblichkeit or
Or	“patient” Participation	Beteiligung or
Or	Relapse	Rückfall and
And	Pain	Schmerz

Priorisierte klinische und suchtaugliche Fragen der AG Verlauf einschließlich Suchstrategie

Tabelle 18 Suchbegriffe Frage 34

Klinische Frage 34 :		
Welche Informationen sind im Verlauf zu erfassen?		
Suchtaugliche Fragestellung:		
Welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse (O) hat die Erhebung spezifischer Informationen bei der Verlaufserfassung von Schmerz (I) bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting) zu erfassen?		
Intervention:	And	
	Measurement	Messen or
Or	Assessment	Assessment or
Or	Scale*	Skala or
Or	Test*	Test or
Or	Tool*	
Or	Instrument*	Instrument or
Or	Diagnos*	Diagnos* or
Or	Observation	Beobachtung or
Or	Evaluation*	Evaluation or
Or	Information	
Or	Detection	Erkennen or
		Erfass* or
Or	Identification	Identifizieren and
And	Pain	Schmerz

Intervention:	And	
	Course of pain	Schmerzursache or
or	Follow-up	Follow up or
Or	Develop*	Entwickl* or
Or	Progress	Fortschritt or
Or	Trend	Trend or
Or	Process	Prozess or
Or	Repeat	Nachfragen or
Or	Repetition	Wiederholung or
Or	Interval	Intervall or
Or	Progress*	Fortschritt or
Or	Sequence	Sequenz and
And	Pain	Schmerz
Outcome:	And	
	*Adl	ADL or
Or	Intensity	Intensität or
Or	Perception	Wahrnehmung or
Or	Management	Management or
Or	Therapy	Therapie or
Or	Treatment	Behandlung or
Or	Function*	Funktioneller Status
Or	Activity level	Aktivität* or
Or	Quality of life	Lebensqualität or
Or	Wellbeing	Wohlbefinden or
Or	Morbidity	Morbidität or
Or	Adverse effects	schädliche Wirkungen or
Or	Undesirable effects	Unerwünschte Wirkungen and
And	Pain	Schmerz

Tabelle 19 Suchbegriffe Frage 37

Klinische Frage 37:

Welche Konsequenz sollte die Verlaufskontrolle von Schmerz für die Bewohner haben?

Suchtaugliche Fragestellung:

Welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse (O) erzielen aus der Verlaufserfassung von Schmerz abgeleitete Interventionen (I) für älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting)?

Intervention:	And	
	Measurement	Messen or
Or	Assessment	Assessment or
Or	Scale*	Skala or
Or	Test*	Test or
Or	Tool*	
Or	Instrument*	Instrument or
Or	Diagnos* (mesh term)	Diagnos* or
Or	Observation	Beobachtung or
Or	Evaluation*	Evaluation or
Or	Detection	Erkennen or
		Erfass* or
Or	Identification	Identifikation and
And	Pain	Schmerz
Intervention:	And	
	Course of pain	Schmerzursache or
Or	Follow-up	Follow up or
Or	Develop*	Entwickl* or
Or	Progress	Fortschritt or
Or	Trend	Trend or
Or	Process	Prozess or
Or	Repeat	Nachfragen or
Or	Repetition	Wiederholung or
Or	Interval	Intervall or
Or	Progress*	Fortschritt or

Or	Sequence	Sequenz and
And	Pain	Schmerz
Outcome:	And	
	*Adl	ADL or
Or	Intensity	Intensität or
Or	Perception	Wahrnehmung or
Or	Management	Mangement or
Or	Therapy	Therapie or
Or	Treatment	Behandlung or
Or	Function*	Funktioneller Status
Or	Activity level	Aktivitätslevel or
Or	Quality of life	Lebensqualität or
Or	Wellbeing	Wohlbefinden or
Or	Morbidity	Morbidität
Or	Consequence	Konsequenz or
Or	outcome	Outcome or
Or	challenging behavior	Herausforderndes Verhalten or
Or	BPSD	BPSD or
Or	“patient participation”	Teilhabe

Einschlusskriterien:

- Kommunikationsfähige als auch kognitiv eingeschränkte/ nicht-kommunikationsfähige ältere Menschen.
- Setting: stationäre Altenhilfe (long term care) ggf. Erweiterung auf teilstationär und ambulant (wenn Übertragbarkeit auf stationäres Setting)

Ausschlusskriterien:

- Alter unter 65 Jahren

Limitierungen (über Filter):

Altersbegrenzung: 65+ Jahre, ggf. je nach Datenbank 80 und über 80 Jahre oder Gegebenheit nach Datenbank

Studententypen: alle

Sprache: Deutsch, Niederländisch, Englisch und Französisch

Eingeschlossener Publikationszeitraum:

Erstsuche 01.01.2003 bis 31.12.2013

Nachsuche 01.01.2014 bis 31.12.2015

Ergebnisse der Datenbanksuchen

Tabelle 20 Ergebnisse der Datenbanksuche Erste Suche 01.01.2003 bis 31.12.2013

		Frage 5	Frage 8	Frage 15	Frage 20	Frage 21	Frage 25	Frage 32	Frage 34	Frage 37	Summe
Cochrane	komplett	0	0	28	16	17	116	62	61	60	369
	Ohne Setting	2	7	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cinahl	komplett	0	0	73	129	129	4	132	135	131	777
	Ohne Setting	10	34	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Embase	komplett	0	0	45	63	76	385	153	150	150	1061
	Ohne Setting	9	30	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	4	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gerolit	komplett	0	0	0	1	6	0	8	7	7	64
	Ohne Setting	0	0	6	9	22	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	3	2	0	0	0	0	0	0	0	
Medline	komplett	0	0	185	103	121	415	143	149	143	1353
	Ohne Setting	14	80	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Psycinfo	komplett	0	0	8	40	59	0	67	69	68	343
	Ohne Setting	1	12	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	20	0	0	0	0	0	0	0	0	
PubPsych	Komplett	0	0	4	5	7	0	9	9	9	73
	Ohne Setting	0	6	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	24	0	0	0	0	0	0	0	0	
											4040
	Summe	82	171	349	365	431	970	574	580	568	4090
	Duplikate	6	50	36	130	161	121	172	221	121	1018
	ohne Duplikate	76	121	313	235	270	849	402	359	447	3072
	Eingeschlossen nach TIAB Screening	12	23	24	88	129	126	58	25	33	518

Tabelle 21 Ergebnisse der Datenbanksuche Nachsuche 01.01.2014 bis 31.12.2015

		Frage 5	Frage 8	Frage 15	Frage 20	Frage 21	Frage 25	Frage 32	Frage 34	Frage 37	Summe
Cochrane	komplett	1	1	9	1	1	0	14	14	14	79
	Ohne Setting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	24	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cinahl	komplett	0	0	10	33	37	0	29	30	29	252
	Ohne Setting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	1	3	0	0	0	80	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Embase	komplett	0	0	9	17	21	0	37	37	36	198
	Ohne Setting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	2	7	0	0	0	32	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gerolit	komplett	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Ohne Setting	0	0	0	0	2	0	0	0	0	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Medline	komplett	0	0	34	24	27	0	14	14	14	204
	Ohne Setting	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
	Ohne Control	5	15	0	0	0	57	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	39	0	0	0	0	0	0	0	0	
Psycinfo	komplett	0	0	5	19	30	0	20	20	20	173
	Ohne Setting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ohne Control	1	2	0	0	0	56	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PubPsych	Komplett	0	0	0	3	4	0	3	3	3	69
	Ohne Setting	0	0	24	30	43	0	74	76	73	
	Ohne Control	0	0	0	0	0	6	0	0	0	
	Ohne Setting und Control	4	19	0	0	0	0	0	0	0	
	Summe	14	47	91	97	122	255	117	118	116	977
	Duplikate	3	8	7	37	50	73	29	29	27	263
	ohne Duplikate	11	39	84	60	72	182	88	89	89	714
	Eingeschlossen nach TIAB Screening	2	4	3	3	3	6	5	5	5	36

5.3.2 Synthese der Literatur

Die Vorauswahl durch das Screening von Titel und Abstracts (TIAB) bzw. das Screening der Volltexte auf Eignung erfolgte durch jeweils zwei unabhängige Rater. Das Screening von Titel und Abstracts erfolgte zentral im DZNE, Witten; das Screening der Volltexte durch zwei Mitglieder der jeweiligen Arbeitsgruppen.

Eingeschlossen wurden alle Publikationen, die durch beide Rater eingeschlossen wurden. Wurde eine Publikation zunächst nur durch einen Rater eingeschlossen, folgte eine persönliche Abstimmung beider Rater, konnte dabei keine Einigung erzielt werden erfolgte eine dritte unabhängige Bewertung.

Die Dokumentation der jeweiligen Auswahl bzw. der Ein- und Ausschlüsse wird mittels PRISMA-Diagrammen zu jeder Fragestellung dargestellt; für jede Fragestellung jeweils für die erste und zweite Suche (siehe Kap. 5.3.1).

Tabelle 22 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 5

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 82	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 76	→	Duplikate: n= 6	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 12		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 64	Übereinstimmung Rater TIAB Screening: n= 70(76) 92,1%
	↓	↘		
Eignung	Verblieben nach Volltext-Screening n= 10		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 2	Übereinstimmung Rater Volltextscreening: n= 11(12) 91,7%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 10			

Tabelle 23 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 8

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n = 171	Backward Citation Tracking n = 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 121	→	Duplikate: n= 50	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 23		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 98	Übereinstimmung Rater: n= 98(121) 81,0%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 14		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 9	Übereinstimmung Rater: n= 18(23) 78,3 %
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 14			

Tabelle 24 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 15

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 349	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 313	→	Duplikate: n= 36	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 24		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 289	Übereinstimmung Rater: n= 270(313) 86,3%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening: n= 14		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 8	Übereinstimmung Rater: n= 24(24) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 14			

Tabelle 25 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 20

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 365	Backward Citation Tracking n= 12		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 247 (incl. Publikationen backward citation tracking n= 12)	→	Duplikate: n= 130	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 88		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 159	Übereinstimmung Rater: n= 159(247) 64,3%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 11		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 77	Übereinstimmung Rater: n= 70(88) 79,5%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 11			

Tabelle 26 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 21

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 431	Backward Citation Tracking n= 6		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 276 (incl. Publikationen backward citation tracking n= 6)	→	Duplikate: n= 161	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 129		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 147	Übereinstimmung Rater: n= 169(276) 61,2%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 30		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 97	Übereinstimmung Rater: n= 102(129) 79,0%
	↓		Texte nicht zu beziehen n= 2	
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 28			

Tabelle 27 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 25

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 970	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 849	→	Duplikate: n= 121	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 126		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 723	Übereinstimmung Rater: n= 665(849) 78,3%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 28		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 98	Übereinstimmung Rater: n= 96(126) 76,2%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 28			

Tabelle 28 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 32

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 574	Backward Citation Tracking n= 19		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 421 (incl. Backward Citations Tracking Publikationen n= 19)	→	Duplikate: n= 172	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 58		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 363	Übereinstimmung Rater: n= 388(421) 91,2%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 33		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 25	Übereinstimmung Rater: n= 52(58) 89,7 %
	↓		Texte nicht zu Beziehen n= 2	
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 31			

Tabelle 29 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 34

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 580	Backward Citation Tracking n= 14		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 373 (incl. Publikationen backward citation tracking n= 14)	→	Duplikate: n= 221	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 25		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 348	Übereinstimmung Rater: n= 343(373) 92,0%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 8		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 17	Übereinstimmung Rater: n= 21(25) 84 %
	↓		Texte nicht zu Beziehen n= 1	
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 7			

Tabelle 30 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 37

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche: n= 568	Backward Citation Tracking n= 4		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 451 (incl. Publikationen backward citation tracking n= 4)	→	Duplikate: n= 121	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 33		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 418	Übereinstimmung Rater: n= 406(451) 90%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 7		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 26	Übereinstimmung Rater: n= 27(33) 81,1%
	↓		Texte nicht zu Beziehen n= 1	
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 6			

Tabelle 31 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 5

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 14	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 11	→	Duplikate: n= 3	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 2		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 9	Übereinstimmung Rater: n= 8(11) 72,7%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 2		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 0	Übereinstimmung Rater: n= 2(2) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 2			

Tabelle 32 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 8

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 47	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 39	→	Duplikate: n= 8	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 4		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 35	Übereinstimmung Rater: n= 35(39) 89,7%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 3		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 1	Übereinstimmung Rater: n= 4(4) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 3			

Tabelle 33 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 15

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 91	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 84	→	Duplikate: n= 7	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 3		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 81	Übereinstimmung Rater: n= 77(84) 91,7%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 3		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 3	Übereinstimmung Rater: n= 3(3) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 3			

Tabelle 34 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 20

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 97	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 60	→	Duplikate: n= 37	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 3		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 57	Übereinstimmung Rater: n= 49(60) 81,7 %
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 3		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 0	Übereinstimmung Rater: n= 3(3) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 3			

Tabelle 35 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 21

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 122	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 72	→	Duplikate: n= 50	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 3		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 69	Übereinstimmung Rater: n= 59(72) 81,9%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 0		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 3	Übereinstimmung Rater: n= 3(3) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 0			

Tabelle 36 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 25

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 255	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 182	→	Duplikate: n= 73	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 6		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 176	Übereinstimmung Rater: n= 170 (182) 93,4%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 0		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 6	Übereinstimmung Rater: n= 6(6) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 0			

Tabelle 37 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 32

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 117	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 88	→	Duplikate: n= 29	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 5		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 83	Übereinstimmung Rater: n= 82(88) 93,2%
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 0		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 5	Übereinstimmung Rater: n= 4(5) 80%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 0			

Tabelle 38 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 34

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 118	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 89	→	Duplikate: n= 29	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 5		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 84	Übereinstimmung Rater: n= 83(89) 93,3 %
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 0		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 5	Übereinstimmung Rater: n= 5(5) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 0			

Tabelle 39 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 37

Identifikation	Identifiziert durch Datenbanksuche Nachsuche: n= 116	Backward Citation Tracking n= 0		
	↓	↙		
Vorauswahl	Verblieben nach Entfernen der Duplikate: n= 89	→	Duplikate: n= 27	
	↓	↘		
	Verblieben nach TIAB-Screening: n= 5		Ausgeschlossen im TIAB-Screening: n= 84	Übereinstimmung Rater: n= 83(89) 93,3 %
	↓	↘		
Geeignet	Verblieben nach Volltext-Screening n= 0		Ausgeschlossen im Volltext-Screening: n= 5	Übereinstimmung Rater: n= 5(5) 100%
	↓			
Eingeschlossen	Eingeschlossen in die Volltextanalyse n= 0			

5.3.3 Evidenzbewertung und Klassifikation der Empfehlungen

Die Literatursuche konnte mangels entsprechend methodisch verfügbarer Literatur nicht auf systematische Reviews und RCTs bzw. diagnostische Studien begrenzt werden. Vielmehr wurden alle verfügbaren Studien eingeschlossen. Damit soll der verfügbare Stand des Wissens abgebildet und die entsprechende Evidenz ausgewiesen werden.

