

Aus dem Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. Sven Gottschling

**Schmerzmanagement und Schmerztherapie
in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe
im Saarland und in Luxemburg
unter besonderer Berücksichtigung von Demenzpatienten**

-

Eine Erfassung des Status quo

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2018

vorgelegt von:

Lisa Marlen Will

geboren am 27. März 1993 in Kaiserslautern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	VII
1 Zusammenfassung.....	1
1.1 Deutsche Zusammenfassung	1
1.2 Englische Zusammenfassung	2
2 Einleitung.....	4
2.1 Fragestellung und Zielsetzung	4
2.2 Was ist Schmerz?	5
2.2.1 Akuter Schmerz	5
2.2.2 Chronischer Schmerz	5
2.2.3 Schmerzmessinstrumente	6
2.2.3.1 Selbsteinschätzungsskalen	6
2.2.3.2 Fremdeinschätzungsskalen	7
2.3 Schmerzen im Alter	9
2.3.1 Epidemiologie	9
2.3.2 Schmerzverarbeitung alter Menschen	9
2.3.3 Schmerztherapie	9
2.4 Schmerzen und Demenz.....	10
2.4.1 Schmerzverarbeitung dementer Menschen	11
2.4.2 Schmerzassessment bei Demenz – eine Herausforderung.....	11
2.4.3 Aktuelle Studienlage	12
2.5 Schmerzen bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	13
2.6 Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege.....	14
2.6.1 Schmerzeinschätzung.....	14
2.6.2 Schmerztherapie	16
2.6.2.1 Medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie	16
2.6.2.2 Nebenwirkungsmanagement.....	17

2.6.3	Patientenschulung	18
2.7	Aktuelle Schmerzsituation in Pflegeheimen	18
2.7.1	Prävalenz	18
2.7.2	Schmerzeinschätzung.....	19
2.7.3	Schmerzdokumentation	20
2.7.4	Schmerztherapie	20
2.7.5	Ausbildung und Zusatzqualifikationen in der Pflege	20
2.8	Folgen unzureichender Schmerzbehandlung	21
3	Material und Methodik	22
3.1	Fragebogenentwicklung	22
3.1.1	Angaben zur Pflegeeinrichtung	23
3.1.2	Schmerzmessung	23
3.1.3	Schmerzdokumentation	23
3.1.4	Schmerztherapie.....	23
3.1.5	Medikamentenreview	23
3.1.6	Zusatzqualifikation Pflegefachpersonal	24
3.1.7	Ärztliche Betreuung.....	24
3.2	Grundgesamtheit der befragten Einrichtungen	24
3.3	Datenerhebung	24
3.4	Statistik.....	25
4	Ergebnisse	25
4.1	Rücklaufquote	25
4.2	Allgemeine Angaben zu den Einrichtungen	26
4.2.1	Bewohneranzahl aufgeteilt nach Pflegestufen und Betten	26
4.2.2	Mitarbeiteranzahl	26
4.2.3	Pflegeschlüssel	27
4.2.4	Wie viel Prozent Ihrer Bewohner sind „orientiert“?	27

4.3	Spezielle Fragen zur Schmerzmessung und Schmerztherapie	27
4.3.1	Fragen zur Schmerzerfassung bei Erstaufnahme	27
4.3.2	Fragen zur Wiederholung der Schmerzeinschätzung	30
4.3.3	Fragen zu Schmerzmessinstrumenten	32
4.3.4	Fragen zu Schulungen für Pflegefachkräfte.....	35
4.3.5	Fragen zur Dokumentation von Schmerzen	37
4.3.6	Spezielle Fragen zur Schmerztherapie.....	39
4.3.7	Fragen zu Pflegefachpersonal und Ärzten.....	45
4.4	Sensitivitätsanalyse für die Einrichtungen aus Luxemburg.....	52
5	Diskussion	55
5.1	Nutzung von Standards.....	56
5.2	Schmerzmessung	57
5.2.1	Initiales Schmerzassessment	57
5.2.2	Schmerzmessinstrumente	57
5.2.3	Wiederholung der Schmerzeinschätzung	58
5.3	Schmerzdokumentation	59
5.4	Schmerztherapie	60
5.4.1	Individueller Schmerzbehandlungsplan	60
5.4.2	Medikamente	61
5.4.3	Arten der Schmerztherapie	64
5.5	Schulungen und Zusatzqualifikationen bei Pflegefachpersonal und Ärzten	65
5.6	Kommunikation zwischen Pflegefachpersonal und Ärzten	68
5.7	Limitationen der Studie	68
5.8	Fazit	69
6	Literaturverzeichnis	VII
7	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	XVII
7.1	Abbildungsverzeichnis	XVII

