

Schmerz 2012 · 26:410–418
 DOI 10.1007/s00482-012-1209-6
 Online publiziert: 20. Juli 2012
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Published by Springer-Verlag -
 all rights reserved 2012

E. Sirsch¹ · M. Schuler² · T. Fischer³ · I. Gnass⁴ · M.A. Laekeman¹ · C. Leonhardt⁵ ·
 E. Berkemer⁶ · C. Drebenstedt⁷ · E. Löseke⁸ · G. Schwarzmann⁹ · K. Kopke¹⁰ ·
 A. Lukas¹¹

¹ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten

² Diakoniekrankenhaus Mannheim

³ Evangelische Hochschule Dresden

⁴ Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

⁵ Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

⁶ Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

⁷ Klinikum Nürnberg

⁸ Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn

⁹ Universitätsklinikum Frankfurt

¹⁰ Leuphana Universität Lüneburg

¹¹ Agaplesion Bethesda Klinik Ulm

Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe

Methodenpapier zur S3-Leitlinie

In Einrichtungen der stationären Altenhilfe wird durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz [10] eine Einschätzung von Schmerz gefordert. Die aktuell in Deutschland zur Verfügung stehenden Standards und Leitlinien [11] beschreiben allerdings überwiegend die Selbsteinschätzung von Schmerz in nichtgeriatrischen Bereichen. Die Forschung der letzten Jahre macht deutlich, dass eine Neubewertung des Schmerzassessments, insbesondere bei älteren Menschen, erforderlich ist. Daher entwickelt der Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ der Deutschen Schmerzgesellschaft in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, eine S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“.

Warum diese Leitlinie?

Bereits vor mehr als 10 Jahren wurde angenommen [6], dass jeder vierte ältere

Mensch an ständig vorhandenen oder rezidivierenden Schmerzen leidet. Fox et al. [15] beschrieben ebenfalls, dass die Hälfte aller in einem Heim lebenden Senioren keine bzw. eine nicht adäquate schmerztherapeutische Versorgung erhielten, obwohl sie unter relevanten Schmerzen litten. Eine aktuelle repräsentative Erhebung bei selbst auskunftsfähigen Menschen in Berliner und Brandenburger Pflegeeinrichtungen zeigt noch immer eine Schmerzprävalenz von 57% (n=560; [13]). Auch Achterberg et al. [1] geben in einer Untersuchung aus den Niederlanden, Finnland und Italien eine Prävalenz von Schmerz bei pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen von 32–57% (n=5761) an. Zur aktuellen Versorgungssituation in der Schmerzbehandlung alter Menschen liegen allerdings kaum Daten vor [12, 33]. Schmerzen werden von den Mitarbeitern in den Einrichtungen oft nicht erkannt oder unterschätzt, oder aus Schmerzäußerungen werden nicht die richtigen und kon-

sequenten Folgerungen hin zu einer adäquaten Schmerztherapie gezogen [16]. Diese Probleme sind bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz und Schwierigkeiten der Kommunikation noch ausgeprägter [2]. Gerade für Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist daher eine Leitlinie zum Schmerzassessment als Basis einer erfolgreichen Schmerztherapie von großer Bedeutung.

Adressaten der Leitlinie sind ältere, uneingeschränkt kommunikationsfähige Menschen, aber auch in ihrer Kommunikation beeinträchtigte Menschen oder Menschen mit Demenz, die teilweise oder gänzlich nur durch ihr (verändertes) Verhalten Schmerzen ausdrücken können [35].

Ziel der Leitlinie

Die wissenschaftliche Beweislage bestehender Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung soll gesichtet, bewertet und für die Praxis interpretiert wer-