Alle eingeschlossenen Publikationen wurden durch zwei Personen der jeweiligen Arbeitsgruppen methodisch und inhaltlich jeweils unabhängig voneinander bewertet. Bei Unklarheiten oder unterschiedlicher Bewertung erfolgte eine persönliche Abstimmung der beteiligten Personen. Konnte dabei keine Einigung erzielt werden, erfolgte eine dritte unabhängige Bewertung.

Die methodischen Bewertungen der einzelnen Publikationen erfolgten anhand des Handbuches des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2008). Studien zur Instrumentenprüfung wurden mittels der COSMIN Checkliste (Mokkink et al. 2010) methodisch bewertet; für prognostische und qualitative Studien die jeweiligen Checklisten des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012) genutzt.

Darüber hinaus erfolgte eine Einschätzung der Evidenzstärke. Die Bewertung der Evidenz lehnte sich an die GRADE-Systematik an (Guyatt et al. 2011):

- Hohe Qualität =
Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Forschungsergebnisse die Einschätzung des Effekts verändern.
- Mittlere Qualität =
Es ist zu vermuten, dass zukünftige Forschungsergebnisse einen erheblichen Einfluss auf die Effekte haben werden.
- Geringe Qualität =
Es ist sehr wahrscheinlich, dass künftige Forschungsergebnisse einen erheblichen Einfluss auf die Einschätzung der Effekte haben werden.
- Sehr geringe Qualität =
Sehr große Unsicherheit bei der Einschätzung des Effekts.

Zur Dokumentation der inhaltlichen Bewertung und der Datenextraktion wurde ein Datenblatt entwickelt und die Nutzbarkeit in einer Pilotphase überprüft und angepasst.

Die Originalzitate zur Beantwortung der klinisch relevanten Fragen und weitere relevante Daten der eingeschlossenen Publikationen wurden in dieses standardisierte Formblatt übertragen.

Dabei wurden die englischsprachigen Originalzitate im Original belassen, die niederländisch- und französischsprachigen Zitate sinngemäß übersetzt. Ausgewiesen wurden darüber hinaus jeweils der Name der Publikation, die klinisch relevante Frage, die Seitenzahl, auf der das Zitat identifiziert wurde und mögliche in der Veröffentlichung enthaltene Angaben zur Evidenzstärke und zum Empfehlungsgrad (betrifft ausgewertete Leitlinien und Empfehlungen). Die Bewertung der methodischen Qualität sowie die Einschätzung der Evidenzstärke durch die Mitglieder der Arbeitsgruppen wurden ebenfalls dokumentiert.

Alle methodischen und inhaltlichen Bewertungen werden durch die Leitlinienkoordinatorinnen archiviert und können auf Anfrage eingesehen werden.

Im Verlauf dieser Leitlinienentwicklung zeigen sich große Lücken in der verfügbaren Literatur. Damit zeigen sich entsprechend große Forschungsdesiderata zum Schmerzassessment bei älteren Menschen.

Tabelle 40 Beispiel für ein Datenanalyseblatt:

<u>Arbeitsblatt: Analyse der Volltexte für AG Assessment</u>
Die Volltexte werden durch zwei unabhängige Rater (Gutachter) beurteilt, bei Unklarheiten wird ein dritter Rater hinzugezogen.
Folgendes soll dokumentiert werden:
1) Name des Gutachters / der Gutachterin & Datum der Textanalyse eintragen bitte.
2) Die passende/ n Antwort/ en auf unsere anvisierten Fragen wird/ werden in die Tabellen eingetragen. Bitte bei jeder neuen Antwort eine neue Tabelle einfügen.
3) <u>Evidence-Grad und/ oder Empfehlungsstärke nur dann eintragen, wenn das Zitat im Artikel bereits damit ausgewiesen ist!</u> Die methodische Bewertung erfolgt in einem gesonderten Schritt.
4) <u>Bitte jeweils nur 1 Aussage/ Zitat pro Antwortkasten.</u> Je Frage sind 2 Antwortkästen vorgegeben. Sollten mehrere Antworten erforderlich sein, bitte diese kopieren.

5) Tabellen: Analyse der Volltexte

Gutachterin:	Datum der Textanalyse
Autor/ Artikel:	
Klinische Frage 20: Welche Informationen sind für den Umgang mit Schmerzen notwendig?	
Suchtaugliche Fragestellung: Welche Informationen (I) sind für eine Schmerzbehandlung (O) bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe (P und Setting) wichtig?	
Seite:	
Zitat (in Originalsprache):	
Evidence-Grad und/ oder Empfehlungsstärke:	
Quellenangabe bei Sekundärzitat:	

Alle an der Datenextraktion und den methodischen Bewertungen beteiligten Personen nahmen an einer EBN-Schulung zu Beginn der Leitlinienentwicklung teil, die allen Delegierten offenstand. Die Schulung fand an der Universitätsklinik Frankfurt von einer EBN-Trainerin (EBN Zentrum Halle) durchgeführt wurde.

Das ursprünglich geplante Vorgehen, die Bewertungen der Evidenzklassen durch die Delegierten konsentieren zu lassen, erwies sich als nicht praktikabel (siehe Kap. 3.4). Die geplanten Delphi-Verfahren drei und vier wurden daher zusammengefasst.

5.3.4 Evidenztabelle der Primärliteratur

Die methodische Qualität der Studien wurde in Anlehnung an das Handbuch des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2008), der COSMIN Checkliste (Mokkink et al. 2010) und der Checklisten des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012) durch die jeweiligen Rater in vier Stufen eingeteilt: Hohe methodische Qualität (Hoch), Mittlere methodische Qualität (Mittel), Geringe methodische Qualität (Gering) und Sehr geringe methodische Qualität (Sehr gering) (vgl. Seite 60). Die übereinstimmende Beurteilung der Rater wird in den nachfolgenden Evidenztabelle angeführt. Desgleichen wird der Grad der Evidenz nach Guyatt et al. (2011) (vgl. Seite 60) mit Hohe Qualität (Hoch), Mittlere Qualität (Mittel), Geringe Qualität (Gering) und Sehr geringe Qualität (Sehr gering) angegeben.

Tabelle 41 Evidenztabelle der eingeschlossenen Primärliteratur

Autor (Jahr)	Studientyp	Frage der Studie/ Ziel	Kenndaten	Methodische Qualität der Studie	Grad der Evidenz
Abbey et al. (2004)	Diagnostik Studie	Testung der physiometrischen Stabilität der Abbey Scale	24 Einrichtungen 236 Schmerzepisoden Face Validity: angemessen Konkurrent Validity: Gamma 0.586 Internal-reliability: Cronbach's alpha 0.74 Inter-Rater-Korrelation: moderate (keine Daten)	Sehr gering	Sehr gering
Alexander et al. (2005)	Pilot (-Interventions) Studie mit quantitativem, nicht-experimentellen Design mit,	Entwickeln, Einführen und Evaluieren eines Systems für Schmerzassessment und Monitoring in einer Langzeiteinrichtung	n = 29 WB ³ , geschlossen Altersdurchschnitt 82 J. 25% können CVAS nutzen n = 26 WB, offen Altersdurchschnitt 84 J. 29% können CVAS nutzen	Sehr gering	Sehr gering
Alm & Norbergh (2013)	Deskriptive Studie (Befragung mithilfe von Vignetten)	Do patients' nonverbal cues influence the registered nurse's opinion of pain	Rücklaufquote < 50%	Gering	Gering

³ WB = Wohnbereich

Auret et al. (2008)		Development and Testing of a Modified Version of the Brief Pain Inventory for Use in Residential Aged Care Facilities. "It shows promise as a screening tool and may be useful to assess the effectiveness of pain relief interventions and to measure pain prevalence."	Phase I Moderate sample size (30-49) Phase II > 100	Gering	Gering
Baier et al. (2004)	Prognostische Studie	This intervention aimed to evaluate improvement in pain-management process and outcome measures in 21 nursing homes in Rhode Island after the implementation of a multifaceted quality-improvement collaborative (...).	N = 17 Stationäre Altenhilfe Einrichtungen	Gering	Gering
Brown (2010)	Kohorten Studie	1. Schmerzprofil von Bewohnern zu erkennen 2. Vergleich der Schmerzprofile bei Bewohnern mit und ohne Kommunikationseinschränkung	n = 97 BW ⁴ Alter < 70 bis 90 Jahre Schmerzaufkommen: • Kein 17 BW • Weniger als tägl. 23 BW • Täglich 57 BW •	Gering	Sehr gering
Buffum et al. (2007)	Unsystematische Übersichtsarbeit	Unklare Fragestellung		Sehr gering	Sehr gering
Burfield (2009)	Längsschnittsuntersuchung	1) Is cognitive decline a predictor of increased pain? 2) Is increasing pain a predictor of cognitive decline?	Gegenseitige Vorhersage der beiden Parameter ist gering (0,03-0,08)	Gering	Gering

⁴ BW = Bewohnerinnen

Cadogan et al. (2006)	Deskriptive Querschnittstudie	Testung von Qualitätsindikatoren (QI) Dokumentenanalyse	30 Einrichtungen 552 BW Dokumente 15% Screening zu chronischem Schmerz (n=388) 49% erfasste Depression bei vorhandenem Schmerz (n=133) 90% der MDS positiv gescreenten (n = 132) BW erhielten ausführliches Assessment QI zeigten gute Anwendbarkeit	Sehr gering	Sehr gering
Cadogan et al. (2008)	Deskriptive Querschnittstudie	Konzeptionierung und Evaluierung von 12 Qualitätsindikatoren zur Darstellung der standardisieren Praxis und Umsetzung in stationären Alteneinrichtungen.	n = 63 89% nahmen an Befragung teil	Mittel	Gering
Cervo et al. (2012)	Nicht randomisierte Interventionstudie pre- and post Design (historische Kontrollgruppe)	1. Der Effekt nach Umsetzung von CPAT/AMDA Leitlinienempfehlungen bezüglich Stürze, Verhalten, Neuroleptika. 2. Möglichkeit von CPAT, effektives Schmerzmanagement zu belegen.	1. CPAT- und AMDA-Einführung könnten Stürze, verbal aggressives Verhalten und Neuroleptika reduzieren (körperlich aggressives Verhalten und verbal nicht-aggressives Verhalten nahmen jedoch zu!) 2. CPAT sei nützlich, um Behandlungseffekte abzubilden	Gering	Gering
Chang et al. (2011)	Qualitative Studie	Was sind die Charakteristika der Schmerzidentifizierung bei Menschen mit Demenz im pflegerischen Kontext? Was sind Eigenschaften der Pflegenden zur Identifizierung von Schmerz bei Menschen mit Demenz? Was ist die Struktur der Schmerzidentifikation von Pflegenden bei Menschen mit Demenz? Konzeptentwicklung in drei Phasen: Literaturreview, Feldarbeit, Analytische Phase	Keine Stichprobenbeschreibung	Gering	Sehr Gering

Closs et al. (2005)	Deskriptive Querschnittstudie	Cues for the identification of pain in nursing home residents.	N=101 caregivers (Subjekte der Datenerhebung wenig beschrieben – Vergleichbarkeit zu unseren Altenpflegerinnen daher schwer beurteilbar)	Hoch	Gering
Closs et al. (2006)	Deskriptive Querschnittstudie	The aim of this section of a larger study was to identify the range of cues from which pain was inferred for a sample of residents with various levels of cognitive impairment in 15 UK nursing homes.	n= 65 (Personal) und n= 113 (Pflegebedürftige) <ul style="list-style-type: none"> • Personal berichtet mehr über offensichtliche Schmerzzustände (Schlaganfall oder Herzinfarkt), Bewohner eher über weniger sichtbare Schmerzen (Rücken, Wunden) • Beide Gruppen berichten umso weniger, je stärker die kognitiven Einschränkungen des betroffenen Bewohners sind • Personal ist insgesamt sehr sicher, zu erkennen, wann Bewohner Schmerzen haben; keine Unterschiede in der Schmerzerkennung bei unqualifiziertem versus qualifiziertem Personal 	Mittel	Mittel
Edvardsson et al. (2008)	Report		Keine	Sehr Gering	Sehr Gering
Fuchs-Lacelle et al. (2008)	RCT (Cluster-randomisiert)	Determine whether systematic pain assessment leads to improved pain management	Experimentalgruppe (n= 89) / Kontrollgruppe (n= 84) (149) = 2.56 p < 0,05 Patienten: 41,6% (n=80 von 181) Mitarbeiter: 67,2% (n=41 von 61) Hohes Dropout Power nicht beurteilbar	Mittel	Gering
Fuchs-Lacelle (2007)	RCT (Cluster-randomisiert)	To determine if regular, systematic pain assessment using the PACLAC improves pain medication usage over time Study I.: to assess the clinical utility of PACSLAC	Study I.: Power .80 N=181/ Experimentalgruppe (n= 89) / Kontrollgruppe (n= 84) p < 0,05 Hohes Dropout n= 101 (41, 6%)	Mittel	Gering

Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos (2004)	Validierungsstudie	To develop a clinically useful observational tool	n= 40 ANOVA - Activity/ Body Movement (F[3, 117] = 62.3, p < .001) ANOVA - Facial Expressions (F[3, 117] = 76.0, p < .001) ANOVA Social/Personality/ Mood Indicators (F[3, 117] = 42.4, p < .001) Cronbach's alpha, für jede Subskala Schmerzereignis 1 (= .82) & Schmerzereignis 2 (= .87),	Gering	Gering																																																							
Gibson et al. (2005)	Longitudinal-Kohortenstudie	To document self-reported pain descriptions throughout residency	Deskriptiv Beschreibung N= 33 End-Of-Life-Studie Verblieben nach 3 Jahren n= 4	Sehr Gering	Sehr Gering																																																							
Hadjistavropoulos et al. (2008)	Diagnostik Studie	Hypothesis that specific pain assessment items (e.g., items related to sleep patterns and behavioral disturbance) would be confounded with dementia severity, delirium, and depression	Gelegenheitsstichprobe n= 152 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>Age</th> <th>CDS</th> <th>Doloplus-II</th> <th>HDS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Intercorrelations</td> </tr> <tr> <td>Age</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CDS</td> <td>0.029</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Doloplus-II</td> <td>0.190*</td> <td>0.407†</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HDS</td> <td>0.180*</td> <td>0.214†</td> <td>0.248†</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Mittelwerte und Standardabweichungen</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>86.31</td> <td>5.04</td> <td>4.54</td> <td>91.04</td> </tr> <tr> <td>SD</td> <td>6.92</td> <td>3.13</td> <td>4.43</td> <td>49.15</td> </tr> <tr> <td colspan="5">CDS = Cornell Depression Scale; HDS = Hierarchic Dementia Scale</td> </tr> <tr> <td colspan="5">*p < .05. / †p < .001.</td> </tr> </tbody> </table>	Variables	Age	CDS	Doloplus-II	HDS	Intercorrelations					Age					CDS	0.029				Doloplus-II	0.190*	0.407†			HDS	0.180*	0.214†	0.248†		Mittelwerte und Standardabweichungen					M	86.31	5.04	4.54	91.04	SD	6.92	3.13	4.43	49.15	CDS = Cornell Depression Scale; HDS = Hierarchic Dementia Scale					*p < .05. / †p < .001.					Mittel	Gering
Variables	Age	CDS	Doloplus-II	HDS																																																								
Intercorrelations																																																												
Age																																																												
CDS	0.029																																																											
Doloplus-II	0.190*	0.407†																																																										
HDS	0.180*	0.214†	0.248†																																																									
Mittelwerte und Standardabweichungen																																																												
M	86.31	5.04	4.54	91.04																																																								
SD	6.92	3.13	4.43	49.15																																																								
CDS = Cornell Depression Scale; HDS = Hierarchic Dementia Scale																																																												
*p < .05. / †p < .001.																																																												