7.2	Tabellenverzeichnis	XVII
8	Anhang	XX
8.1	BESD	XX
8.2	BISAD	XXII
8.3	Doloplus 2	XXIV
8.4	Kurzversion Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen	XXV
8.5	Kurzversion Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	XXVI
8.6	Fragebogen.....	XXVII
8.7	P-Werte	XLVI
8.7.1	P-Werte Alteneinrichtung Luxemburg vs. Alteneinrichtung Saarland	XLVI
8.7.2	P-Werte Behindertenhilfe Saarland vs. Alteneinrichtung Saarland	XLVII
9	Publikationen	XLVIII
10	Danksagung	XLIX
11	Lebenslauf.....	L

Abkürzungsverzeichnis

AGS	American Geriatrics Society
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
BISAD	Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz
COST	Cooperation in Science and Technology
DGSS	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
DIVS	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie
DNQP e. V.	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege eingetragener Verein
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomographie
HTW Saar	Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes
IASP	International Association for the Study of Pain
ID	Identifikator
IQR	Interquartile Range
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Nr.	Nummer
NRS	Numerische Rational Skala
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika
PC	Personal Computer
PDL	Pflegedienstleitung
PS	Pflegestufe
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SHELTER	Services and Health for Elderly in Long-Term Care
VAS	Visuelle Analog Skala
VRS	Verbale Rating Skala
WHO	World Health Organization
ZNS	Zentralnervensystem
ZOPA	Zurich Observation Pain Assessment

1 Zusammenfassung

1.1 Deutsche Zusammenfassung

Weltweit leiden Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen unter Schmerzen. Bei bestehender Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung ergeben sich zusätzliche Schwierigkeiten im Hinblick auf das Schmerzmanagement. Die vorliegende Arbeit dient der erstmaligen Erfassung des Status quo der Versorgung von Schmerzpatienten in Pflegeeinrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe in Luxemburg und im Saarland.

Zur Datenerhebung wurde ein Fragebogen zu den Themen Schmerzmessung, Schmerzdokumentation, Schmerztherapie und pflegerischer sowie ärztlicher Zusatzqualifikationen erstellt und per E-Mail an 204 Pflegeeinrichtungen gesendet. Die statistische Datenauswertung erfolgte bei einer Rücklaufquote von rund 72% in drei Vergleichsgruppen: Behindertenhilfe Saarland, Altenhilfe Saarland und Altenhilfe Luxemburg.

Es lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen: Die Einrichtungen der Behindertenhilfe zeigen in fast allen Bereichen des Schmerzmanagements defizitäre Ergebnisse. Es fehlt an Standards zu Schmerzeinschätzung und Schmerzmanagement, an Schulungen für Pflegefachkräfte sowie an speziell ausgebildetem Fachpersonal für Schmerzpatienten.

In den befragten saarländischen und luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen ist das Schmerzmanagement zwar zu großen Teilen nach den Pflegerichtlinien ausgestaltet, jedoch zeigt sich auch hier noch Handlungsbedarf. Die Nutzungshäufigkeit von Schmerzmessinstrumenten beträgt bei etwa 62% der saarländischen Pflegeeinrichtungen lediglich „monatlich“ bis „alle drei Monate“, während diese in Luxemburg in etwa 61% der Pflegeeinrichtungen „täglich“ genutzt werden. Auch fehlt es im Saarland noch an einheitlichen Richtlinien zur Wiederholungsfrequenz einer Schmerzeinschätzung. Hier erfolgt eine Wiederholung der Schmerzeinschätzung in mehr als der Hälfte der Altenhilfeeinrichtungen erst nach drei Monaten.