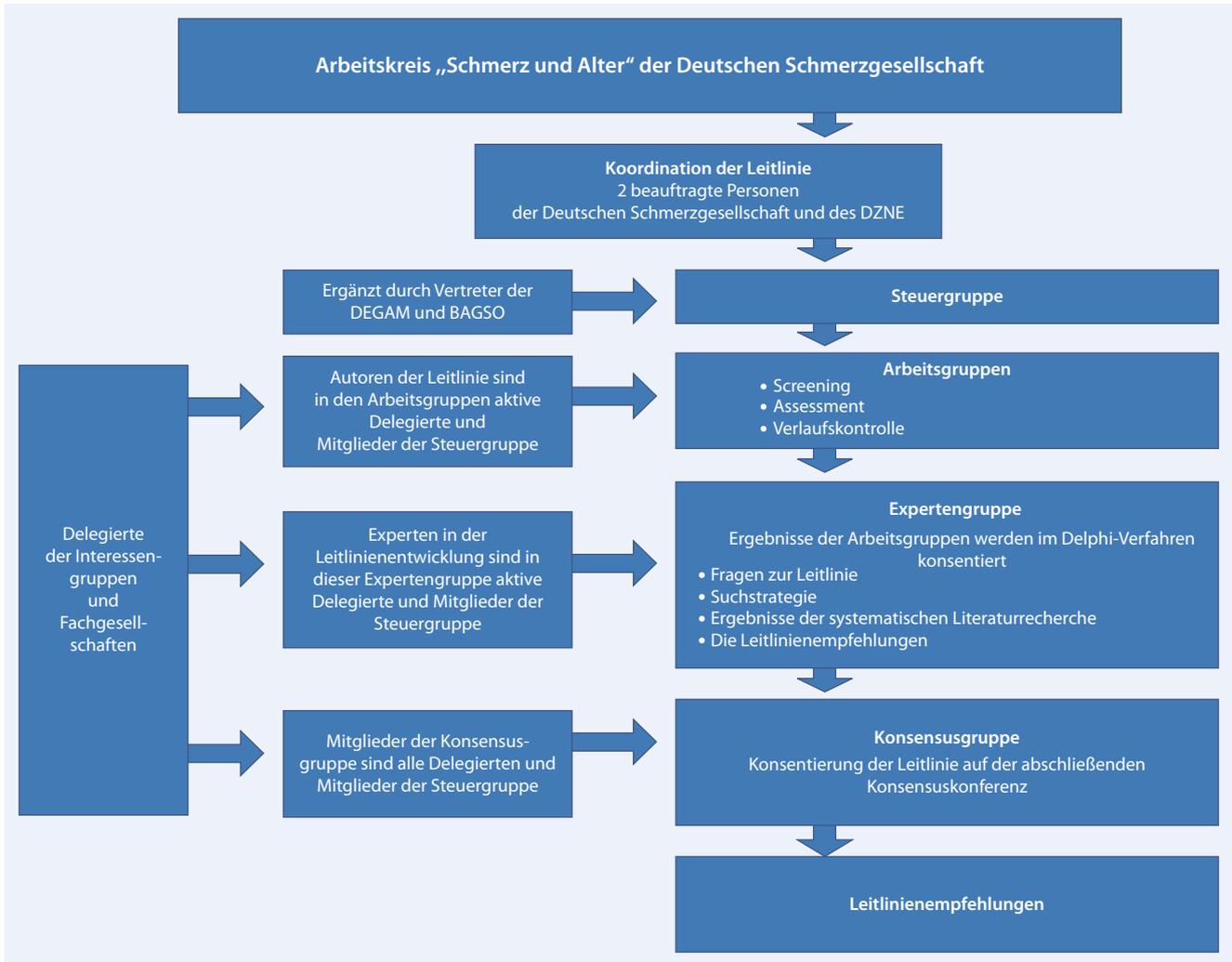


Abb. 1 ▲ Beteiligte Personen im Ablauf der Leitlinienentwicklung. BAGSO Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen; DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; DZNE Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen

den. Ebenso sollen der Nutzen bzw. die Verbesserungspotenziale des Schmerzassessments für die Versorgungspraxis aufgezeigt werden.

Die Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ soll zur Optimierung der Schmerzerkennung als Voraussetzung einer gezielten Schmerztherapie für Bewohner in Einrichtungen der vollstationären Altenhilfe beitragen.

Definitionen der Begriffe „alter Mensch“ und „stationäre Altenhilfe“

Dieser Leitlinie wurden folgende Definitionen der Begriffe „alter Mensch“ und „stationäre Altenhilfe“ zugrunde gelegt:

- Mit „alter Mensch“ wird in dieser Leitlinie, entsprechend der Diskussion zur Definition durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO; [34]), eine Person bezeichnet, die ≥ 65 Jahre alt ist.
- Der Begriff „vollstationäre Altenhilfe“ bezieht sich auf Einrichtungen, die nach § 71 Abs. 2 SGB XI [32] vollstationäre Einrichtungen sind, die Leistungen ganztägig anbieten.

„Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) (...) sind selbständig 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 gepflegt werden können.“

Finanzierung der Leitlinie

Die Erstellung der Leitlinie wird im Wesentlichen durch die Kooperation der Deutschen Schmerzgesellschaft und des DZNE, Witten, getragen. Am DZNE sind das Leitliniensekretariat, eine Viertelstelle zur Koordination sowie eine Promotion, welche die Implementierung begleitet, angesiedelt. Jede weitere Mitarbeit an der Entwicklung der Leitlinie erfolgt ohne Vergütung für die beteiligten Personen.