Halifax (2013)	Qualitative Studie	<p>1. Describe how CNAs perceive their role in the management of pain in cognitively impaired nursing home residents;</p> <p>2. Describe how nurse leaders within nursing homes perceive the role of CNAs in the management of pain in cognitively impaired nursing home residents and</p> <p>3. Describe the contextual factors and processes that influence how CNAs interact with and react to cognitively impaired nursing home residents who have pain: how CNAs recognize, interpret and respond to residents' pain.</p>	<p>Gelegenheitsstichproben;</p> <p>Studie 1.: 26 Interviews mit zertifizierten PflegehelferInnen (CNAs)</p> <p>Studie 2.: 16 Interviews mit CNAs</p> <p>Studie 2.: 10 Interviews mit Lizenzierten Pflegekräften (LNs)</p> <p>Studie 3.: Codierung nur durch 1 Person, Einschränkungen nur erwähnt</p> <p>Datenerfassung und -analyse der Grounded Theory entsprechend. Methodologischer Rahmen: Symbolischer Interaktionismus</p>	Gering	Gering
Holloway & McConigley (2009)	Deskriptive, explorativ qualitative Studie	To explore and describe the experiences of NAs who care for older residents in pain	<p>Gelegenheitsstichprobe</p> <p>Semi-strukturierte Tiefeninterviews bei 6 Pflegeassistentinnen</p> <p>Analyse in einem 3-Stufen Prozess</p>	Sehr gering	Sehr Gering
Horgas et al. (2007)	Validierungsstudie	To evaluate the reliability and validity of the NOPPAIN in measuring pain, when used by nurses	<p>N= 40 Cognitively Intact (n= 20) Cognitively Impaired (n= 20)</p> <p>Kappa Koeffizient= Präsenz von Schmerz 0,72 – 1.0</p> <p>Interclass Correlations Coefficient (ICC) = Stärkster Schmerz VDS 0.97 Stärkster Schmerz NRS 0.99</p> <p>BIAS: Sehr kleine Stichprobe</p>	Sehr gering	Sehr gering

Jones et al. (2005)	Deskriptive Längsschnittstudie	To determine the extent to which residents in pain declined to request pain medication from the staff, and the reasons provided by the residents to explain this behavior	N= 2033 keine Schmerzmedikamente angefragt I ländliche Gebieten 67.9% vs. Städtische Gebiete 52.9%, $P \leq .01$), Ältere BewohnerInnen neigen eher dazu, keine Med. anzufragen (80.4 ± 12.1 Jahre vs. 77.9 ± 12.7 Jahre, $P \leq .01$)	Gering	Gering
Jordan et al. (2011)	Diagnostik Studie Beobachtungsstudie	To test the utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia	Sensitivität 92%, Spezifität 61% hohe Rate falsch-positiver Resultate (33%)	Mittel	Gering
Kaasalainen et al. (2012)	Interventionsstudie Prä-Post-Design Qualitativ-quantitativer Ansatz QM Projekt	To evaluate the effectiveness of (1) dissemination strategies to improve clinical practice behaviors (eg, frequency and documentation of pain assessments, use of pain medication) among health care team members, and (2) the implementation of the pain protocol in reducing pain in long term care (LTC) residents.	N= 141 Interventionsgruppe n= 70 Kontrollgruppe n= 71	Mittel	Gering
Kaasalainen et al. (2007)	Qualitative Studie	To explore the decision-making process of pain management of physicians and nurses and how their attitudes and beliefs about pain affect their decisions about prescribing and administering pain medications among older adults who live in LTC	n= 9 Einzelinterviews mit Physicians sowie: n= 24 Registered Nurses (RN) und n= 33 Registered practical nurses (RPN) in Fokus Gruppeninterviews Analyse: Grounded Theory	Mittel	Gering

Keeney et al. (2008)	Interventionsstudie/ Pilotstudie QM-Projekt	To identify current pain management practices in the long-term care setting; and, implement and evaluate a comprehensive pain management program in the long-term care setting	Reduktion der Sedativa/ Hypnotika n= 37 Kontrollgruppe n= 19 Interventionsgruppe, p = .058	Gering	Gering
Landmark et al. (2013)	Deskriptive Querschnittsstudie	“(…) to describe the patterns of pain and persistent pain in nursing home residents regarding: <ul style="list-style-type: none"> • Prevalence, intensity, and location of pain experiences reported by residents on 5 different days and persistent pain on 5 days over a 14-day period. “ • Relationships of pain and persistent pain with personal and clinical factors, such as comorbidity, sleep disturbances, and functioning.” 	Deskriptive Analyse n= 201	Sehr gering	Sehr gering
Liu et al. (2012)	Pilotstudie/ Implementierung	Machbarkeit der Einführung eines Schmerzprotokolls in einer stationären Pflegeeinrichtung in Hongkong	N = 30 (Bewohner), n > 40 (Personal); 1 Pflegeeinrichtung	Gering	Sehr gering
Lukas et al. (2013)	Quasi- Experimentelles Design	To determine whether Observer-rated pain assessment instruments can also be used to evaluate intensity of pain	Sample : Cognitively Intact MMSE ≥ 24 , n = 60; (MMSE 27.35 ± 2.10 , age 84.77 ± 6.63 years) Cognitively Impaired MMSE <20 , n = 65; (MMSE 13.57 ± 4.29 , age 86.61 ± 8.40 years) Discriminant function analysis (DFA) observer-rated instruments improved recognition of the presence or absence of pain by up to 25.4% (in dementia) and 28.3% (in cognitively intact adults) above chance.	Gering	Gering

			The classification of residents into the correct self-reported level of pain intensity by up to 42.5% (in dementia) and 34.1% (in cognitively intact adults) above chance.		
Mahoney & Peters (2008)	Studie zur Instrumententestung	Entwicklung und Testung der Mahoney Pain Scale	n = 112 Teilnehmer mit schwerer Demenz Interrater Reliability for: Pleasant activity 0.43-0.77 Aversive Activity 0.55-0.85 Internal consistency: Cronbach α 0.76	Mittel	Mittel
Martin et al. (2005)	Qualitative Studie	Keine klare Forschungsfrage		Mittel	Gering
Mentes et al. (2004)	Qualitative Studie	To understand the perceptions and care practices of family members, significant others, and formal caregivers (CNAs) concerning pain detection in cognitively impaired NH residents.		Gering	Sehr gering
Mossey & Gallagher (2004)	Prognostische Studie	To describe the longitudinal course of depressive symptoms and pain experienced by continuing care retirement community residents and to investigate the impact of comorbid chronic activity-limiting pain and chronic high depressive symptoms on physical functioning and health service use.	N = 169	Mittel	Mittel

Sloane et al. (2007)	Qualitative Studie	“We intensively studied morning care in 17 nursing home residents with dementia who were likely to have chronic pain, and we described the amount of staff time spent in care provision and the sources of discomfort and pain that were identified.”	N = 17	Gering	Sehr gering
van Herk et al. (2009)	Vergleichsgruppen-Design	The objective of the study was to develop an easy-to-use, reliable and valid observation instrument to measure pain in nursing home residents for whom self-report is impossible.	N = 174	Gering	Sehr gering
Zwakhaleh et al. (2012a)	Deskriptive explorative Beobachtungsstudie	„The Study aims to investigate the feasibility of regular pain assessment using an observational scale (PACSLAC-D) in nursing home residents with dementia and determine interventions applied after diagnosing possible pain in nursing home residents with dementia.”	N= 23 (22) (Participants) N== 249 (Completed pain assessments) Mean age 80 years (SD 8_6) Pain was measured twice a week, during a 6 week period Preliminary cut-off score (PACSLAC-D) of 4 was used	Mittel	Gering
Zwakhaleh et al. (2012b)	Kombination aus 1.) Literaturanalyse 2.) Sekundär-Datenanalyse 3.) Beobachtungsstudie	“To determine a cutoff score for the observational Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)“	Daten aus unterschiedlichen Quellen 2.) N=75 Pain at rest versus painful stimulation (vaccination) P<0,001 Mean score vaccination 1,4 (SD 1,5) Mean score at rest 0,1 (SD 0,4) 3.) N=30 Cutoff score of 1 compared with 2 specificity was lower (0.48 compared with 0.77) sensitivity was nearly similar (1.00 and 0.93)	Mittel	Gering

5.4. Formulierung von Empfehlungen und formale Konsensfindung

Aus den extrahierten Daten wurden durch die Mitglieder der Steuergruppe Empfehlungen formuliert. Dabei konnten nicht aus allen, im Volltextscreening eingeschlossenen, Publikationen Inhalte genutzt werden. Dies erfolgte auf einer Klausurtagung an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) anhand der Originalzitate zu den jeweiligen Fragen. Um die Stärke einer Empfehlung auszudrücken, wurden die in Tabelle 42 dargestellten Formulierungen verwendet.

Bei klinisch besonders relevanten Themen wurden auch bei schwacher vorliegender Evidenz starke Empfehlungen formuliert und zur Konsentierung vorgelegt. Für klinisch besonders relevante Themen wurden Empfehlungen auch dann entwickelt, wenn sich die Literaturlage als mangelhaft erwies. Diese Empfehlungen beruhen auf Expertenmeinungen und wurden entsprechend zur Konsentierung vorgelegt. Wenn dies der Fall war, wird dies jeweils in den betreffenden Empfehlungen ausgewiesen.

Alle Delegierten wurden angeschrieben und über das weitere Verfahren informiert. Die Unterlagen zur Leitlinie, den Zielen und zur Vorgehensweise bei der formalen Konsensfindung wurden im Vorfeld an die Delegierten kommuniziert; ebenso gingen die Entwürfe der formulierten Empfehlungen allen Delegierten zu. So konnten alle Empfehlungen in einem Delphi-Verfahren durch die Delegierten vor der eigentlichen Konsensuskonferenz abgestimmt werden.

Dem angestrebten Konsens liegen die bereits in Tabelle 1 ausgeführten Konsensstärken zugrunde.

Tabelle 42 Graduierung der Empfehlungen

Starke Empfehlung für eine Maßnahme	soll	↑↑
Empfehlung für eine Maßnahme	sollte	↑
Empfehlung offen	kann	↔
Empfehlung gegen eine Maßnahme	Sollte nicht	↓
Starke Empfehlung gegen eine Maßnahme	Soll nicht	↓↓

Alle Anmerkungen der Delegierten aus dem Delphi-Verfahren (siehe Kapitel 3.4) wurden aufgenommen und in die Empfehlungen für die anschließende Konsensuskonferenz eingearbeitet.

Empfehlungen mit einer Zustimmungsrate von > 90% im dritten Delphi-Verfahren

Die Konsentierung erfolgte für die Empfehlungen der AG Screening en bloc (siehe Tabelle 43).

Herausgenommen wurde Empfehlung 14, die einzeln diskutiert und konsentiert wurde. Wegen eines möglichen Interessenkonflikts enthielten sich Prof. Dr. Irmela Gnass, PD Dr. Albert Lukas und Prof. Dr. Thomas Fischer bei der Empfehlung 14.

Die Konsentierung erfolgte für die Empfehlungen der AG Assessment en bloc. Herausgenommen wurde Empfehlung 47, die einzeln diskutiert und konsentiert wurde (siehe Tabelle 43).

Die Konsentierung aller Empfehlungen der AG Verlauf erfolgte en bloc (siehe Tabelle 43).

Empfehlungen mit einer Zustimmungsrate von < 90 – 75% im dritten Delphi-Verfahren

Die Empfehlungen wurden einzeln diskutiert und abgestimmt (siehe Tabelle 44). Die Empfehlungen 48, 49, 53 wurden komplett gestrichen. Bei der Empfehlung 43 und 48 enthielte sich wegen eines möglichen Interessenkonfliktes Prof. Dr. Irmela Gnass, PD Dr. Albert Lukas und Prof. Dr. Thomas Fischer.

Empfehlungen mit einer Zustimmungsrate von < 75% im dritten Delphi-Verfahren

Die Empfehlungen wurden einzeln diskutiert und abgestimmt (siehe Tabelle 45).

Abschließende Konsensuskonferenz

Die abschließende Konsensuskonferenz fand am 12. Februar 2016 in der Zeit von 11:00-16:00 Uhr in den Räumen der Deutschen Schmerzgesellschaft, Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin, statt. Die Konsensuskonferenz wurde durch eine unabhängige Person, Dr. Monika Nothacker, stv. Leiterin des AWMF-IMWi, moderiert.

Es nahmen weitere 20 Personen teil. Davon gehören acht Personen der Steuerungsgruppe an. Zwei Personen (Anemone Falkenroth und Prof. Dr. Thomas Fischer), hatten durch die Delegation zweier Fachgesellschaften ein Doppelmandat. Für den Konsentierungsprozess lagen somit 14 Stimmen (n=14) vor (vgl. Tabelle 3).