Komplementäre Behandlungsmethoden haben noch nicht den gleichen Stellenwert wie die medikamentöse Schmerztherapie erreicht, wobei in Luxemburg deutlich mehr solcher Verfahren eingesetzt werden. Bei den Altenhilfen im Saarland sind es etwa 48% der Einrichtungen, in Luxemburg rund 72% der Einrichtungen, welche

komplementäre Behandlungsmethoden einsetzen. Außerdem steht in Luxemburg deutlich mehr Pflegefachpersonal mit Zusatzqualifikationen zur Verfügung als im Saarland. In Luxemburg stehen fast 32 Fachkräfte pro 100 Bewohner mit einer Zusatzausbildung „Palliative Care“ zur Verfügung, während es im Saarland weniger als eine solche Pflegefachkraft für 100 Bewohner gibt. Auch die Kommunikation und Planung bezüglich des Schmerzmanagements zwischen Pflegefachpersonal und Ärzten ist in Luxemburg besser abgestimmt, was sich einerseits zu etwa 72% in der Nutzung gleicher Schmerzmessinstrumente im Gegensatz zu lediglich rund 20% im Saarland und andererseits an einer häufiger besprochenen vorausschauenden Planung der Schmerztherapie erkennen lässt. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich teilweise auch schon in deutschen und internationalen Studien.

Spezielle Schulungen zur Schmerzmessung bei Demenz finden aktuell in etwa 81% der luxemburgischen und rund 45% der saarländischen Einrichtungen statt. Die Ergebnisse dieser Arbeit bilden die Grundlage für die Ausarbeitung eines Schulungsprogrammes für Pflegefachkräfte und Ärzte.

1.2 Englische Zusammenfassung

Pain is a common health issue in nursing homes worldwide. Dementia and cognitive impairment pose additional challenges to pain management. The present study for the first time assesses the status quo of medical care of pain patients in care facilities for the elderly and disabled people in Luxembourg and the Federal State of Saarland, Germany.

For data collection a questionnaire on the topics of pain measurement, pain documentation, pain therapy as well as nursing and medical supplementary qualifications was developed and sent by email to 204 care and nursing facilities from three institutional bodies: Behindertenhilfe Saarland (Assistance for the Disabled Saarland), Altenhilfe Saarland (Old People's Welfare Saarland) and Altenhilfe Luxembourg (Old People's Welfare Luxembourg). The response rate was about 72%.

The analysis of the returned questionnaires yielded the following findings: the facilities of the Assistance for the Disabled Saarland show deficiencies in almost every area of pain management. Standards are missing for pain assessment, pain

management and training for nurses. Moreover, there is a lack in specially trained specialists for pain patients.

When looking at the Old People's Welfare facilities in Saarland and in Luxembourg, it becomes clear that the pain management system is, to a large extent, designed closely around nursing guidelines. Yet, there is a need for action to further align their operation with existing standards: about 62% of the Saarland facilities state to deploy standard methods of pain measurement on a "monthly" or "quarterly" basis, while about 61% of the Luxembourg facilities indicate to make use of such methods "daily". In addition, facilities in Saarland lack uniform guidelines on the rate of repetition of pain assessment: over 50% of said facilities repeat their initial pain assessment only after three months.

Generally, complementary treatment methods still rank behind drug-based pain therapy. With regards to the use of complementary treatment methods, about 72% of the Luxembourg facilities apply such methods, while only about 48% of the Saarland Old People's Welfare facilities do so. In addition, there are significantly more nurses with additional qualifications available in Luxembourg than there are in Saarland. It is noteworthy that in Luxembourg almost 32 nurses are available per 100 residents with an additional education in "Palliative Care", whereas in Saarland there is less than one nursing staff for 100 residents. The communication and planning regarding pain management between nursing staff and doctors appears to be better coordinated in the Luxembourg facilities than is the case in the Saarland facilities of the Old People's Welfare: approximately 72% of the Luxembourg facilities stated that their doctors and nursing staff would use the same methods of pain measurement, while only about 20% of above mentioned Saarland facilities follow such uniform practice. More frequent discussions in the planning of pain therapy is another indicator drawn from the study results to support above finding of better coordination between nurses and doctors in the Luxembourg facilities. Similar results have already been found in German and international studies.

With regards to specialized training on pain measurement in the context of dementia, about 81% of the Luxembourg facilities claim to offer such trainings, while this is the case for only about 45% of the Saarland Old People's Welfare facilities. The findings of the present study provide indication for the necessity of a training program for nurses and doctors.