Steuergruppe der Leitlinie

Die Leitlinie wurde durch den ehemaligen und den derzeitigen Sprecher des Arbeitskreises „Schmerz und Alter“ der Deutschen Schmerzgesellschaft angeregt. Es fanden dazu mehrere vorbereitende Sitzungen statt, auf denen u. a. die beiden Koordinatoren der Leitlinie benannt wurden. Aus dem Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ heraus wurde eine interdisziplinär besetzte Steuergruppe zur Leitlinie gegründet. Sie wird inzwischen durch einen Delegierten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie eine Interessenvertreterin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V. ergänzt. Die inhaltliche und redaktionelle Verantwortung für die Empfehlungen der Leitlinie liegt bei der Steuergruppe.

Beteiligte Fachgesellschaften und Interessengruppen

Die Leitlinie soll möglichst alle Anwendergruppen und insbesondere die Betroffenen einbeziehen. Daher wurden neben wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch für die stationäre Altenhilfe relevante, nichtkommerzielle Interessengruppen um Teilnahme gebeten. Es sind aktuell 38 Fachgesellschaften und Interessengruppen an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt. Diese sind auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF; <http://www.awmf.org>) ausgewiesen.

Interessenkonflikte

Alle an der Entwicklung der Leitlinie beteiligten Personen müssen ihre Interessenkonflikte schriftlich darlegen. Diese werden durch die Steuergruppe auf ihre Relevanz und Unbedenklichkeit hin geprüft. Nur dann ist eine Teilnahme an der Leitlinienerstellung möglich [7]. Bei der Entwicklung dieser Leitlinie besteht insofern eine besondere Situation, als dass Mitglieder der Steuergruppe an der Entwicklung, Testung, Übersetzung und/oder Implementierung von Instrumenten zur Einschätzung von Schmerz in

Schmerz 2012 · 26:410–418 DOI 10.1007/s00482-012-1209-6

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012

E. Sirsch · M. Schuler · T. Fischer · I. Gnass · M.A. Laekeman · C. Leonhardt · E. Berkemer · C. Drebenstedt · E. Löseke · G. Schwarzmann · K. Kopke · A. Lukas

Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe. Methodenpapier zur S3-Leitlinie

Zusammenfassung

Derzeit liegen für den deutschsprachigen Raum keine Leitlinien zum Schmerzassessment speziell bei älteren Menschen vor. Dabei wird ein systematisches Schmerzmanagement in Einrichtungen der Altenhilfe durch den Gesetzgeber gefordert. Für diese spezielle Gruppe, insbesondere für Menschen mit Demenz, fehlt es allerdings in Deutschland an geeigneten interdisziplinären Orientierungen für die Versorgungspraxis. Der Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ der Deutschen Schmerzgesellschaft hat daher gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, die Entwicklung einer interdisziplinären S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ initiiert. Das durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissen-

schaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sowie im Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstrument (DELBI) beschriebene Prozedere liegt dieser Arbeit zugrunde. Auf 3 unterschiedlichen Ebenen können sich die Delegierten der derzeit 38 beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Interessengruppen an der inhaltlichen Arbeit beteiligen. Dieser Artikel beschreibt das methodische Vorgehen der Leitlinienentwicklung.

Schlüsselwörter

Leitlinie · Schmerzassessment · Alte Menschen · Stationäre Altenhilfe · Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

Pain assessment in elderly nursing home residents. Methods paper for the S3-guideline development

Abstract

In Germany, there is currently no guideline for pain assessment in elderly people. Pain management in nursing home residents is, however, legally required. For this particular group, especially for people with dementia, suitable interdisciplinary orientations for health care are lacking in Germany. The working group "Pain and Age" of the German Pain Society ("Deutschen Schmerzgesellschaft") in conjunction with the German Centre for Neurodegenerative Diseases ("Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen"), Witten, has embarked on the development of interdisciplinary S3-Guideline for "Pain Assessment in Elderly People in Nursing Homes"; based on the methodology suggested by the Association of the Scientific Medi-

cal Societies ("Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V."), the German Agency for Quality in Medicine ("Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin"), and that described in the DELBI ("Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstrument"). Delegates of the 38 scientific societies and interest groups currently participating can contribute to the contents on three different levels. The present article outlines the methods for developing the guideline.

Keywords

Guideline · Pain assessment · Elderly · Nursing homes · Quality of health care · Evidence-based medicine

Deutschland beteiligt waren. Diese Personen werden sich bei Abstimmungen zu diesen Teilaspekten enthalten. Im abschließenden Methodenreport zur Leitlinie werden – entsprechend dem durch die AWMF definierten Verfahren [7] – die Erklärungen zu den Interessenkonflikten der beteiligten Personen detailliert dargestellt und veröffentlicht.