Konsensuskonferenz am 12.02.2016

- Begrüßung und Vorstellung der Teilnehmenden (Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch/ PD Dr. Albert Lukas)
- Vorstellung der Leitlinie durch die KoordinatorInnen (Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch/ PD Dr. Albert Lukas)
 - Ziele, Anwendergruppe und Relevanz der Leitlinie
- Erklärungen zur Relevanz des Conflict of Interest (Dr. Monika Nothacker)
- Erläuterungen zum Vorgehen der Konsensusfindung (Dr. Monika Nothacker)
 - Alle Empfehlungen mit einer Konsensstärke in der vorausgegangen Delphi-Runde von über 90% werden en bloc konsentiert.
 - Alle Empfehlungen mit einer Konsensstärke in der vorausgegangen Delphi-Runde von 75% bis 90% werden nach der jeweiligen Berücksichtigung der Anmerkungen en bloc konsentiert
 - Die 5 Empfehlungen mit einer Konsensstärke in der vorausgegangen Delphi-Runde von unter 75% werden einzeln beraten und danach konsentiert.
 - Die Zustimmung (%) berechnet sich aus der Anzahl der Ja- bzw. Nein-Stimmen. Enthaltungen gehen nicht in die Bewertung ein.
- Ausblick und Abschluss

Ablauf der Konsensusfindung (Moderation: Dr. Monika Nothacker)

- Präsentation der zu konsentierenden Aussagen/ Empfehlungen
- Inhaltliche Nachfragen
- Formulierung von Änderungsvorschlägen
- Abstimmung der Empfehlung und Alternativvorschläge, geg. Diskussion und erneute Abstimmung
- Schritte werden für jede Empfehlung wiederholt

Tabelle 43 Empfehlungen mit einer Konsentierung von > 90% aus dem 3. Delphi-Verfahren

Empfehlungen mit einer Konsensstärke (in %) > 90% Konsens nach dem schriftlichen 3. Delphi-Verfahren (n= 26)	Konsens- stärke in %	Anmerkungen der Delegierten aus dem 3. Delphi-Verfahren.	Veränderung der Formulierung der Empfehlungen basierend auf den Anmerkungen der Delegierten nach dem 3. Delphi-Verfahren (Veränderte Empfehlungen in Fett Formatierung ; Anmerkungen der Steuergruppe ohne Fett- Formatierung)	Veränderung bzw. Anmerkungen, die aufgrund der Diskussion während der Konsensus- konferenz erfolgten (Veränderte Empfehlungen in roter Schrift bzw. kursiver Formatierung)	Ergebnisse der Abstimmung auf der Konsensus- konferenz in %
Kognition und Screening					
1.) Die Prägungen und Überzeugungen von Bewohnerinnen und deren Angehörigen, z. B. kulturell, ethnisch und spirituell sollten bei der Interpretation des Schmerzassessments berücksichtigt werden	96,2%	keine			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
2.) Die Prägungen und Überzeugungen, z. B. kulturell, ethnisch und spirituell sollten von Mitgliedern des multiprofessionellen Teams bei der Interpretation des Schmerzassessments als mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden	96,2%	keine	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 Anmerkung: Formulierung angepasst		14 von 14 Stimmen dafür, 100%

<p>3.) Der kognitive Zustand und Bewusstseinsstatus der Bewohnerinnen sollte vor einem Schmerzassessment ermittelt und berücksichtigt werden</p>	<p>96,2%</p>	<p>Keine</p>			<p>14 von 14 Stimmen dafür, 100%</p>
<p>4.) Zur Definition der Auskunftsfähigkeit sollte ein standardisiertes Instrument herangezogen werden</p>	<p>92,3%</p>	<p>„Zur Einschätzung der ...Das hilft, beispielsweise auch mögliche verbale Aussagen, sofern sie sich beispielsweise auf die Vergangenheit beziehen, zu interpretieren“</p>	<p>Zur <u>Einschätzung</u> der Auskunftsfähigkeit sollte ein standardisiertes Instrument herangezogen werden</p> <p>Anmerkung: Formulierung angepasst</p>	<p>Zur <u>Einschätzung</u> der Auskunftsfähigkeit zu Schmerz sollte ein standardisiertes Instrument herangezogen werden</p>	<p>14 von 14 Stimmen dafür, 100%</p>
<p>6.) Die Auswirkungen von Erkrankungen, die die Auskunftsfähigkeit der Bewohnerinnen zu Schmerzen beeinflussen sollen beim Assessment berücksichtigt werden</p>	<p>92,3%</p>	<p>„vor sollen ein "Komma"“</p>	<p>Die Auswirkungen von Erkrankungen, die die Auskunftsfähigkeit der Bewohnerinnen zu Schmerzen beeinflussen, sollen beim Assessment berücksichtigt werden</p> <p>Anmerkung: Formulierung angepasst</p>		<p>14 von 14 Stimmen dafür, 100%</p>

<p>7.) Für die aktuelle Einschätzung der Auskunftsfähigkeit bei Bewohnerinnen mit kognitiver Beeinträchtigung sollte kein retrospektiver Zeitraum berücksichtigt werden</p>	<p>92,3%</p>	<p>„Änderungsvorschlag: Für die aktuelle Einschätzung d e s S c h m e r z v e r l a u f e s bei Bewohnerinnen mit kognitiver Beeinträchtigung sollte kein retrospektiver Zeitraum berücksichtigt werden. Begründung: Missverständnisse vorprogrammiert. Es geht um die Auskunft über den Schmerzverlauf siehe Frage 4 der Leitliniensynopse S. 35. Für die Einschätzung der Auskunftsfähigkeit bei kognitiver Einschränkung ist sehr wohl ein retrospektiver Zeitraum notwendig (MMST 12-23 hinsichtlich Frage der Notwendigkeit eines Fremdbeobachtungsinstruments)“</p>	<p>Anmerkung: Die Aussage bezieht sich auf die Auskunftsfähigkeit Erläuterungen siehe Langversion</p>		<p>14 von 14 Stimmen dafür, 100%</p>
<p>8.) Ein Screening soll nur das Vorhandensein oder nicht Vorhandensein von Schmerzen erfassen</p>	<p>96,2%</p>	<p>Keine</p>			<p>14 von 14 Stimmen dafür, 100%</p>

<p>9.) Ein anlassbezogenes Screening soll durchgeführt werden, z. B. beim Auftreten von ungewöhnlichem Verhalten, veränderten Verhaltensmerkmalen und/ oder schmerz- und altersbezogenen Erkrankungen</p>	96,2%	Keine	Ein anlassbezogenes Screening soll durchgeführt werden, z. B. beim Auftreten von ungewöhnlichem Verhalten, veränderten Verhaltensmerkmalen und/ oder schmerz- und altersbezogenen Erkrankungen	Ein anlassbezogenes Screening soll durchgeführt werden, z. B. beim Auftreten von ungewöhnlichem Verhalten, <i>Veränderung der Vitalzeichen</i> , veränderten Verhaltensmerkmalen und/ oder schmerz- und altersbezogenen Erkrankungen	14 von 14 Stimmen dafür, 100%
<p>11.) Bewohnerinnen sollen explizit nach Schmerz befragt werden</p>	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
<p>13.) Das aktuelle Verhalten der Bewohnerinnen soll mit bekannten Verhaltensweisen verglichen werden</p>	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür 100%
<p>14.) Für das Screening bei nicht auskunftsfähigen Bewohnerinnen sollte ein Fremdeinschätzungsinstrument Anwendung finden</p>	96,2%	Keine			4 vorab Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikt, 10 von 10 Stimmen dafür, 100%

15.) Zur Befragung nach Schmerz sollen notwendige Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Brille) genutzt werden und ausreichend Zeit zur Verfügung stehen	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
17.) Bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen sollen deren Angehörige zu Schmerzen der Bewohnerin befragt werden	92,3%	„Ja, aber die Frage ist doch, wie deren Aussage zu interpretieren ist.“			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
18.) Das Screening soll zwischen Schmerzen in Ruhe und Aktivitätssituationen differenzieren	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
19.) Durch das Screening sollte der aktuelle Schmerz erfasst werden	92,3%	„oder Verschlimmerungen eines chronischen Schmerzes“			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
20.) Das Screening soll innerhalb der ersten 24 h nach Einzug erfolgen	92,3%	„24h ist ein zu festes zeitliches Korsett.“			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
23.) Gibt das Screening den Hinweis auf Schmerz (= positives Screening), soll unmittelbar ein systematisches Schmerzassessment erfolgen	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür, 100%

25.) Kommunikations- und Entscheidungswege sollten für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams bei positivem wie negativem Befund (Screening) eindeutig geregelt sein	92,3%	„Welcher Befund?“			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
Assessment					
27.) Schmerzassessment soll bei positivem Schmerzscreening erfolgen	96,2%	Keine	Ein Schmerzassessment soll bei positivem Schmerzscreening erfolgen.		13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
28.) Die Schmerzintensität sollte erfasst werden, wenn es durch Selbstauskunft möglich ist	96,2%	Keine			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
30.) Die Schmerzgeschichte, mögliche Komorbiditäten sowie die Schmerzmedikation sollen erhoben werden	92,3%	„Nur bei Schmerzen“	Anmerkung: Es handelt sich um das Schmerzassessment		13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
33.) Bekanntes oder verändertes Verhaltensverhalten sowie der Mobilitätsstatus sollen erhoben werden	96,2%	Keine			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
34.) Angehörige sollten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen beim Einzug in die stat. Einrichtung zu deren Schmerzen befragt werden	92,3%	„Aber doch nur, wenn das Screening der Angehörigen positiv ausfällt“			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%

35.) Beim Schmerzassessment soll zwischen chronischem und akutem Schmerz differenziert werden	92,3%	„Wer soll das tun?“			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
36.) Informationen zu unterschiedlichen Schmerzdimensionen sollten erfasst und berücksichtigt werden	92,3%	„Wer soll das tun? Leitlinien brauchen auch eine gewisse Realitätsnähe“			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
38.) Das Schmerzassessment soll mit der Selbstauskunft der Bewohnerinnen beginnen	96,2%	Keine			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
40.) Beim Schmerzassessment sollten altersbedingte Beeinträchtigungen, wie z. B. Hör- oder Sehminderung, berücksichtigt werden	96,2%	Keine			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
42.) Das Schmerzassessment soll Beobachtung der Bewohnerinnen beinhalten	96,2%	Keine	Das Schmerzassessment soll die Beobachtung der Bewohnerinnen beinhalten,		13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
44.) Das Schmerzassessment soll in Ruhe und in Bewegungssituationen erhoben werden	92,3%	„Aussage mit Frage 18 vereinheitlichen: Aktivität? Bewegung? Mehrzahl? Einzahl?“	Das Schmerzassessment soll in Ruhe und in <u>Aktivitätssituationen</u> erhoben werden Anmerkung: Formulierung angepasst Erläuterungen werden in die Langversion aufgenommen		13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%

45.) Die Präferenzen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen sollen bei der Auswahl der Schmerz einschätzungsinstrumente berücksichtigt werden	92,3%	„der Instrumente.es dreht sich beim Schmerzassessment ja nicht nur um Schmerzeinschätzungen“	Anmerkung: Erläuterungen dazu sind in der Langversion		13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
46.) Zur Erfassung der Schmerzintensität sollen bei auskunftsfähigen Bewohnerinnen eindimensionale Skalen genutzt werden	96,2%	Keine			13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
47.) Zur Erfassung der Schmerzlokalisierung sollten beim Schmerzassessment Schmerzzeichnungen (Körperskizzen / Karten / Tafeln/) genutzt werden	92,3%	„praxisnah?“	Anmerkung: Werden bereits in pflegerischen sowie in physio- & ergotherapeutischen Dokumentationen genutzt		14 von 14 Stimmen dafür, 100%
52.) Betroffene Bewohnerinnen und ihre betreuenden Angehörigen sollen in das Schmerzassessment einbezogen werden	92,3%	„würde diese Empfehlung zwischen 50 und 51 einfügen“	Anmerkung: Gehört zum Bereich Kommunikation		13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%
54.) Der Kommunikation der Mitglieder des multiprofessionellen Teams soll eine Struktur zugrunde liegen	92,3%	„Was soll denn das für eine Struktur sein??? Richtig verwendete Grammatik? Kenntnisse der jeweiligen Sprachspiele analog des Verständnisses des späten Wittgensteins? Ausrichtung nach Sprechakttheorie?“	Die Kommunikation im multiprofessionellen Team <u>soll strukturiert erfolgen</u> Anmerkung: Erläuterungen dazu in der Langversion		13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%

Verlauf					
58.) Bei allen Bewohnerinnen mit bestehenden Schmerzen und / oder bekannter Schmerzproblematik bzw. bestehender Schmerztherapie soll eine Schmerzverlaufserfassung erfolgen	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür 100%
61.) Die Verlaufserfassung soll wiederkehrend unter möglichst gleichen Rahmenbedingungen erfolgen	92,3%	„dies widerspricht der Forderung nach unterschiedlichen Rahmenbedingungen wie Ruhe versus Mobilisation. Besser als "möglichst gleichen" "möglichst vergleichbaren““			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
65.) In der bewohnerinnenbezogenen Dokumentation sollen Häufigkeit, Inhalte und Zuständigkeit für die Verlaufserfassung festgelegt werden	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
66.) Die Verlaufserfassung soll bewohnerinnenbezogen in standardisierter Weise so dokumentiert werden, dass sie für alle an der Versorgung Beteiligten zugänglich ist	96,2%	Keine			14 von 14 Stimmen dafür, 100%
68.) Ergebnisse der Verlaufserfassung sollten Gegenstand der Beratungen mit der Bewohnerin und im multiprofessionellen Team sein	92,3%	„Ergebnisse der Verlaufserfassung sollte bei der Behandlung von Schmerzen regelhaft berücksichtigt werden. Hierüber sollte mit der Bewohnerin und im multiprofessionellen Team gesprochen werden.“			14 von 14 Stimmen dafür, 100%

Tabelle 44 Empfehlungen mit einer Konsentierung von 90 - 75% aus dem 3. Delphi-Verfahren

Empfehlungen mit einer Konsensstärke (in %) 90 - 75% Konsens nach dem schriftlichen 3. Delphi-Verfahren (n= 26)	%	Anmerkungen der Delegierten aus dem 3. Delphi-Verfahren	Veränderung der Formulierung der Empfehlungen basierend auf den Anmerkungen der Delegierten nach dem 3. Delphi-Verfahren (Veränderte Empfehlungen in „ Fett Formatierung “; Anmerkungen der Steuergruppe ohne Fett Schriftformatierung)	Veränderung bzw. Anmerkungen die aufgrund der Diskussion während der Konsensuskonferenz erfolgten (Veränderte Empfehlungen in „ roter Schrift bzw. kursiver Formatierung “)	Ergebnisse der Abstimmung auf der Konsensuskonferenz
Kognition und Screening					
5.) Der Mini-Mentalstatus Test nach Folstein kann eingesetzt werden und ermöglicht eine Unterscheidung zwischen „uneingeschränkt auskunftsfähig“ und „nicht auskunftsfähig“	84,6%	<p>„und fraglich auskunftsfähig diese "Grauzone" sollte man nicht vergessen. Ich denke gerade bei dieser Gruppe hilft der MMSE.“</p> <p>„Änderungsvorschlag: Der Mini-Mentalstatus Test nach Folstein kann eingesetzt werden; bei unauffälligem MMST kann die Patientin als „uneingeschränkt auskunftsfähig“ angesehen werden. Begründung: "uneingeschränkt auskunftsfähig" lässt sich durch einen unauffälligen MMST >24 definieren, eine kognitive Einschränkung ist</p>	<p>Anmerkung: Offene Empfehlung -kann- Erläuterungen in der Langversion</p> <p>Anmerkung: Eine Anpassung erscheint schwierig, fraglich auskunftsfähig MMSE >10 Punkte und nicht auskunftsfähig MMSE 0-9 Punkte ? ...</p>	<p><i>Streichen und Inhalte in den Hintergrundtext der Empfehlung 4 und Ergänzung der Empfehlung 4</i></p>	13 von 13 Stimmen, 100%

		unwahrscheinlich [siehe z.B. Leitliniensynopse Seite 25 Literatur Herr et al._2006], eine Fremdbeurteilung kann dann entfallen. "Nicht auskunftsfähig" lässt sich jedoch nicht eindeutig am MMST definieren: 1. Besteht bei MMST 12-23 nur der Verdacht auf eine kognitive Einschränkung, d.h. aber nicht, dass in diesem Bereich oder auch bei hochgradigem Verdacht auf eine kognitive Einschränkung bei MMST"			
12.) Für das Screening nach Schmerzen sollen Schmerzsynonyme wie „auha“, „weh“ oder bewohnerinneneigene Worte verwendet werden	84,6%	„Vielleicht sollte man hier die Wortwahl überlegen und keine Beispiele nennen!“ „Ich verstehe diese Empfehlung nicht. In welchem Sinne bzw. wie sollen diese Begriffe verwendet werden?“ „grundsätzlich spricht nichts gegen die Empfehlung, jedoch sollte nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die Bewohner nicht in der Lage sind, Schmerzen ohne Synonyme zu kommunizieren“	Für das Screening nach Schmerzen sollen neben <u>der direkten Frage nach Schmerz auch Schmerzsynonyme wie auha</u>, „weh“ oder bewohnerinneneigene Worte verwendet werden Anmerkung: Formulierung angepasst Erläuterungen in der Langversion		13 von 13 Stimmen, 100%