2 Einleitung

2.1 Fragestellung und Zielsetzung

Aktuelle Arbeiten von Osterbrink u. a. im Rahmen des Projektes „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ (vgl. Osterbrink u. a. 2012, 2014) und Peisah u. a. (vgl. Peisah u. a. 2014) zeigen auf, dass die Schmerzsituation von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen noch immer nicht hinreichend wahrgenommen und behandelt wird und diesbezüglich Handlungsbedarf besteht. Die Schmerzeinschätzung stellt für die Pflegefachkräfte eine tägliche Herausforderung dar, insbesondere dann, wenn Patienten sich nicht mehr selbst über ihre Schmerzen äußern können. Als Leitlinien dienen hier die Nationalen Expertenstandards des Schmerzmanagements in der Pflege (DNQP 2011, 2015).

Die vorliegende Arbeit dient der erstmaligen und landesübergreifenden Erfassung des Status quo der Versorgung von Schmerzpatienten in Pflegeeinrichtungen im Saarland und in Luxemburg. Von besonderem Interesse sind hierbei die Erhebung der Schmerzmessung, Schmerzdokumentation, Schmerztherapie und Zusatzqualifikationen von ärztlicher und pflegerischer Seite in den vorgenannten Einrichtungen.

Die Studie ist Teil eines gemeinsamen Projektes des Zentrums für Palliativmedizin in Homburg, der Pflegewissenschaften der HTW Saar und dem Zentrum für Allgemeinmedizin in Homburg mit dem Ziel der Verbesserung der Schmerzsituation in den Pflegeeinrichtungen.

Die erhobenen Daten ermöglichen einen Einblick in den Ist-Zustand und bilden die Grundlage für ein geplantes Schulungsprojekt für Pflegefachkräfte und heimversorgende Ärzte. Dieses Schulungsprojekt soll in Kooperation mit dem saarländischen Ministerium für Gesundheit, Soziales und Frauen und dem luxemburgischen Ministère de la Santé zur Optimierung des Schmerzmanagements im Saarland und Luxemburg führen.

Ein verbessertes Schmerzmanagement steigert die Lebensqualität und senkt Sturzrisiko, Unruhe, Aggression, Depression, Angst und Schlafstörungen (vgl. Husebo u. a. 2011, Smalbrugge u. a. 2007, Lapane u. a. 2012).

2.2 Was ist Schmerz?

Schmerz wird von der Weltschmerzorganisation der International Association for the Study of Pain (IASP) wie folgt definiert: „An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“ (Merskey und Bogduk 1994, S. 210). Die Definition beschreibt zum einen das physiologische „Sinneserlebnis“ mit der Aufnahme eines chemischen, mechanischen oder thermischen Reizes über Nozizeptoren und der durch diese folgenden Kodierung von Schmerzart, Schmerzstärke und Schmerzqualität, Weiterleitung und Wahrnehmung im zentralen Nervensystem. Zum anderen wird Schmerz als Gefühlserlebnis beschrieben und somit auf die ebenso wichtigen psychischen und emotionalen Komponenten der Schmerzentstehung eingegangen. Nach McCaffery ist Schmerz „das, was der Betroffene uns über Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat“ (McCaffery 1997, S. 12). Er ist also auch immer eine subjektive und individuell unterschiedliche Empfindung und kann am besten vom Betroffenen selbst beschrieben werden.

Man unterteilt Schmerz in eine akute und in eine chronische Form.

2.2.1 Akuter Schmerz

Akuter Schmerz steht in Zusammenhang mit einem plötzlich auftretenden und den Organismus schädigenden Ereignis wie zum Beispiel einer Verletzung. Er dient als Warnfunktion und zum Schutz unseres Körpers, indem der Schmerzwahrnehmung ein Schutzreflex folgt (vgl. Striebel 2002, S. 1). Der Schmerz ist von kurzer Dauer, meist lokal begrenzt und erlischt wieder, wenn die Ursache beseitigt oder geheilt ist (vgl. DGSS 2012).

2.2.2 Chronischer Schmerz

Bei über Wochen und Monate andauernden und immer wiederkehrenden Schmerzen spricht man von chronischen Schmerzen. Anhaltende Schmerzzustände führen durch Sensibilisierung des nozizeptiven Systems zur Erniedrigung von Schmerzempfindungsschwelle, Entwicklung von Spontanaktivitäten und zu höherer Impulsrate auf Reize (vgl. Schockenhoff u. a. 1999, S. 18 f.). Eine spezifische Ursache für den Schmerz ist häufig nicht mehr erkennbar oder eine Schmerzempfindung erfolgt überproportional stark im Vergleich zum dargebotenen

Reiz und betrifft meist mehrere Regionen des Körpers. Die Warnfunktion geht verloren und der chronische Schmerzzustand wird zur Krankheit selbst (vgl. Kröner-Herwig 2004, S. 3-9).