Beteiligung der Delegierten

Alle Delegierten können sich an der inhaltlichen Entwicklung der Leitlinie auf allen Ebenen beteiligen (■ **Abb. 1**), einerseits als Mitautor in einer Arbeitsgruppe, andererseits als Experte an der Konsentierung der einzelnen Arbeitsschritte. Die Teilnahme sollte allerdings dauerhaft er-

Tab. 1 Bewertung der Konsensstärke. (Nach [22])	
Starker Konsens	≥95% der Teilnehmer
Konsens	≥75–95% der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	≥50% der Teilnehmer
Kein Konsens	<50% der Teilnehmer

Tab. 2 Darstellung der Empfehlungsgrade	
Starke Empfehlung für eine Maßnahme	↑↑
Empfehlung für eine Maßnahme	↑
Empfehlung offen	↔
Empfehlung gegen eine Maßnahme	↓
Starke Empfehlung gegen eine Maßnahme	↓↓

folgen, um die Kontinuität des Prozesses zu gewährleisten. Die Minimalvoraussetzung für eine Beteiligung ist die Teilnahme an der Konsentierung der Gesamtleitlinie zum Abschluss. Die jeweilige Beteiligung wird im abschließenden Methodenreport ausgewiesen.

Arbeitsgruppen

Die Empfehlungen der Leitlinie werden im Wesentlichen durch die Autoren der Leitlinie in Arbeitsgruppen erarbeitet. Autoren der Leitlinie sind Steuergruppenmitglieder und auf dieser Ebene aktive Delegierte, die dauerhaft in dieser Gruppe engagiert sind. Die Arbeitsgruppen haben die Schwerpunkte:

- Screening von Schmerz bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe,
- Assessment von Schmerz bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe und
- Verlaufserfassung von Schmerz bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe.

Um bei allen Arbeitsgruppenmitgliedern möglichst vom gleichen methodischen Kenntnisstand ausgehen zu können, wurde ein 1-tägiger Workshop zur Literatursuche und methodischen Bewertung der

Literatur abgehalten. Als Minimalvoraussetzung wird der Wissensstand analog zu einem Lehrbuch zur evidenzbasierten Pflege vorausgesetzt [8].

Expertengruppe

Experten sind Delegierte und Steuergruppenmitglieder, die die Ergebnisse der Arbeitsgruppen anhand des Delphi-Verfahrens diskutieren und konsentieren (▣ Tab. 1).

In 4 Delphi-Verfahren werden die Fragen zur Leitlinie, die Suchstrategie, die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und die Empfehlungen durch die Expertengruppe konsentiert. Die Experten, die an dieser Konsentierung teilnehmen, sollten dauerhaft in dieser Gruppe aktiv sein.

Konsensusgruppe

In der Konsensusgruppe sind alle Delegierten und Steuergruppenmitglieder vertreten. Die Konsensusgruppe trifft sich zum Abschluss der Leitlinienarbeit und konsentiert die durch Arbeits- und Expertengruppen erarbeiteten Ergebnisse zu den Empfehlungen der Leitlinie. Für die Empfehlungen wird ein starker Konsens angestrebt (▣ Tab. 1), Minderheitenvoten werden auf Wunsch ausgewiesen.

Für am Konsensusprozess beteiligte Fachgesellschaften und Interessengruppen gilt, dass die Konsentierung der Leitlinie durch das jeweilige Präsidium bestätigt werden muss.

Einbeziehung der Betroffenenperspektive

Nach Sichtung der aktuellen Literatur ist davon auszugehen, dass einer systematischen Schmerztherapie die systematische Erfassung von Schmerz vorausgehen sollte [19, 21] und dass dies auch im Interesse der betroffenen Personen liegt [12]; insbesondere, da durch die Forderung nach der Umsetzung von nationalen Expertenstandards in der Pflege [11] bereits Verpflichtungen zum Schmerzassessment für Einrichtungen der stationären Altenhilfe bestehen [32].

Die Präferenzen und Perspektiven der betroffenen Personen sollen in die Leitli-

nie einbezogen werden [30]. Die BAGSO wurde daher um Teilnahme gebeten. Die Delegierten der BAGSO werden die Präferenzen und Bedürfnisse der Senioren aus deren Perspektive vertreten. Es wird eine Literaturrecherche zu Präferenzen der Betroffenen erfolgen, deren Ergebnisse in die Leitlinie einfließen. Die Relevanz der Leitlinie für Betroffene wird durch ein Reviewverfahren überprüft.

Methodisches Vorgehen

Zum ersten Konsensustreffen im Juni 2011 stellten die Koordinatoren der Leitlinie ein vorläufiges Methodenpapier vor. Im Anschluss wurde es von der Steuergruppe in Absprache mit den externen Beratern modifiziert und liegt nun in der revidierten Fassung vor. Das methodische Vorgehen richtet sich am durch die AWMF und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) beschriebenen Prozedere und dem Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstrument (DELBI; [3]) aus. Ebenso werden das Handbuch des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN; [31]) und Arbeiten der Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group [17] zur Entwicklung von Leitlinien herangezogen.