<p>16.) Während der morgendlichen pflegerischen Versorgung sollen Bewohnerinnen auf Schmerzverhalten beobachtet und/ oder befragt werden</p>	<p>84,6%</p>	<p>„warum nur bei der morgendlichen Versorgung?“</p> <p>„Woher stammt die Beschränkung auf den Morgen? Gibt die Literatur diese Beschränkung wirklich her? Was, wenn z.B. die Körperpflege nicht am Morgen stattfindet?“</p> <p>„Warum nur am Morgen? Das scheint mir die Literatur nicht herzugeben.“</p>	<p>Während der pflegerischen Versorgung sollen Bewohnerinnen auf Schmerzverhalten beobachtet und/ oder befragt werden</p> <p>Anmerkung: Empfehlung angepasst, Erläuterungen in der Langversion</p>	<p>Während der pflegerischen Versorgung sollen Bewohnerinnen in Hinblick auf ihr Schmerzverhalten beobachtet und/ oder befragt werden</p>	<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>
<p>22.) Alle Mitarbeiterinnen des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu Bewohnerinnen sollen ein Schmerzscreening durchführen</p>	<p>76,9%</p>	<p>„auch Praktikanten??? Wer ist definier als Mitarbeiter? Welchen multiprofessionellen Teams? Realität in den Pflegeheimen ist deutlich anders!“</p> <p>„stimme zu, ist gemeint: sollten ein Schmerzscreening durchführen können, als die Vorgehensweise beherrschen?“</p> <p>„Ein Schmerzscreening soll von Mitarbeiterinnen des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu Bewohnerinnen durchgeführt werden.“</p> <p>„Diese Formulierung ist leider missverständlich, weil sie so interpretiert werden kann, dass</p>	<p>Alle Mitarbeiterinnen des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu Bewohnerinnen <u>sollen in der Lage sein</u> ein Schmerzscreening durchführen zu können</p> <p>Anmerkung: Formulierung angepasst</p>	<p>Alle Mitarbeiterinnen des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu Bewohnerinnen <u>sollen in der Lage sein</u> ein Schmerzscreening <i>durchzuführen zu können</i></p>	<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>

		es auch tatsächlich jeder (und jederzeit) tun soll. Ist nicht so gemeint, aber eben missverständlich.“ „Missverständlich.“			
24.) Beim Vorhandensein von Schmerzen ohne unmittelbar durchgeführtes Schmerzassessment sollte eine Schmerzbehandlung auf der Basis bisher vorhandener Informationen eingeleitet werden	88,5%	„Aber doch nur dann, wenn ein Schmerzassessment nicht möglich ist bzw. der Schmerz akut behandelt werden muss.“ „Dies sollte nur nach Zustimmung zu einer Behandlung durch die Bewohner erfolgen. Aushaltbarer Schmerz/ Schmerzakzeptanz muss beachtet werden und unnötige Polypharmazie vermieden werden.“	Beim Vorhandensein von akuten Schmerzen ohne unmittelbar durchgeführtes Schmerzassessment sollte eine Schmerzbehandlung auf der Basis bisher vorhandener Informationen eingeleitet werden Anmerkung: Formulierung angepasst und Hinweis darauf in die Ausführungen der Langversion aufnehmen	Bei akuten Schmerzen soll eine Schmerzbehandlung unmittelbar auf der Basis verfügbarer Informationen, auch bei ggf. inkomplettem Schmerzassessment, eingeleitet werden Im Hintergrund wird ausgeführt, dass ein differenziertes Schmerzassessment nachrangig durchgeführt	13 von 13 Stimmen, 100%
26.) Das Ergebnis des Screenings soll an einem einheitlich definierten Ort in der Bewohnerinnendokumentation erfolgen, der für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams zugänglich ist	88,5%	„Ergebnis des Schmerzscreenings“ „Die Formulierung "Das Ergebnis...soll... erfolgen.... für missverständlich. Vorschlag: Das Ergebnis...soll... festgehalten werden...“	Das Ergebnis des Schmerzscreenings soll an einem einheitlich definierten Ort in der Bewohnerinnendokumentation festgehalten werden, der für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams zugänglich ist Anmerkung: Formulierung angepasst	Das Ergebnis des Schmerzscreenings soll an einem einheitlich definierten Ort (evtl. Stelle) in der Bewohnerinnendokumentation festgehalten werden, der für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams zugänglich ist	13 von 13 Stimmen, 100%

Assessment					
<p>29.) Für das Assessment nach Schmerzen sollen Schmerzsynonyme oder alternative Begriffe wie „auha“, „weh“ oder bewohnerinneneigene Worte verwendet werden</p>	80,8%	<p>„Klingt wie im Kindergarten, Bewohnerinnen eigene Worte reicht schon völlig, falls man ein solches Unwort nutzen möchte“</p> <p>„siehe oben“</p> <p>„Verwendung eines einheitlichen Assessments“</p> <p>„s. o.“</p>	<p>Für das <u>Schmerzassessment</u> sollen neben <u>der direkten Frage nach Schmerz</u> auch <u>Schmerzsynonyme wie auha</u>“, „weh“ oder <u>bewohnerinneneigene Worte verwendet werden</u></p> <p>Anmerkung: Formulierung angepasst Erläuterungen in der Langversion</p>		13 von 13 Stimmen, 100%
<p>31.) Beim Schmerzassessment sollten Therapienebenwirkungen z. B. durch Analgetika erfasst werden</p>	88,5%	<p>„Wer soll das tun? Altenpflegerinnen???“</p> <p>„Was ist mit Therapienebenwirkungen gemeint? „</p> <p>„Medikamentennebenwirkungen? Wenn ja, warum keine Interaktionen? Gehört das wirklich ins Assessment?“</p>	<p>Anmerkung: In der stationären Altenhilfe müssen solche Beobachtungen von allen mit der Bewohnerin befassten Personen erfolgen. Pflegende sind zeitlich am häufigsten anwesend, nehmen Veränderungen wahr und vermitteln diese Informationen an die Mitglieder des multi-professionellen Teams, und damit auch an die behandelnden Ärztinnen</p> <p>Erläuterungen in die Langversion aufnehmen</p>		13 von 13 Stimmen, 100%
<p>37.) Schmerz stabilisierende und destabilisierende Faktoren sollten ermittelt werden</p>	88,5%	<p>„Was ist gemeint???“</p> <p>„Schmerzauslöser und schmerzlindernde Faktoren diese Begriffe sind mE gebräuchlicher“</p>	<p>Anmerkung: Alternative Begriffe werden in die Erläuterungen aufgenommen</p>	<p>Es sollten Faktoren ermittelt werden, die stabilisierend und destabilisierend auf die Schmerzsituation wirken</p>	13 von 13 Stimmen, 100%

<p>39.) Beim Schmerzassessment sollen zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente genutzt werden und deren Anwendung einem hierarchischen Prozess folgen</p>	<p>84,6%</p>	<p>„Wer soll das tun?“</p> <p>„Was ist ein hierarchischer Prozess? Muss das erst mit der PDL besprochen werden?“</p> <p>„Einschätzung mE streichen nur Instrumente, da es möglicherweise auch objektive Instrumente wie die Gehstrecke, oder Gehgeschwindigkeit sinnvoll sind.“</p>	<p>Das Schmerzassessment <u>soll</u> zielgruppenspezifisch einem hierarchischen Prozess folgen</p> <p>Anmerkung: Es handelt sich um ein prozesshaftes Geschehen, dieses wird in einer hierarchischen Abfolge angewendet, Vorgehensweisen werden in der Langversion erläutert</p>	<p>Das Schmerzassessment <u>soll</u> zielgruppenspezifisch einem hierarchischen Prozess (von Selbstauskunft bis zur Fremdeinschätzung) folgen</p>	<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>
<p>41.) Das Schmerzassessment sollte durch gezieltes Zuhören unterstützt werden</p>	<p>84,6%</p>	<p>„Was ist gemeint?“</p> <p>„Geht Schmerzassessment ohne zuzuhören? Was ist ein gezieltes Zuhören? Worauf zielen Sie ab?“</p> <p>„Es ist mir nicht deutlich, was damit gemeint ist. Aktives Zuhören sollte für jede Berufsgruppe in der stationären Altenhilfe selbstverständlich sein“</p>	<p>Das Schmerzassessment sollte durch gezieltes Zuhören unterstützt werden</p> <p>Anmerkung: Es sollte selbstverständlich sein, da es in der Praxis nicht immer so ist, werden Details in der Langversion erläutert</p>	<p>Das Schmerzassessment sollte durch <i>gezieltes aktives Zuhören in geeigneter Gesprächsatmosphäre</i> unterstützt werden</p>	<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>

<p>43.) Zum Schmerzassessment sollen bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen systematische Instrumente zur Fremdeinschätzung von Schmerz genutzt werden</p>	<p>88,5%</p>	<p>„Welche?“ „systematisch“ streichen. evtl. valide oder validierte“</p>	<p>Zum Schmerzassessment sollen bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen Instrumente zur Fremdeinschätzung von Schmerz genutzt werden</p> <p>Anmerkung: Erläuterung zu validierten und reliablen Instrumenten werden in die Langversion aufgenommen</p>	<p>mit 48 zusammenfassen Vorschlag zur Veränderung: Text aus Empfehlung 48 aufnehmen</p> <p>Zum Schmerzassessment sollen bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen Instrumente zur systematischen Fremdeinschätzung von Schmerz genutzt werden</p>	<p>9 von 13 Stimmen 4 Enthaltungen, 100%</p>
<p>48.) Zum Schmerzassessment sollen bei Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen systematische Fremdeinschätzungsinstrumente genutzt werden</p>	<p>80,8%</p>	<p>„nicht systematisch sondern "valide oder validierte"" „schweren kognitiven Beeinträchtigungen“ „Inhaltlich gleich zu Empfehlung 43!?!?“ „= Frage 43. Ansonsten bitte um Präzision, um welche Fremdeinschätzungsinstrumente es sich handelt (z.B. Delir- oder Depressions-Assessmentinstrumente?)“</p>	<p>Anmerkung: Erläuterung zu validierten und reliablen Instrumenten werden in die Langversion aufgenommen</p>	<p>mit 43 zusammenfassen gestrichen</p>	<p>9 von 13 Stimmen 4 Enthaltungen, 100%</p>

<p>49.) Zum Schmerzassessment sollten mehrdimensionale Instrumente genutzt werden</p>	<p>80,8%</p>	<p>„Widerspruch zu oben?“ „eindimensionale reichen“ „können [Empfehlungsstärke]“ „In die Empfehlung sollten die Dimensionen erwähnt werden, die mindestens versucht werden sollten zu erheben. Nicht alle Dimensionen sind bei einer Bewohnerin zu erfassen“</p>	<p>Zum <u>Assessment bei länger anhaltendem Schmerz</u> sollten mehrdimensionale Instrumente genutzt werden Anmerkung: Die Erforderlichkeit der Mehrdimensionalität wird in der Langversion ergänzend erläutert.</p>	<p>Streichen In den Hintergrund von Empfehlung 36 aufnehmen, dass die Dauer und die Instrumente eingesetzt werden</p>	<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>
<p>51.) Das Schmerzassessment soll die Erstellung eines multidisziplinären Behandlungsplanes nach sich ziehen</p>	<p>88,5%</p>	<p>„Das ist eine ärztliche Aufgabe!!“ „multidisziplinär oder multiprofessionell“</p>	<p>Das Schmerzassessment soll die Erstellung eines <u>multiprofessionellen</u> Behandlungsplanes nach sich ziehen Anmerkung: Ein multiprofessioneller Behandlungsplan setzt voraus, dass der behandelnde Arzt beteiligt ist. Aber auch andere Berufsgruppen bringen sich in den Behandlungsplan ein. Begriffe vereinheitlicht/ Formulierung angepasst Erläuterung in der Langversion</p>		<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>

<p>53.) Im multiprofessionellen Team sollen alle beteiligten Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen zusammenarbeiten</p>	<p>84,6%</p>	<p>„wenn sie das nicht tun, ist es kein multiprofessionelles Team. Unsinnige Formulierung.“</p> <p>„Position der Empfehlung: Ist das nicht eine übergreifende Empfehlung? Ist es überhaupt eine Empfehlung?“</p> <p>„Gehört zu den Rahmenempfehlungen. Position hier nicht gut.“</p>	<p>Anmerkung : Empfehlung wird herausgenommen und der Begriff „Multiprofessionelles Team“ wird in den Einführungstexten definiert sowie in die Präambel und Kommentierungen der Langversion übernommen</p> <p>Begründung: Die Qualität der Versorgung von Bewohnerinnen hängt von der koordinierten multiprofessionellen Herangehensweise und der darin beinhalteten Kommunikation zwischen Mitarbeitenden untereinander und mit den Bewohnerinnen ab. Deren Präferenzen und Bedürfnisse müssen Berücksichtigung finden (RNAO 2002 / 2007)</p>	<p>Streichen</p>	<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>
<p>55.) Alle relevanten Informationen des Schmerzassessments sollen an einem eindeutig definierten Ort, für alle Mitarbeitenden des multidisziplinären Teams zugänglich, in der Dokumentation der Bewohnerin dokumentiert werden</p>	<p>88,5%</p>	<p>„Warum jetzt multidisziplinär? Was ist eigentlich mit kleinen Einrichtungen / Wohngruppen, die "nur" ein Pflorgeteam haben?“</p> <p>„... sollen an einem eindeutig definierten Ort in der Dokumentation der Bewohnerin hinterlegt werden und für alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams zugänglich sein“</p>	<p>Alle relevanten Informationen des Schmerzassessments sollen an einem eindeutig definierten Ort, für alle Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams zugänglich, in der Dokumentation der Bewohnerin dokumentiert werden</p> <p>Anmerkung: Begriffe wurden vereinheitlicht</p>		<p>13 von 13 Stimmen, 100%</p>