Der chronische Schmerzzustand ist weiter im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells, in welchem psychische und soziale Faktoren einen wichtigen Teil zur Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung beitragen, zu verstehen (vgl. Kröner-Herwig 2004, S. 3-9).

2.2.3 Schmerzmessinstrumente

Zur Bestimmung der Schmerzintensität wird die Benutzung von standardisierten Messinstrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung empfohlen (vgl. DNQP 2011 S. 26 ff., S.69 ff., 2015 S. 104 f.). Sie dienen auch der Überprüfung der Effektivität einer Schmerztherapie (vgl. DIVS 2009, S. 25 ff.).

2.2.3.1 Selbsteinschätzungsskalen

Nach Anleitung kann der Patient selbst unter Zuhilfenahme der Skalen seinem subjektiven Schmerzempfinden einen exakten und nachvollziehbaren Wert zuordnen (vgl. DNQP 2011, S. 69 f.).

Numerische Rational Skala (NRS)

Die Skala reicht von 0 = „kein Schmerz“ bis 10 = „stärkste vorstellbare Schmerzen“. Sie zeichnet sich vor allem durch ihre hohe Sensitivität und einfache Benutzung aus. Besonders in der Verlaufskontrolle lässt sich die Schmerzstärke genau differenzieren (vgl. DIVS 2009 S. 25 ff.).

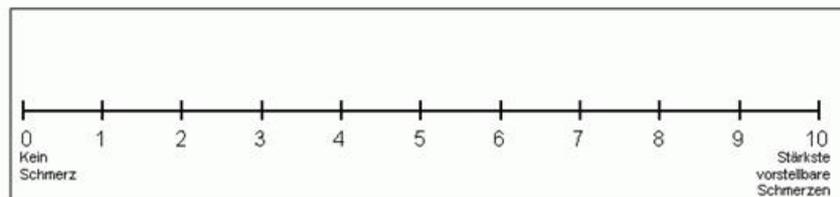


Abb. 1: Numerische Rational Skala (vgl. DIVS 2009, in S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen- Langfassung“)

Visuelle Analog Skala (VAS)

Die VAS umfasst eine gerade Linie mit den beiden Endpunkten „kein Schmerz“ und „stärkste vorstellbare Schmerzen“ an je Anfang und Ende der Skala. Der Patient zeichnet seine Schmerzintensität mit einem Stift auf der Skala ein. Schmerzstärken lassen sich hier am genauesten differenzieren, allerdings weist sie bei älteren Patienten eine hohe Fehlerrate auf (vgl. Hadjistavropoulos u. a. 2014, DIVS 2009 S. 26).

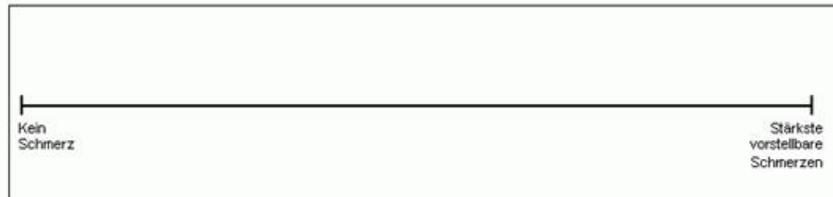


Abb. 2: Visuelle Analog Skala (vgl. DIVS 2009, in S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen- Langfassung“)

Verbale Rating Skala (VRS)

Die Stärke der Schmerzen soll vom Patienten in Worten angegeben werden. Die Fehlerquote ist gering, aber leichte Schmerzveränderungen können nicht gut erfasst werden (vgl. DIVS 2009). Sie wird zur Schmerzeinschätzung bei moderater Demenz empfohlen (vgl. Hadjistavropoulos u. a. 2014, DNQP 2011, S. 71).