Hauptfragen

Die Steuergruppe entwickelte zur ersten Konsensuskonferenz klinisch relevante Fragen. Daraus werden Haupt- oder Schlüsselfragen identifiziert, die wenn möglich entsprechend dem PIKE-Schema (engl. PICO) formuliert sind und jeweils Aspekte zur Person, Intervention, Kontrollintervention und zum Ergebnismaß enthalten [27, 28]. Nach Festlegung der Hauptfragen werden diese durch die Steuergruppe priorisiert und die Suchstrategie wird festgelegt. Ziel ist es, möglichst zu allen Fragen eine Empfehlung zu formulieren. Dazu werden auch Quelleitlinien herangezogen.

Literatursuchstrategie

Zunächst werden internationale Leitlinien, soweit möglich, systematisch ermittelt (z. B. auf <http://www.awmf-online>).

de, <http://www.leitlinien.de>, <http://www.g-i-n.net>, <http://www.guideline.gov>), bewertet und zusammengefasst. Die Recherche nach Originalarbeiten wird in den relevanten Datenbanken, z. B. PubMed, CINAHL, Cochrane Library und Embase, erfolgen.

Neben der systematischen Suche in Datenbanken wird auch ein „citation tracking“ in identifizierten Publikationen erfolgen. Ebenso ist ein „forward citation tracking“ [5] geplant. Dabei wird gezielt nach der Zitierung der identifizierten Publikationen in weiteren Quellen wie Google Scholar und Scopus gesucht. Die Suchhistorie wird aufgezeigt und dokumentiert. Der Vorschlag zur Literatursuchstrategie wird durch die Experten-Gruppe im zweiten Delphi-Verfahren konsentiert. Weitere relevante Literatur kann ggf. durch die Experten ergänzt werden.

Bewertung der Ergebnisse der Literaturrecherche und Ausweisung der Evidenzstufen

Die erste Auswahl der Publikationen erfolgt nach festgelegten Kriterien anhand der Sichtung von Titeln und Abstracts durch 2 unabhängige Personen; ebenso wie die systematische Analyse der eingeschlossenen Literatur. Möglicherweise sind nicht für alle Fragestellungen Studien in hoher Qualität publiziert, sodass nicht nur auf Publikationen mit der höchsten Evidenz zurückgegriffen werden kann.

Die methodischen Bewertungen der einzelnen Publikationen erfolgen anhand eines strukturierten Bewertungskatalogs (SIGN). Dabei wird auf eine für das jeweilige Studiendesign geeignete Einschätzungshilfe zurückgegriffen. Das Studiendesign bestimmt dabei die primäre Zuordnung zur Evidenzklasse.

Die Evidenz wird als hohe, mittlere, geringe und sehr geringe Evidenz graduiert und in den Arbeitsgruppen in einem Bewertungsschema hinterlegt. Die GRADE Working Group definiert [18, 28] hohe Qualität der Evidenz mit der *Unwahrscheinlichkeit*, dass weitere Forschung das Vertrauen in den beobachteten Effekt verändert. Bei einer moderaten Qualität der Evidenz wird weitere Forschung sich vermutlich erheblich auf das Vertrau-

en in den Effekt auswirken, *möglicherweise* verändert er sich auch. Eine niedrige Qualität wird beschrieben, wenn sich weitere Forschung sehr wahrscheinlich auf das Vertrauen in eine Maßnahme auswirkt, wobei sich auch der Effekt *wahrscheinlich* verändert. Eine sehr niedrige Qualität geht mit *sehr großer Unsicherheit* einher.

Eine sehr hohe Evidenz wird z. B. in einer qualitativ hochwertigen Metaanalyse mit mehreren randomisierten, kontrollierten Studien belegt, bei geringer Evidenz hingegen kann die Datenquelle z. B. eine Fallstudie sein. Allerdings wird in der GRADE-Bewertung beschrieben, dass „Evidenz aus nicht randomisierten Studien unter besonderen Umständen als hohe Qualität eingestuft werden kann und dass diese Studien zu starken Empfehlungen führen können“ ([28], S. 396).

Qualitative Studien, durch die ein relevanter Beitrag zur Entwicklung der Leitlinie zu erwarten ist, werden ebenfalls einbezogen und methodisch in Anlehnung an eine Checkliste des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE; [26]) bewertet.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche und Graduierung der Evidenz werden in Evidenztabelle ausgewiesen. Dabei wird zwischen Fehlen von Evidenz, Evidenz für fehlenden Nutzen und Unklarheit bezüglich des Nutzens unterschieden [23]. Die Bewertung erfolgt durch 2 unabhängige Personen. Sollte es zu keiner Übereinstimmung kommen, wird die Steuergruppe mit dem Ziel der Konsensfindung einbezogen.