Verlauf					
56.) 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	88,5%	„verstehe den Begriff multiprofessionelles Team nicht. Was ist gemeint. Wie viele Pflegeheime haben das?“ „warum der Rahmen des multiprofessionellen Teams?“	Anmerkung: Auch wenn Ärzte und Therapeuten etc. nicht in den Pflegeeinrichtungen angestellt sind, arbeiten sie trotzdem im Rahmen eines multiprofessionellen Teams mit den Pflegenden vor Ort zusammen. Schmerzmanagement ist immer nur multiprofessionell zu bewältigen.		13 von 13 Stimmen, 100%
57.) Medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen sowie die Gestaltung der Verlaufskontrolle selbst sollen an die Ergebnisse der Verlaufskontrolle angepasst werden. Insbesondere die Titration der Interventionen soll sich dabei an den Ergebnissen der Verlaufskontrolle orientieren.	88,5%	„Ich kann Medikamente "titrieren", geht das auch mit Interventionen?“ „Der Begriff der Titration ist mir nicht bekannt, anderen vielleicht auch nicht? Ich schlage vor, den zweiten Satz zu streichen, da er ja nur verstärkend ist, oder ihn verständlicher zu formulieren.“	Medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen sowie die Gestaltung der Verlaufskontrolle selbst sollen an die Ergebnisse der Verlaufskontrolle angepasst werden. Anmerkung: Zweiter Satz entfällt.		13 von 13 Stimmen, 100%
59.) Bei der Schmerzverlaufserfassung sollen die gleichen Instrumente verwendet werden wie beim Schmerzassessment	88,5%	„dieselben?“ „...wenn möglich...während einer Behandlung können Ereignisse auftreten (z.B. Delir), die beispielsweise eine Selbstauskunft unmöglich machen.“	Bei der Schmerzverlaufserfassung sollen die <u>dieselben</u> Instrumente verwendet werden wie beim Schmerzassessment Anmerkung: Empfehlung angepasst		13 von 13 Stimmen, 100%

<p>60.) Die Schmerzintensität (bei auskunftsfähigen Bewohnerinnen) soll als Leitkriterium der Verlaufserfassung genutzt werden</p>	<p>88,5%</p>	<p>„nur beim Akutschmerz incl. Tumorschmerz Für den chronischen Schmerz sind eher funktionelle Parameter von Bedeutung.“</p> <p>„Neben der Schmerzintensität muss die Funktionsfähigkeit/ physical functioning Leitkriterium sein. Schmerzintensität darf nicht alleine Leitkriterium sein, da z.T. nur schwer veränderbar.siehe AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002), BPS & BGS_(2007), Hadjistavropoulos, T., K. Herr, et al. (2007). “An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons.””</p>	<p>Die Schmerzintensität (bei auskunftsfähigen Bewohnerinnen) soll als Leitkriterium neben darüberhinausgehenden Aspekten, z. B. Funktionalität, der Verlaufserfassung genutzt werden</p> <p>Anmerkung: Diese Anmerkung würden wir gerne zur Diskussion stellen. Der Hinweis, die Funktionsfähigkeit in die Verlaufserfassung einzubeziehen, findet sich nur in der Leitlinie der APS, während die anderen genannten Leitlinien die Funktionsfähigkeit für den Verlauf (!) nicht explizit erwähnen.</p>	<p>Streichen der alte Nr. 60 Empfehlung</p> <p>Veränderung in: Die Schmerzintensität (bei auskunftsfähigen Bewohnerinnen) sollte als Leitkriterium der Verlaufserfassung genutzt werden.</p>	<p>Abstimmung für Streichen: 2/13 dafür (15,38 %), 10 von 13 dagegen (76,92%), 1 Enthaltung</p> <p>Abstimmung für Änderung der Empfehlungssstärke: 11 von 13 Stimmen dafür, 2 von 13 Stimmen dagegen, keine Enthaltung, 84,62%</p>
<p>62.) Schmerztagebücher können dazu beitragen, Faktoren zu identifizieren, die den Schmerz verstärken oder vermindern</p>	<p>88,5%</p>	<p>„keine Schmerztagebücher!!! Sie verstärken die Schmerzen“</p> <p>„Im Verlauf können auch Faktoren identifiziert werden, die den Schmerz verstärken oder mindern. Ich würde die Aussage nicht mit einem Begriff beginnen, der bisher noch nicht erwähnt wurde und eigentlich nahe legt, dass die Bewohnerin das selbst tun kann.“</p>		<p>Veränderung in: Schmerztagebücher können eingesetzt werden um Faktoren, die den Schmerz verstärken oder vermindern, zu identifizieren</p>	<p>Abstimmung für Streichen 6 von 13 Stimmen dafür (46,1%) 7 von 13 Stimmen dagegen (53,9%)</p> <p>Abstimmung für Änderung der Empfehlung:</p>

					8 von 13 Stimmen dafür 2 von 13 Stimmen dagegen 3 von 13 Stimmen Enthaltung, 80%
64.) Die Verlaufserfassung sollte regelmäßig, individuell angepasst erfolgen	88,5%	„individuell an wen angepasst? Bewohner? Mitarbeiter? Behandelnder Arzt?“ „wenn diese Aussage sinnvoll werden soll, sollte man das Komma wegnehmen. Ist damit der zeitliche Abstand gemeint. Dann sollte man das auch in der Aussage etwas präzisieren.“	Die Verlaufserfassung <u>soll</u> in regelmäßigen zeitlichen Abständen erfolgen. Bei der zeitlichen Gestaltung sollte die individuelle Situation der Bewohnerin berücksichtigt werden. Anmerkung: Empfehlung angepasst		13 von 13 Stimmen dafür, 100%
67.) Bewohnerinnen und Angehörige sollten dazu befähigt werden, Instrumente zur Ermittlung der Schmerzstärke korrekt anzuwenden und Ärzte oder Pflegefachkräfte über beeinträchtigende Schmerzen zu informieren	88,5%	„Unverständlich“ „Schmerzstärke und beeinträchtigender Schmerz sind zwei unterschiedliche Dimensionen. Üblicherweise empfiehlt man, sich bei starken Schmerzen zu melden. Ob diese Schmerzen beeinträchtigend sind, kann die Therapienotwendigkeit beeinflussen“	Anmerkung: Die Formulierung zu beeinträchtigenden Schmerzen geht auf eine Quelleitlinie zurück.		13 von 13 Stimmen dafür, 100%

Tabelle 45 Empfehlungen mit einer Konsentierung von < 75% aus dem 3. Delphi-Verfahren

Empfehlungen mit einer Konsensstärke (in %) < 75% Konsens nach dem schriftlichen 3. Delphi-Verfahren (n= 26)	Konsensstärke in %	Anmerkungen der Delegierten aus dem 3. Delphi-Verfahren.	Veränderung der Formulierung der Empfehlungen basierend auf den Anmerkungen der Delegierten nach dem 3. Delphi-Verfahren	Veränderung bzw. Anmerkungen die aufgrund der Diskussion während der Konsensuskonferenz erfolgten	Ergebnisse der Abstimmung auf der Konsensuskonferenz in %
Kognition und Screening					
10.) Ein nicht anlassbezogenes Screening sollte bei Bewohnerinnen über 75 Jahren durchgeführt werden	69,2%	<p>„es fehlt die Begründung generell und zur Begründung der Altersgrenze“</p> <p>„ist das Alter wirklich ein valider Cut-Point?“</p> <p>„Warum Einschränkung von 75 Jahren bei Pflegeheimbewohnern?“</p> <p>„Mir erschließt sich nicht, warum hier eine Grenze bei 75 Jahren gezogen wird. Auch die Literatur scheint dies nicht überzeugend zu</p>	<p>Ein nicht anlassbezogenes Screening <u>kann</u> bei Bewohnerinnen über 75 Jahren durchgeführt werden</p> <p>Anmerkung: Empfehlungsstärke verändern</p> <p>Streichen</p>		Abstimmung für Streichen 14 von 14 Stimmen, 100%

		<p>stützen. Die Grenze ist willkürlich. Ist nicht die Tatsache, dass Menschen in Pflegeeinrichtungen leben, Grund genug, für ein Screening?“</p> <p>„Die Literatur scheint mir eine solche Altersgrenze nicht herzugeben. Sie erscheint mir recht willkürlich gesetzt. Sie widerspricht außerdem der nachfolgenden Empfehlung zum Screening bei Einzug.“</p> <p>„Empfehlung sollte für alle Bewohner gelten“</p> <p>„Streichung der Altersbegrenzung von "über 75 Jahren". Diese erschließt sich nicht. Sollte man sie in der Empfehlung lassen, sollte im Text eine Begründung erfolgen, ansonsten ist nicht einzusehen, warum z.B. Bewohnerinnen mit einer Demenz mit 74 Jahren anders behandelt werden als mit 75 Jahren.“</p>			
<p>21.) Ein Screening kann einmal täglich bei allen Bewohnerinnen erfolgen, die noch keinen Schmerz äußerten oder nach einer Schmerzphase eine längere schmerzfreie Phase hatten</p>	65,4%	<p>„Man sollte das nicht so generalisieren. Und sich der Realität in Pflegeheimen stellen. Das ist jetzt schon unerträglich, was an Papier ausgefüllt wird und nur sehr begrenzt die Wirklichkeit widerspiegelt.“</p> <p>„bei allen? oder lieber denjenigen, die noch keinen Schmerz</p>	<p>Ein nicht anlassbezogenes Screening kann einmal <u>wöchentlich</u> regelmäßig bei allen Bewohnerinnen erfolgen, die noch keinen Schmerz äußerten oder nach einer Schmerzphase</p>		<p>Abstimmung für Änderung 13 von 14 Stimmen, 1 Enthaltung, 100%</p>

		<p>geäußert haben“</p> <p>„wegfallen, warum täglich, wenn die Bewohner doch schmerzfrei sind???”</p> <p>„Hier sollte berücksichtigt werden, dass eine tägliche Befragung nach Schmerzen eine deutliche Fokussierung der Bewohner auf Schmerzen fördert.“</p> <p>„Kann" ist sicher richtig. Aber untersucht wurde bislang nicht, welche negativen Folgen dies haben könnte. Gerade bei chronischen Schmerzen finde ich diese Empfehlung daher riskant und würde sie auslassen.“</p> <p>„Widerspruch zur Empfehlung 75+. Und es ist nicht klar, welche negativen Folgen dies haben kann. Ich finde die Empfehlung daher riskant.“</p> <p>„Empfehlung herausnehmen“</p> <p>„der Zeitraum scheint sehr eng gewählt. Ein regelmäßiges Screening sollte durchgeführt werden, aber es ist schwer einzusehen, dass die Frequenz dazu täglich sein sollte.“</p>	<p>eine längere schmerzfreie Phase hatten</p> <p>Anmerkung: Empfehlung angepasst</p> <p>Hintergrundtext wird auf die Breite der Intervalle eingehen.</p>		
--	--	--	--	--	--

Assessment					
<p>32.) Vitalzeichen können zum Schmerzassessment genutzt werden</p>	<p>69,2%</p>	<p>„Konkretisieren“ „viel zu unspezifisch“ „Diese Empfehlung ist nicht falsch, aber verzerrend, weil die Literatur hier sehr widersprüchlich ist. Es gibt Hinweise, dass die Vitalzeichen letztlich nicht ...geeignet sind, dauerhafte Schmerzen einzuschätzen.“ „Aus meiner Perspektive ist das gerade für den Bereich der chronischen Schmerzen nicht zutreffend und auch nicht durch Literatur gedeckt.“ „nur mit Einschränkungen: Vitalzeichen können unter Einbezug weiterer Interpretationshilfen (Angehörigenangaben, Grunderkrankungen) beim Schmerzassessment hinzugezogen werden“ „genauere Definition, welche Vitalzeichen sind gemeint, z.B. Atmung, Puls, Blutdruck“ „Vitalzeichen sollten zum Schmerzassessment genutzt werden. Begründung: =Umdrehung der Literatur-Empfehlung, bei auffälligen</p>	<p>Veränderungen der Vitalzeichen können zum Schmerzassessment genutzt werden</p> <p>Anmerkung: Formulierung präzisiert</p> <p>Es handelt sich um eine offene Empfehlung -kann- Erläuterungen dazu in der Langversion und werden dort weiter ausgeführt</p> <p>Vorschläge für Änderung: Streichen</p> <p>Das Thema Vitalzeichen soll in den Hintergrundtext der Empfehlung 9 als Anlass für ein Screening mit aufgenommen werden.</p>		<p>Abstimmen von Streichen 13 von 14 Stimmen dafür, 1 dagegen, 92,8%</p>

		Vitalzeichen ein Schmerzassessment durchzuführen.["Whenever vital signs are obtained" Leitliniensynopse S.61]"			
50.) Alle Fachkräfte des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu BewohnerInnen sollen ein Schmerzassessment durchführen	65,4%	<p>„Ich bin zwar dafür, aber bei diesem Wortlaut klingt es als ob alle Fachkräfte das ständig machen, vielleicht das letzte Teil des Satzes "...sollen am Schmerzassessment beteiligt sein.““</p> <p>„keinerlei Kompetenz, die Realität sieht anders aus, wenn eine "Fachkraft" 40 Bewohner versorgen muss.“</p> <p>„siehe oben, Satz umstellen“</p> <p>„... sollten fähig oder befähigt werden, ein Schmerzassessment durchzuführen.“</p> <p>„M.E. sollte ein Wort am Ende des Satzes eingefügt werden ...> "können".“</p> <p>„Hier wieder das gleiche Potenzial für Missverständnisse wie bei der ähnlichen Empfehlung im Screening.“</p> <p>„Missverständlich. Nicht jeder soll eines durchführen.“</p> <p>„Alle Fachkräfte sollten eine</p>	<p>Alle Fachkräfte Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams mit unmittelbarem Kontakt zu BewohnerInnen sollen zu einem gemeinsamen Schmerzassessment beitragen</p> <p>Anmerkung: Idealerweise verläuft ein Schmerzassessment komplementär, alle Beteiligten sind dabei wichtig und in der multiprofessionellen Zusammenschau ergibt sich ein ganzes Bild</p> <p>Die Erläuterungen werden angepasst, es wird erläutert welche Personen zum multiprofessionellen Team gehören</p>		<p>1. Abstimmung für Streichen: 1 von 14 Stimmen dafür (7,2%) 13 von 14 Stimmen dagegen (92,8%).</p> <p>2. Abstimmung: Formulierungsänderung MitarbeiterInnen des multiprofessionellen Teams 12 von 14 Stimmen dafür, 2 Enthaltungen 100%</p>

		Durchführung machen können. Eine Mehrfachbefragung und -belastung der BewohnerInnen sollte aber vermieden werden.	Vorschläge für Veränderung: Streichen Ändern in alle Mitglieder / Mitarbeitenden		
Verlauf					
63.) Die Verlaufserfassung sollte immer durch das gleiche Mitglied des multiprofessionellen Teams erfolgen	61,5%	praxisferne Empfehlung“ „hängt von der Intensität der Schmerzen ab. Alle Mitarbeiter sind geschult, also können alle den Verlauf erfassen.“ „dasselbe?“ „nicht umsetzbar.“ „Widerspricht eigentlich den anderen Empfehlungen. Was passiert, wenn die Person krank wird. immer streichen und "am besten" ersetzen, wobei auch dies eigentlich nicht vernünftig erscheint. Häufig bekommt man erst ein Bild, wenn die Aussagen aller zu verschiedenen Zeitpunkten im Team abgestimmt werden.“ „wäre schön, ist aber praktisch kaum durchführbar" sollte möglichst...“	<u>Bei der Verlaufserfassung sollte, bezogen auf die jeweilige Bewohnerin, eine hohe Personalkontinuität gewährleistet sein.</u> Anmerkung: In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass möglichst immer dieselben Personen die Verlaufserfassung durchführen sollten. Damit ist nicht eine einzige Person gemeint. Insofern war die Empfehlung widersprüchlich formuliert. Die Empfehlung und die Literatur basieren		14 von 14 Stimmen dafür, 100%