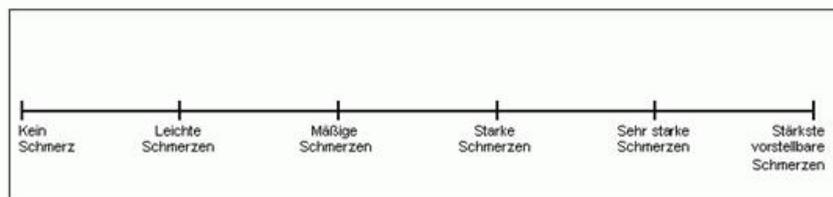


Abb. 3: Verbale Rating Skala (vgl. DIVS 2009, in S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen- Langfassung“)

2.2.3.2 Fremdeinschätzungsskalen

Ist eine Selbstauskunft durch den Patienten nicht mehr möglich, wird die Nutzung von Messinstrumenten, welche durch Fremdbeobachtung durch die Pflegefachkraft zu einer Schmerzeinschätzung führen, empfohlen (vgl. DNQP 2011 S. 28, 2015 S. 104 f.).

Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Durch die Pflegefachkraft werden verschiedene, auf der Skala vorgegebene Verhaltensweisen in den Kategorien Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost nach einem Beobachtungszeitraum von zwei Minuten durch Ankreuzen notiert und anschließend eine Gesamtpunktzahl ermittelt. Es können maximal 10 Punkte erreicht werden, ab einer Punktzahl von 2 gelten Schmerzen als wahrscheinlich, nach Lukas u. a. gilt eine Punktzahl von 4 und mehr als behandlungsbedürftig (vgl. Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. 2013, Lukas u. a. 2013, siehe Anhang 8.1).

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

Das BISAD gliedert sich in zwei Teile auf, welche nacheinander durch Beobachtung bewertet werden: Ruhesituation und Bewegungssituation. In der Ruhesituation sollen Fragen zu Mimik, Haltung, Bewegung und zwischenmenschlichen Beziehungen, in der Bewegungssituation Fragen zu Angst, Reaktionen während Mobilisation und Pflege und vorgebrachten Klagen, beantwortet werden. Je nach beobachtetem Verhalten und diesem zugeordneter Punktzahl ergibt sich am Ende eine Gesamtsumme. Es gibt hier kein festes Auswertungsschema. Das BISAD ist geeignet, um Schmerzverlauf und Therapieerfolg darzustellen (vgl. Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. ohne Jahresangabe, siehe Anhang 8.2).

Dieses Instrument wurde aus dem französischen Echelle comportemental de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA) ins Deutsche übersetzt.

Doloplus 2

Die Doloplus-2-Skala basiert auf Beobachtungen zu somatischen, psychomotorischen und psychosozialen Auswirkungen von Schmerz. Ab 5 von 30 möglichen Punkten geht man von Schmerzen aus. Sie wird vor allem von der Österreichischen Gesellschaft für Schmerztherapie empfohlen (vgl. Schuler 2014, Zwakhalen u. a. 2006, siehe Anhang 8.3).

Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA)

ZOPA erfasst die folgenden vier Verhaltenskategorien: Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und physiologische Indikatoren. Das Instrument erfasst, ob Schmerz vorhanden ist, nicht aber die Schmerzintensität (vgl. Schuler 2014).

2.3 Schmerzen im Alter

Ältere Menschen äußern seltener Schmerzen, weil diese nach ihrer Auffassung Teil des natürlichen Alterungsprozesses seien und sie anderen Menschen, wie z. B. dem Pflegepersonal, nicht zur Last fallen wollen, oder einfach, weil sie es nicht können (vgl. Osterbrink u. a. 2012, DNQP 2011, S. 62).

2.3.1 Epidemiologie

Studien zufolge leiden 35-85% der älteren Menschen über 65 Jahren unter Schmerzen (vgl. Kaasalainen u. a. 2013, Herr 2011).

Die Hauptursachen sind muskuloskelettale und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, Dekubitus, Hauterkrankungen, Infektionen des Urogenitaltrakts und Zahnschmerzen sowie neuropathische Schmerzen (vgl. Husebo u. a. 2012, Fine 2012, Corbett u. a. 2014).

2.3.2 Schmerzverarbeitung alter Menschen

Die Schmerztoleranz ist verschiedenen Studien zufolge beim älteren Menschen geringer und die schmerzhemmenden Nervenbahnen des Körpers sind gegenüber denen eines jungen Menschen deutlich reduziert. Folglich hat der ältere Mensch wahrscheinlich ein stärkeres und länger anhaltendes Schmerzempfinden im Vergleich zum jungen Menschen (vgl. Hadjistavropoulos u. a. 2014, DNQP 2011, S. 62).