Abschließend erfolgt eine Konsentierung der Zuordnung zu den Evidenzklassen durch die Experten im dritten Delphi-Verfahren.

Handlungsempfehlungen zur Leitlinie

Grundlage für die Formulierung von Handlungsempfehlungen ist der jeweilige Grad der Evidenz, wobei starke oder abgeschwächte Empfehlungen gegeben werden können. Der Grad der Empfehlung „wird definiert als das Ausmaß an Sicherheit, dass die wünschenswerten Konsequenzen einer Behandlung ihre unerwünschten Folgen überwiegen“ ([28],

S. 392). Bei den jeweiligen Empfehlungen müssen Nutzen und Schaden abgewogen werden. Die Empfehlungen werden in Anlehnung an die GRADE Working Group [4, 17] formuliert. Dabei kann jeweils eine „Empfehlung“ oder eine „starke Empfehlung“ für eine Handlungsempfehlung ausgesprochen werden, wobei auch die Möglichkeit der offenen Empfehlung gegeben ist. Die Klassifizierung ist in **Tab. 1** dargestellt.

In der Regel ist eine starke Empfehlung für oder gegen eine Maßnahme an eine hohe Evidenz gekoppelt. Empfehlungen der Leitlinie können allerdings in begründeten Fällen davon abweichen, z. B., wenn Studienergebnisse, die zu Empfehlungen führen, herauf- bzw. herabgestuft werden. Für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) werden dabei, neben ethischen Verpflichtungen, als besonders relevant beschrieben ([9], S. 9):

- „die Patientenpräferenzen;
- die Effektstärken und die Konsistenz der Studienergebnisse;
- die klinische Relevanz (Eignung der Effektivitätsmaße der Studie für die Versorgung, Relevanz der Kontrollgruppen und verwendeten Dosierungen);
- das Verhältnis zwischen erwünschten und unerwünschten Behandlungsergebnissen;
- pathophysiologische und klinische Plausibilitäten;
- die Anwendbarkeit auf die Patientenzielgruppe der NVL;
- die Umsetzbarkeit der NVL (Leistungsfähigkeit, Ressourcenbedarf und -verbrauch etc.) und
- die Nahtstellen zwischen den Leistungserbringern.“

Einer möglichen Herauf- oder Herabstufung der Evidenz von Originalarbeiten wurden Publikationen der GRADE Working Group [17, 29] in der deutschen Übersetzung und Bearbeitung von Köpcke et al. [23] zugrunde gelegt (**Tab. 3**).

Die Vorlagen zu den Empfehlungen werden im vierten Delphi-Verfahren durch die Experten konsentiert. Im Anschluss an dieses vierte Delphi-Verfahren werden die so vorbereiteten Empfehlungen auf der abschließenden Konsensuskonferenz der Gesamtgruppe vorge-

Tab. 3 Stufung der Empfehlungen. (Modifiziert nach [17, 23])

Studiendesign	Grad der Evidenz	Herabstufung	Heraufstufung
Z. B. Metaanalysen oder randomisierte, kontrollierte Studien	Hoch	Risiko für Bias: Schwerwiegend; -1	Große konsistente Effekte: groß; +1
		Sehr schwerwiegend; -2	sehr groß; +2
	Mittel	Inkonsistenz: Schwerwiegend; -1	Nachweis einer Dosis-Wirkungs-Beziehung: +1
		Sehr schwerwiegend; -2	
Z. B. Beobachtungsstudien oder Fallstudien	Gering	Indirekte Evidenz: Schwerwiegend; -1	Alle verbleibenden plausiblen Confounder reduzieren möglicherweise den beobachteten Effekt: +1
		Sehr schwerwiegend; -2	
		Unpräzise Ergebnisse: Schwerwiegend; -1	
		Sehr schwerwiegend; -2	
	Sehr gering	Publikationsbias: Schwerwiegend; -1	
		Sehr schwerwiegend; -2	

legt und durch alle beteiligten Delegierten endgültig konsentiert.

Zur Entlastung der Experten ist beabsichtigt, die Anzahl der Treffen der Expertengruppen so weit wie möglich zu reduzieren und eine Internetplattform zum Arbeitsaustausch zu nutzen. Dazu werden ergänzend Onlinebefragungen (LimeSurvey) zur Konsentierung im Delphi-Verfahren eingerichtet.