		<p>„das Wort "immer" streichen. Hocharbeitsteilige und hochausdifferenzierte multiprofessionelle Teams können sich ergänzen, so dass auch mal ein/e Ergo (beim Wasch- und Anziehtraining) die Verlaufserfassung durchführen kann anstatt der Bezugspflegekraft“</p> <p>„halte ich in der Realität nicht für praktikabel wenn, mit "Mitglied" die Profession gemeint ist stimme ich zu. Ansonsten ist es aufgrund von Personalwechsel im Schichtdienst und bei Arbeitsplatzwechsel ja gar nicht möglich.“</p> <p>„wenn den vorherigen Empfehlungen zu Verfahrensregelungen, Kommunikationsstrukturen und Instrumenten gefolgt wird, erscheint es nicht zwingend, dass der Verlauf nur durch eine Person erfasst werden soll.“</p>	<p>auf der Annahme, dass Verhaltensänderungen erst im zeitlichen Verlauf und bei persönlicher Kenntnis des bisherigen Verhaltens auffallen.</p> <p>Zur Praktikabilität: Verlaufserfassungen finden nicht ständig und mehrfach statt, sondern sind in der Regel planbar und über einen längeren Zeitraum vorhersehbar.</p>		
--	--	--	---	--	--

6. Dissemination, Evaluierung und Ableitung von Qualitätsindikatoren

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

- a) Gewährleistung der methodischen Integrität: Die Entwicklung der hier vorliegenden Leitlinie orientierte sich an den Vorgaben des Deutschen Instrumentes zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI= das deutschsprachige Äquivalent von AGREE) (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2008).
- b) Nationale und regionale Anwendbarkeit: Die hohe Diversität an Expertise und die interdisziplinäre Zusammensetzung der Leitlinienautorengruppe trägt hierzu bei. Zudem wird ein begleitendes Projekt zur Entwicklung eines Qualitätsindikatorensets durchgeführt, das später zum Monitoring der Leitlinienimplementierung eingesetzt werden kann.
- c) Einbindung von lokalen Anwendern und Pilottest: Unter den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen, die an den Konsensusverfahren teilnahmen, befanden sich Vertreter verschiedener Anwendergruppen und als Folgeprojekt ist eine Implementierungsstudie in Vorbereitung.

6.1. Barrierenanalyse

Eine Barrierenanalyse verdeutlicht, welche Hindernisse und Ressourcen bezüglich der organisatorischen, strukturellen, personellen und finanziellen Faktoren vorhanden sind, die Hinweise zur Entwicklung von Umsetzungsstrategien bieten. Zum Thema: „Beurteilung von Schmerzen bei älteren Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Demenz)“ haben Mitglieder der Leitlinien-Steuergruppe bereits in 2014 im Rahmen des COST-TD 1005 Projektes an einem Survey zu Erfahrungen Mitarbeitender im Sozial- und Gesundheitswesen mitgewirkt (Sirsch et al. 2015).

Auch wenn dieser Survey hauptsächlich die Situation im Akutkrankenhaus widerspiegelt, lassen sich auch für die stationäre Versorgung eine Reihe hinderlicher Faktoren bezüglich des Schmerzassessments bei Menschen mit Demenz ableiten. Speziell beim Einsatz von Fremdbeobachtungsverfahren zeigten sich:

1. Personelle Einflüsse: Es herrscht Unzufriedenheit über das Schmerzmanagement und es zeigt sich Unsicherheit bei der Fremdeinschätzung. Mangelnde Objektivität und Zeitmangel.
2. Edukative Einflüsse: Hier werden unzureichende Ausbildung und fehlendes Wissen als Barrieren aufgeführt.
3. Organisatorische Einflüsse: Ungenügende Information über den Umgang und die Sinnhaftigkeit der Beobachtungsinstrumente.

Als förderliche Faktoren (Lösungen) können aus dem Survey abgeleitet werden:

1. Personelle Einflüsse: Mehr Bewusstsein und Sensibilisierung der Mitarbeitenden würde das Schmerzassessment positiv beeinflussen.
2. Edukative Einflüsse: Wissenszuwachs und Verbesserung der Kenntnisse zu Demenz und zu den speziellen Erfordernissen beim Schmerzassessment können Abhilfe bieten.
3. 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).

6.2. Dissemination der Leitlinie

Wie im Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (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 einen optimalen Zugang und eine praktikable 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. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.): 50ff. , National Institute of Clinical Studies NICS 2006, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2012: 50ff.). 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, z. B. wird die Kurzfassung der Leitlinie in Form eines Artikels veröffentlicht.
- Kongressbeiträge mit unterschiedlichen Adressatengruppen wurden durchgeführt bzw. sind geplant (Deutscher Pflorgetag 2016, Geriatriekongress 2016 & 2017, Deutscher Schmerzkongress 2016).
- Bei Erscheinung der Leitlinie wird eine Pressemeldung z.B. an den Informationsdienst Wissenschaft idw (idw-online.de) herausgegeben.
- Geplant werden auch Fortbildungsmaterialien wie Folien/ CME Beiträge

6.3. Qualitätsindikatoren

Um eine Evaluation der Leitlinienkonformität und der Versorgungsqualität des Schmerzassessments bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe zu ermöglichen, werden (in einer Promotionsarbeit) Qualitätsindikatoren entwickelt (Laekeman et al. 2013). Details zu diesem Projekt werden spezifisch publiziert. An dieser Stelle wird eine Kurzfassung der bereits durchgeführten und noch geplanten Schritte beschrieben. Dieses Projekt wird in drei Phasen aufgeteilt:

1. Theoretische Entwicklungsphase:

- Übersetzung der Empfehlungen: Aus den Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad in der Leitlinie werden Qualitätsindikatoren abgeleitet.
- Literaturreview: Danach erfolgt ein Abgleich mit bereits existierenden Qualitätsindikatoren aus der Literatur (Quelleitlinien, Primärliteratur, Methodenreport, bestehende Indikatorensets).

2. Praktische Entwicklungsphase:

- Abgleich mit dem Ist-Zustand: In dieser Phase wird geprüft, welche Qualitätsindikatoren bereits in der vollstationären Altenhilfe verwendet werden.
- Expertenkonsensus: Aufgrund dieser Erkenntnisse entsteht dann ein vorläufiges Qualitätsindikatorenset, das einer Expertengruppe zur Konsensfindung vorgelegt wird. Diese Gruppe setzt sich aus Experten (ca. 10-12 Personen) mit Erfahrung

auf unterschiedlichen Gebieten der Schmerzerfassung bei älteren Menschen und/oder Expertise in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zusammen.

3. Testphase:

- Zur Pilotierung des Qualitätsindikatorensets wird eine empirische Testung mittels einer explorativen Querschnittuntersuchung in drei unterschiedlichen Institutionen durchgeführt.

7. Redaktionelle Unabhängigkeit und Erklärungen zu Interessenskonflikten

Die S3-Leitlinie wurde durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten gefördert. Die finanzielle Förderung der Deutschen Schmerzgesellschaft betrug insgesamt 8000,00 Euro: 6500,00 Euro für die personelle Unterstützung bei der Literatursuche und 1500,00 Euro zur Lektorierung der Leitlinie. Weiterhin erfolgten die Übernahme der Reisekosten der Mitglieder der Steuergruppe zu den Projekttreffen sowie die Übernahme der Kosten für Technik und Catering bei den Treffen.

Das DZNE stellte über einen Zeitraum von vier Jahren eine Doktorandenstelle (50 % Stellenumfang) zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren und über den Zeitraum von drei Jahren personelle Ressourcen (25 % Stellenumfang) zur Koordination sowie Mittel für Büromaterial zur Verfügung. Die studentische Mitarbeit im DZNE erfolgte auch im Rahmen von Praktika. Die Studierenden des DZNE waren nicht an der Formulierung von Empfehlungen beteiligt. Ihre Mitarbeit bezog sich auf formale Aspekte bzw. ihre Unterstützung bei der Literatursuche. Eine Ausweisung der Interessenskonflikte erfolgte daher nicht.

Die Mitarbeit der Studierenden der Philosophisch-Theologischen Hochschule erfolgte im Rahmen ihres jeweiligen Studiums als Praxisprojekt bzw. im Rahmen eines Leistungsnachweises während des Studiums. Sie waren ebenfalls nicht an der Formulierung von Empfehlungen beteiligt.

Die Entwicklung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Gesellschaft bzw. des DZNE, Witten.

Alle an der Leitlinienentwicklung beteiligten Personen erklärten ihre etwaigen Interessenkonflikte zu Beginn des Prozesses (2011) und zum Ende des Prozesses (2016).

Die Ausweisung der etwaigen Interessenskonflikte erfolgte mittels des gültigen Formblatts der AWMF. Die Formulare sind bei den Leitlinienkoordinatoren hinterlegt und können dort auf Anfrage eingesehen werden.

Die Interessenkonflikte der Mitglieder der Steuergruppe wurden zu Beginn des Prozesses (2011) durch die Sprecher des Arbeitskreises „Schmerz und Alter“ bewertet. Die Bewertung der Erklärungen potentieller Interessenskonflikte der Koordinatorinnen erfolgte durch die Mitglieder des Vorstands der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Zum zweiten Zeitpunkt (2016) erfolgte die Prüfung der Erklärungen der Mitglieder der Steuergruppe durch die Koordinatorinnen. Die Prüfung der Erklärungen zu Interessenskonflikten der Koordinatoren erfolgte durch die Mitglieder der Steuergruppe.

Die Erklärungen der Interessenskonflikte der Delegierten wurden jeweils 2011 und 2016 durch die Koordinatorinnen bewertet. Alle Interessenskonflikte und Bewertungen werden ausgewiesen (Tabelle 46 und Tabelle 47).

Bei Konflikten mit erheblicher Relevanz hatten diese Mitglieder zu Einzelempfehlungen kein Stimmrecht, bzw. diese Personen verfügten über kein Stimmrecht.

Eine Besonderheit dieser Leitlinie ist es, dass Mitglieder der Steuergruppe zugleich auch Entwicklerinnen der im deutschsprachigen Raum geltenden und auch in den Empfehlungen genannten Schmerzassessmentinstrumente sind. Dies wurde in der Interessenserklärung als Eigentümerinteresse gewertet, obwohl damit keine finanziellen Interessen verbunden sind. Es könnten dennoch „Konflikte mit möglicherweise erheblicher Relevanz“ sein, so stimmten die Personen, die bei der Instrumentenentwicklung beteiligt waren, bei Empfehlungen zu Assessmentinstrumenten nicht ab (Tabelle 48).

Tabelle 46 Erklärungen über Interessenskonflikte der Delegierten/ Tabellarische Zusammenfassung

	Dr. André Althoff		Prof. Dr. Karl-Jürgen Bär		Sabine Baumgart		Dr. Beate Baumgarte	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein		nein	nein	nein	nein	nein	nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein		ja	ja	nein	ja	nein	nein
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein		ja	nein	nein	nein	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein		nein	nein	nein	nein	nein	nein
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein		nein	nein	nein	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein		nein	nein	nein	nein	nein	nein
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja		ja	nein	ja	ja	ja	ja
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein		nein	nein	nein	nein	nein	nein

	Dr. Klaus- Heinrich Bründel		Wilhelm Buchem (bis 2012)	Olaf Christen (ab 2012)	Dr. Dirk Deuster	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	ja	nein	nein	ja	ja
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	nein	nein	nein

	Anemone Falkenroth		Prof. Dr. Thomas Fischer		Prof. Dr. Stephan Freys (ab 2013)	Ass.- Prof. Dr. Irmela Gnass	
	2011	2016	2011	2016	2016	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein

	Patrick Heldmann (ab 2013)	Prof. Patience Higman		Sabine Jansen		Dr. Evelyn Junker-Zitzmann	
	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	ja	ja	ja	k. A.	nein	ja
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	nein	Nein	nein	nein

	Christina Kaleve (bis 2015)	Damaris Koch (bis 2012)	Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig		Prof. Dr. Heinz Laubenthal (bis 2014)	Dr. Corinna Leonhardt	
	2011	2011	2011	2016	2011	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

	PD Dr. Albert Lukas		Prof. Dr. Gerhard H. Müller-Schwefe		Prof. Dr. Lutz Neugebauer		Prof. Dr. Edmund Neugebauer (bis 2013)	Dr. Klaus Perrar	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja		nein	nein	ja	nein	nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja	ja	ja		nein	nein	ja	nein	nein
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja	ja	nein		nein	nein	ja	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein		nein	nein	nein	nein	nein
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein		nein	nein	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein		nein	nein	nein	nein	nein
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	ja	ja		nein	nein	ja	ja	ja
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein		nein	nein	nein	nein	nein

	Martin Petzold, (ab 2016)	Dr. Sarwiga Riem		Dr. Anja Rutenkröger		Katharina Scheel	Dr. Cordelia Schott
	2016	2011	2016	2011	2016	2011 (bis 2013)	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja	nein		nein	
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein		nein	
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein		nein	
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein		nein	
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein		nein	
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein		nein	
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	ja	ja	nein		nein	
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	nein		nein	

	PD Dr. Matthias Schuler		Susanne Schulz		Gerlinde Strunk-Richter		Dr. Rüdiger Thiesemann		Prof. Dr. Dr. Thomas R. Töle	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja		ja	
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja	ja	ja	nein	Ja	nein	ja		ja	
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein		ja	
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein		nein	
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein		nein	
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein		nein	
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja		ja	
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein		nein	

Tabelle 47 Erklärungen über Interessenskonflikte von Personen ohne Delegiertenstatus bzw. ohne Stimmrecht/ Tabellarische Zusammenfassung

	Prof. Dr. Esther Berkemer		Dr. Corinna Drebenstedt		Jan Dreyer(seit 2014)	Prof. Dr. Kirsten Kopke	
	2011	2016	2011	2016	2016	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	ja	ja	nein	ja	ja
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

	Maria-Anna Laekeman		Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch		Prof. Dr. Gabriele Meyer (bis 2015)	Prof. Dr. Andreas Büscher	
	2011	2016	2011	2016	2011	2011	2016
Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	ja	nein	nein	ja
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein

Der Umgang mit sich daraus ergebenden möglichen Interessenkonflikten aller Delegierten in Bezug auf die Leitlinie wird in der nachfolgenden Tabelle dargelegt.