Externes Review und Geltungsdauer der Leitlinie

Die Leitlinie soll durch unbeteiligte Experten begutachtet werden. Dazu werden 4 Experten aus dem wissenschaftlichen und klinischen Bereich gebeten, ein schriftliches Gutachten anzufertigen. Um auch hierbei die Betroffenenperspektive zu berücksichtigen, soll die Leitlinie durch Betroffene auf ihre Relevanz und Praxis-tauglichkeit hin geprüft werden.

Die Geltungsdauer der Leitlinie wird mit maximal 5 Jahren festgelegt. Im Sinne einer „living guideline“ ist, wenn erforderlich, eine raschere Aktualisierung möglich. Dabei erfolgt z. B. zu aktuellen Anlässen und/oder bei schnellem Anpassungsbedarf die Aktualisierung durch ein Delphi-Verfahren, z. B. als Onlinebefragung.

Externe Begleitung

Eine Begleitung der Leitlinienentwicklung erfolgt durch jeweils einen Vertreter der AWMF, des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) und des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Diesen Personen wurde das Methodpapier vorgelegt, des Weiteren werden ihnen alle Protokolle und Aufzeichnungen zugänglich gemacht, die im Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung erstellt werden. Die externen Begleiter werden gebeten, das Vorgehen zur Leitlinienentwicklung schriftlich zu kommentieren, ggf. Anmerkungen zu Verbesserungen zu machen und/oder auf Probleme hinzuweisen. Es wird Konsens angestrebt. Lässt sich dieser nicht erreichen, wird die ggf. abweichende Position schriftlich ausgewiesen.

Ethische Aspekte der Leitlinie

Im aktuellen Health-Technology-Assessment (HTA)-Bericht „Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- und Fehlversorgung“ wird darauf verwiesen, dass insbesondere auf der Handlungsebene „be-

sonders verletzbare Patientengruppen, wie (...) alte und mental eingeschränkte Patienten zu beachten sind“ ([12], S. 6). Das setzt voraus, dass Schmerz vor der Behandlung nicht übersehen, unterschätzt oder missachtet wird [2]. Ältere Menschen und ihre Angehörigen oder Personen, die diese anwaltliche Position für sie einnehmen, haben ein Recht auf Selbstbestimmung und „informed consent“, unabhängig vom kognitiven Status [20, 25]. Das bedeutet, dass Informationen zu ihrem Schmerzmanagement so an die Betroffenen gegeben werden oder von ihnen eingeholt werden, wie es ihrem gesundheitlichen und kognitiven Status entspricht. Daher erscheint eine systematische Erfassung von Schmerzen ein dringend erforderlicher Schritt, um gerade bei älteren, z. T. nicht mehr auskunftsfähigen Menschen eine Reduktion von Lebensqualität durch eine Nichtbeachtung von Schmerz zu verhindern. Die Schmerzbehandlung ist besonders bei Menschen in der palliativen Versorgung ein Grundrecht [12], das von dieser Personengruppe meist nicht mehr aktiv eingefordert werden kann. Sie benötigen eine systematische Erfassung, um eine Schmerzreduktion zu erfahren, aber auch um eine Über- oder Fehlversorgung ggf. zu verhindern. Dabei kann diese Leitlinie der erste Schritt sein. An ihre Fertigstellung sollte sich eine weitere Leitlinie zu schmerzreduzierenden Interventionen anschließen.

Implementierung und Verbreitung der Leitlinie

Im Rahmen der Leitlinienentwicklung werden Qualitätsindikatoren entwickelt, anhand derer die Versorgungsqualität des Schmerzassessments bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe in einer begleitenden Promotionsarbeit evaluiert wird [14, 24]. Details zur Implementierung und Evaluation werden spezifisch publiziert. Zur Endfassung der Leitlinie, die für Mitte 2013 geplant ist, soll eine Kurz- und Langversion entstehen. Ebenso ist eine Version der Leitlinie für Betroffene und Angehörige (Patientenleitlinie, Patienteninformation) geplant, die zur Verbreitung beitragen soll.

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Fazit für die Praxis

Schmerzmanagement bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe ist ein elementarer Beitrag zur Versorgungsqualität der betroffenen Menschen. Die Prävalenz von Schmerz in dieser Gruppe ist hoch und die Schmerzerkennung gerade bei vulnerablen Gruppen wie Menschen mit Demenz noch unzureichend etabliert. Eine evidenzbasierte Leitlinie zum Schmerzassessment ist in diesem Zusammenhang ein erster und wichtiger Schritt. Durch ein systematisches Schmerzassessment kann Schmerz häufig erst erkannt und damit behandelt werden. An diesem Assessment in der stationären Altenhilfe sind neben den betroffenen Personen und deren Angehörigen sehr unterschiedliche Disziplinen beteiligt, z. B. Ärzte, Pfleger, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten. Das spiegelt sich auch in der Beteiligung unterschiedlicher Gruppen an der Entwicklung dieser Leitlinie wider. Nicht zuletzt dadurch soll die weite Akzeptanz und Verbreitung eines evidenzbasierten Schmerzassessments bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe erreicht werden.