Tabelle 48 Mögliche Interessenkonflikte & Konsequenzen (Stand Februar 2016)

Funktion	Fachgesellschaft	Name	Bemerkungen/ ggf. Konsequenzen
Delegierter/ Teilnahme an Konsensus-konferenz (2/2016)	Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	Prof. Dr. Karl-Jürgen Bär	3
Delegierte	Verband Physikalische Therapie - Vereinigung f. d. physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.	Sabine Baumgart	2
Delegierter/ Steuergruppenmitglied/Teilnahme an Konsensuskonferenz (2/2016)	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V. Deutscher Pflegerat (DPR) e.V. Geschäftsstelle	Prof. Dr. Thomas Fischer	4/ Kein Stimmrecht bei Empfehlungen zu Instrumenten
Delegierter/ Teilnahme an Konsensus-konferenz (2/2016)	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.	Prof. Dr. Stephan Freys	3
Delegierte/ Steuergruppenmitglied/Teilnahme an Konsensuskonferenz (2/2016)	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V.	Ass.-Prof. Dr. Irmela Gnass	4/ Kein Stimmrecht bei Empfehlungen zu Instrumenten
Delegierte/ Teilnahme an Konsensus-konferenz (2/2016)	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Sabine Jansen	3
Koordinator/ Steuergruppenmitglied/ Delegierter/ Teilnahme an Konsensus-konferenz (2/2016)	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	PD Dr. Albert Lukas	4 Kein Stimmrecht bei Empfehlungen zu Instrumenten
Delegierter	Deutsche Schmerzliga e.V.	Prof. Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe	3
Delegierte/ Teilnahme an Konsensus-konferenz (2/2016)	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Dr. Sarwiga Riem	3
Delegierter/ Steuergruppenmitglied	Bundesverband Geriatrie e.V.	PD Dr. Matthias Schuler	4/ Nicht abgestimmt
Delegierter	Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle	3 (Stand 2011) Keine Teilnahme an abschließenden Konsensusprozessen
Delegierter	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	Dr. Rüdiger Thiesemann	3
Steuergruppenmitglied		Dr. Corinna Drebenstedt	4/ Kein Stimmrecht
Steuergruppenmitglied		Marjan Laekeman	3
Steuergruppenmitglied/ Koordinatorin		Jun.-Prof Dr. Erika Sirsch	4/ Kein Stimmrecht

(Bewertung der Interessenskonflikte: 1=kein Interessenkonflikt; 2= Konflikt hat keine Relevanz für die Leitlinie; 3=Konflikt mit geringer Relevanz für die Leitlinie; 4= Konflikt mit möglicherweise erheblicher Relevanz)

8. Verabschiedung, Gültigkeitsdauer und Verfahren zur Aktualisierung

Den Delphi-Konsensusverfahren und der abschließenden Konsensuskonferenz folgten Review Verfahren, in denen die Langfassung der Leitlinie und der Leitlinienreport durch externe Expertinnen und Experten überprüft wurden. Die Anmerkungen wurden entsprechend aufgenommen.

Die Vorstände bzw. Präsidien der beteiligten Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Organisationen wurden bis zum Sommer bzw. Herbst 2017 angeschrieben und um Überprüfung und schriftliche Zustimmung gebeten. Dabei wurden Anmerkungen, Anregungen und Veränderungswünsche ebenfalls aufgenommen. Im Anschluss erfolgte die endgültige Verabschiedung der Langversion durch die Mitglieder der Steuergruppe im Umlaufverfahren.

Es wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ein Minderheitenvotum abgegeben. Der Vorstand der Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) trägt laut Vorstandsbeschluss vom 20. Januar 2017 die Leitlinie nicht mit und hat dazu schriftlich am 31.01.2017 die folgende Begründung abgeben:

„Die Leitlinie in ihrer jetzigen Form ist sehr lang und umfassend, so dass der Vorstand der Meinung ist, dass sie deswegen für die Versorgung Schmerzkranker in der vollstationären Altenhilfe nicht optimal geeignet ist. Auch in Anbetracht der Tatsache, dass viele Inhalte der Leitlinie bereits in den Pflegeheimen umgesetzt werden und dass die Leitlinie unter anderem der Systematisierung dienen soll, wäre es von Vorteil, wenn sie prägnant ist mit Schwerpunkt auf den wesentlichen Aspekten. Der Vorstand kann der Leitlinie in der vorliegenden Form leider nicht zustimmen und hat mich [Anm. Fr. Dr. Hinz] gebeten Ihnen das mitzuteilen. Das Anliegen für eine gute und adäquate Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung in den Pflegeheimen wird vom Vorstand vollumfänglich unterstützt. Es ist in unser aller Interesse, dass in den Pflegeheimen eine gute Versorgung von Schmerzkranken erfolgt. Dazu ist es jedoch Voraussetzung, dass die Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ von allen, die an der Behandlung Schmerzkranker in der vollstationären Altenhilfe beteiligt sind, gelesen und umgesetzt wird, was in der jetzigen Form schwer vorstellbar ist.“ Dieses Votum wurde durch die Delegierte der Leitlinie Frau Dr. Hinz an die Koordinatorinnen der Leitlinie übermittelt, die Mitglieder der Steuergruppe bedauern diese Ausscheidung sehr, akzeptieren aber die Bedenken.

Die Gültigkeitsdauer der Leitlinie wird für fünf Jahre auf das Jahresende 2022 festgelegt. Aktuelle Veränderungen werden durch die Koordinatorinnen der Leitlinie regelhaft geprüft und ggf. Aktualisierung vorgezogen. Sollen diese erforderlich sein, werden Teilaktualisierungen im öffentlich zugänglichen Leitlinienregister der AWMF (<http://www-awmf-leitlinien.de>) ausgewiesen.

Gültig ist nur die jeweils aktuellste Version des AWMF-Registers.

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Mitglieder der Steuergruppe in alphabetischer Reihenfolge	9
Tabelle 2 Delegierte der beteiligten Fachgesellschaft und Interessengruppen	10
Tabelle 3 Teilnehmerinnen der Konsensuskonferenz 12. Februar 2016.....	14
Tabelle 4 Konsensstärken	16
Tabelle 5 Methodische Beratung.....	16
Tabelle 6 Externe Begutachtung der konsentierten Empfehlungen	17
Tabelle 7 Auswertung 1. Delphi-Verfahren/ Zirkel 2 zum Fragenkatalog (n= 19)	18
Tabelle 8 Übersicht der klinisch relevanten Fragen	21
Tabelle 9 Auswertung 2. Delphi-Verfahren/ Zirkel 1 zur Suchstrategie (n= 31)	22
Tabelle 10 Suchbegriffe zu Population und Setting	27
Tabelle 11 Suchbegriffe Frage 5.....	28
Tabelle 12 Suchbegriffe Frage 8.....	29
Tabelle 13 Suchbegriffe Frage 15.....	30
Tabelle 14 Suchbegriffe Frage 20.....	30
Tabelle 15 Suchbegriffe Frage 21.....	31
Tabelle 16 Suchbegriffe Frage 25.....	32
Tabelle 17 Suchbegriffe Frage 32.....	34
Tabelle 18 Suchbegriffe Frage 34.....	36
Tabelle 19 Suchbegriffe Frage 37.....	38
Tabelle 20 Ergebnisse der Datenbanksuche Erstsuche 01.01.2003 bis 31.12.2013.....	40
Tabelle 21 Ergebnisse der Datenbanksuche Nachsuche 01.01.2014 bis 31.12.2015.....	41
Tabelle 22 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 5.....	42
Tabelle 23 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 8.....	43
Tabelle 24 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 15.....	44
Tabelle 25 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 20.....	45
Tabelle 26 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 21.....	46
Tabelle 27 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 25.....	47
Tabelle 28 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 32.....	48
Tabelle 29 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 34.....	49
Tabelle 30 Dokumentation der Literaturrecherche zur klinische Frage 37.....	50
Tabelle 31 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 5.....	51
Tabelle 32 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 8.....	52
Tabelle 33 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 15.....	53
Tabelle 34 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 20.....	54
Tabelle 35 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 21.....	55
Tabelle 36 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 25.....	56
Tabelle 37 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 32.....	57

Tabelle 38 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 34.....	58
Tabelle 39 Dokumentation der Nachrecherche zur klinische Frage 37.....	59
Tabelle 40 Beispiel für ein Datenanalyseblatt:	61
Tabelle 41 Evidenztabelle der eingeschlossenen Primärliteratur.....	63
Tabelle 42 Graduierung der Empfehlungen	73
Tabelle 43 Empfehlungen mit einer Konsentierung von > 90% aus dem 3. Delphi-Verfahren ...	76
Tabelle 44 Empfehlungen mit einer Konsentierung von 90 - 75% aus dem 3. Delphi-Verfahren	85
Tabelle 45 Empfehlungen mit einer Konsentierung von < 75% aus dem 3. Delphi-Verfahren ...	97
Tabelle 46 Erklärungen über Interessenskonflikte der Delegierten/ Tabellarische	
Zusammenfassung.....	109
Tabelle 47 Erklärungen über Interessenskonflikte von Personen ohne Delegiertenstatus bzw.	
ohne Stimmrecht/ Tabellarische Zusammenfassung.....	117
Tabelle 48 Mögliche Interessenkonflikte & Konsequenzen (Stand Februar 2016).....	119

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Beteiligte im Leitlinienprozess (Sirsch et al. 2012: S. 411).....	13
Abbildung 2 Ablauf der Leitlinienerstellung	18

11. Literatur

- Abbey, J., N. Piller, A. De Bellis, A. Esterman, D. Parker, L. Giles & B. Lowcay (2004). "The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia." Int J Palliat Nurs **10**(1): 6-13.
- 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.
- Alm, A. K. & K. G. Norbergh (2013). "Nurses' opinions of pain and the assessed need for pain medication for the elderly." Pain Manag Nurs **14**(2): e31-38.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2008). "Deutsches Instrument zur methodischen Leitliniense Bewertung (DELBI)." Zugriff, von: http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi/pdf/delbi05_08.pdf.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2012). "Ständige Kommission Leitlinien. AWMF – Regelwerk Leitlinien." 1. Zugriff am: 15.02.2016, von: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-Regelwerk.html>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.). "Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien (2006)" Schriftenreihe 26 Zugriff am: 2016/02/16, von: <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe26.pdf>.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- Cadogan, M. P., M. O. Edelen, K. A. Lorenz, M. Jones, J. Yosef, T. Hascall, B. Simon, J. O. Harker, B. Ferrell & D. Saliba (2008). "The relationship of reported pain severity to perceived effect on function of nursing home residents." J Gerontol A Biol Sci Med Sci **63**(9): 969-973.
- Cadogan, M. P., J. F. Schnelle, N. R. Al-Sammarrai, N. Yamamoto-Mitani, G. Cabrera, D. Osterweil & S. F. Simmons (2006). "A standardized quality assessment system to evaluate pain detection and management in the nursing home." J Am Med Dir Assoc **7**(3 Suppl): S11-19, s10.
- 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.
- Closs, S. J., B. Barr & M. Briggs (2006). "Reporting of painful conditions in nursing homes." J Clin Nurs **15**(9): 1203-1205.
- 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.
- 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.
- Fuchs-Lacelle, S. & T. Hadjistavropoulos (2004). "Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC)." Pain Manag Nurs **5**(1): 37-49.

- 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. K. (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.
- Guyatt, G., A. D. Oxman, E. A. Akl, R. Kunz, G. Vist, J. Brozek, S. Norris, Y. Falck-Ytter, P. Glasziou, H. DeBeer, R. Jaeschke, D. Rind, J. Meerpohl, P. Dahm & H. J. Schunemann (2011). "GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables." J Clin Epidemiol **64**(4): 383-394.
- 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., P. Voyer, D. Sharpe, R. Verreault & M. Aubin (2008). "Assessing pain in dementia patients with comorbid delirium and/or depression." Pain Manag Nurs **9**(2): 48-54.
- Halifax, E. (2013). How certified nursing assistants understand their residents' pain. Dissertation Ph.D, University of California.
- Hoffmann, J., I. Fischer, W. Höhne, M. Zeitz & H. Selbmann (2004). "Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensusempfehlungen." Zeitschrift für Gastroenterologie **42**(9): 84-87.
- 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., A. L. Nichols, C. A. Schapson & K. Vietes (2007). "Assessing pain in persons with dementia: relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations." Pain Manag Nurs **8**(2): 77-85.
- Jones, K. R., R. M. Fink, L. Clark, E. Hutt, C. P. Vojir & B. K. Mellis (2005). "Nursing home resident barriers to effective pain management: why nursing home residents may not seek pain medication." J Am Med Dir Assoc **7**(3 Suppl): S21-28, 20.
- 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 581-568.
- 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.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord. (2009). "INFO - Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie." Zugriff am: 22.03.2016, von: http://www.kcgeriatrie.de/assessment_1.htm
- 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.

- 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.
- Lukas, A., J. B. Barber, P. Johnson & S. J. Gibson (2013). "Observer-rated pain assessment instruments improve both the detection of pain and the evaluation of pain intensity in people with dementia." Eur J Pain **17**(10): 1558-1568.
- Lukas, A., B. Mayer, G. Onder, R. Bernabei & M. D. Denkinger (2015). "Schmerztherapie in deutschen Pflegeeinrichtungen im europäischen Vergleich. Ergebnisse der SHELTER-Studie." 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.
- 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.
- 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 Manag Nurs **5**(3): 118-125.
- Mokkink, L. B., C. B. Terwee, D. L. Knol, P. W. Stratford, J. Alonso, D. L. Patrick, L. M. Bouter & H. C. de Vet (2010). "The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content." BMC Med Res Methodol **10**: 22.
- 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.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2012). "The guidelines manual (appendices), Appendix H Methodology checklist: qualitative studies." Zugriff, von: http://www.h2mw.eu/redactionmedicale/2011/07/NICE_GuidelinesManualAppendixH.PDF.
- National Institute of Clinical Studies NICS. (2006). "Assessing the Implementability of Guidelines " Zugriff am: 2017/12/09, von: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/summary_report_assessing_implementability_guidelines.pdf.
- Reuschenbach, B. (2011). Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. 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.
- Schrems, B. (2003). Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien, Facultas Verlag.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network & (SIGN). (2008). "SIGN 50, A guideline developer's handbook " Zugriff am: 25.05.2011, von: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Seiderer-Nack, J. & A. Sternfeld (2012). Anamnese und körperliche Untersuchung, Lehmanns Media.
- Selbmann, H. K. & I. Kopp (2005). "Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag." Die Psychiatrie - Grundlagen und Perspektiven **2**(1): 33-38.
- 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., S. Zwakhalen & I. Gnass (2015). "Schmerzassessment und Demenz – Deutschsprachige Ergebnisse eines europäischen Surveys. ." Beltz Juventa. Pflege&Gesellschaft **20. Jg**: H 4.
- 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.
- 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.
- 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.
- Wilkinson, J. (2007). Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern, Verlag Hans Huber.
- Wilkinson, J. (2012). Nursing Process and Critical Thinking. Upper Saddle River, Pearson,.
- World Health Organisation (WHO) (2012). Definition of an older or elderly person, Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project. **2012**.
- 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 (2012a). "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 (2012b). "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.