Korrespondenzadresse

E. Sirsch

Deutsches Zentrum für
Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)
6250
58453 Witten
leitlinie-schmerz@dzne.de

Danksagung. Wir bedanken uns für die Beratung zum methodischen Vorgehen bei Ina Kopp (AWMF e. V.), Gabriele Meyer (DNEbM e. V.) und Andreas Büscher (DNQP). Gleichzeitig danken wir allen Delegierten für ihr Engagement.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H et al (2010) Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands. *Pain* 148:70–74
- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) Clinical practice guidelines: the management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 50:205–224
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2008) Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). In: Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (Hrsg). http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi/pdf/delbi05_08.pdf. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- Atkins D, Eccles M, Flottorp S et al (2004) Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches. The GRADE Working Group. *BMC Health Serv Res* 4:38
- Bakkalbasi N, Bauer K, Glover J et al (2006) Three options for citation tracking: Google Scholar, Scopus and Web of Science. *Biomed Digit Libr* 3:7
- Basler HD (1998) Schmerz und Alter. Ein vernachlässigtes Gebiet? Stand der Forschung und offene Fragen. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. <http://www.dgss.org>. Zugegriffen: 2. Januar 2012
- Bauer H, Gogol G, Graf-Baumann T et al (2010) Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften. http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/empfo-coi.pdf. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- Behrens J, Langer G (2010) Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Hans Huber, Bern
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBK), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010) Programm für Nationale Versorgungsleitlinien, Methoden-Report. In: Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/reports>. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2008) Sozialgesetzbuch XI (SGB XI), Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, § 113
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen – 1. Aktualisierung. Fachhochschule Osnabrück. <http://www.dnqp.de/>. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- Dietl M, Korczak D (2011) Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. In: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg) Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA), Bd. 111. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information Köln. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta301_bericht_de.pdf. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- Dräger D, Ellert S, Kölsch M et al (o J) Autonomie trotz Schmerz? Ressourcen und Barrieren in der Lebenswelt des Pflegeheimbewohners. In: Kuhlmeier A, Tsch-Römer C (Hrsg) Autonomie trotz Multimorbidität im Alter. Huber, Bern (im Druck)
- Etzioni S, Chodosh J, Ferrell BA et al (2007) Quality indicators for pain management in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 55(Suppl 2):403–408
- Fox PL, Raina P, Jadad AR (1999) Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *CMAJ* 160:329–333
- Gnass I, Sirsch E (2009) Schmerzassessment bei Menschen mit Bewusstseinsbeeinträchtigungen. In: Bartholomeyczik S, Halek M (Hrsg) Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S 173–184
- Guyatt G, Oxman AD, Akl EA et al (2011) GRADE guidelines: 1. Introduction–GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 64:383–394
- Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S et al (2011) GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*:1311–1316
- Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC et al (2007) An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 23:1–43
- Hellstrom I, Nolan M, Nordenfelt L et al (2007) Ethical and methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nurs Ethics* 14:608–619
- Herr K, Bursch H, Ersek M et al (2010) Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice. *J Gerontol Nurs* 36:18–29 (Quiz 30–31)
- Hoffmann J, Fischer I, Höhne W et al (2004) Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensempfehlungen. *Z Gastroenterol* 42:84–87
- Köpke S, Meyer G, Haut A et al (2008) Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 102:45–53
- Kopp I (2010) Perspektiven der Leitlinienentwicklung und -implementierung aus der Sicht der AWMF. *Z Rheumatol* 69:298–304
- Latvala E, Janhonen S, Moring J (1998) Ethical dilemmas in a psychiatric nursing study. *Nurs Ethics* 5:27–35
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007) The guidelines manual (appendices) – Appendix H: Methodology checklist: qualitative studies. <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- Reuschenbach B, Mahler C (2011) Pflegebezogene Assessmentverfahren: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Hans Huber, Bern
- Schünemann HJ (2009) GRADE: Von der Evidenz zur Empfehlung: Beschreibung des Systems und Lösungsbeitrag zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 103:391–400
- Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD (2006) Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst* 4:21
- Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD (2006) Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Res Policy Syst* 4:22
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2008) SIGN 50, A guideline developer's handbook In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- (o A) (2008) Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
- Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y et al (2010) Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs* 11:209–223
- 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. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Zugegriffen: 7. Mai 2012
- Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH et al (2006) Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 6:3