2.3.3 Schmerztherapie

Patienten mit gelegentlich auftretenden Schmerzen sollten eine Bedarfsmedikation und Patienten mit chronischen Schmerzen eine Dauermedikation erhalten (vgl. Tracy u. Morrison 2013, American Geriatrics Society 2009).

Dem WHO-Schema entsprechend wird bei leichten Schmerzen die Gabe von Nicht-Opioid-Analgetika (Paracetamol, Metamizol oder NSAR) und bei mittleren bis

schweren Schmerzen die Gabe von Opioiden empfohlen (vgl. Tracy u. Morrison 2013, Fine 2012, DNQP 2011, 2015). Allerdings sollte die Gabe von NSAR, aufgrund ihrer kardiovaskulären, gastrointestinalen und nierenschädigenden Nebenwirkungen, höchstens für einen kurzen Zeitraum und mit Vorsicht bei älteren Menschen erwogen werden (vgl. Tracy u. Morrison 2013, Fine 2012).

Opioide gelten in der Langzeitanwendung bei älteren Menschen als sicher, wenn sie kontrolliert und zu Beginn niedrig und langsam dosiert eingesetzt werden (vgl. Tracy u. Morrison 2013, DNQP 2011, 2015). Die Nebenwirkungen nehmen bei längerer Therapiedauer ab und es kommt nicht zu Organschäden wie z. B. bei Langzeitanwendung von NSAR (vgl. American Geriatrics Society 2009, Fine 2012, Wulff u. a. 2012). Daher werden sie zur dauerhaften Therapie starker Schmerzen empfohlen (vgl. Wulff u. a. 2012).

Physiologische Altersveränderungen wie reduzierte Nieren- und Leberfunktion beeinflussen Pharmakokinetik und -dynamik von Medikamenten und müssen bei der Dosisanpassung unbedingt berücksichtigt werden (vgl. Tracy u. Morrison 2013, Fine 2012), denn das Risiko für Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen ist beim älteren Menschen erhöht. Es gilt für die Medikamentendosierung der Leitsatz „start low, go slow“. (vgl. American Geriatrics Society 2009, Wulff u. a. 2012).

Nicht-medikamentöse Schmerztherapien werden zusätzlich, insbesondere bei chronischen Schmerzen, empfohlen (vgl. American Geriatrics Society 2009, Fine 2012, Wulff u. a. 2012).

2.4 Schmerzen und Demenz

In unserer immer älter werdenden Gesellschaft steigt auch die Prävalenz an Demenzerkrankungen. Die aktuelle Inzidenz liegt in Deutschland bei 40.000 Neuerkrankungen im Jahr. Bis zum Jahr 2050 wird sich die Anzahl der Menschen mit Demenz hier auf 3 Millionen verdoppeln (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014) und weltweit von 26,6 Millionen auf 106,2 Millionen steigen (vgl. Brookmeyer u. a. 2007). Damit steigt auch der Anteil an Demenzerkrankten mit Schmerzen stetig an und stellt eine zukünftige Herausforderung dar (vgl. Dietl u. Korczak 2011, S. 11). Nach aktuellen Daten sind 61% der Bewohner in deutschen Altenheimen dement (vgl. Pick 2013).

2.4.1 Schmerzverarbeitung dementer Menschen

Die altersbedingten Veränderungen der Schmerzverarbeitung sollen bei Demenzerkrankung aufgrund des Verlustes von Neuronen in wichtigen ZNS-Regionen noch stärker sein (vgl. Hadjistavropoulos 2014). Vergleicht man die Gesichtsausdrücke eines dementen mit einem nicht dementen älteren Menschen nach einem Schmerzreiz, zeigt die Gruppe der Demenzerkrankten eine stärkere Gesichtsmimik (vgl. Kunz 2009, Kaasalainen u. a. 2013). In einer weiteren Studie konnte bei Demenz mittels fMRT eine gesteigerte Aktivität in schmerzverarbeitenden ZNS-Regionen festgestellt werden (vgl. Cole 2006).

Studien beschreiben aber auch, dass die Schmerzwahrnehmung bei stark fortgeschrittener Demenz verringert sei (vgl. Achterberg u. a. 2013, Hadjistavropoulos u. a. 2014).

2.4.2 Schmerzassessment bei Demenz – eine Herausforderung

Durch die immer weiter fortschreitende Demenzerkrankung kommt es im Verlauf zum Verlust der Kommunikationsfähigkeit (vgl. Kunz u. a. 2009, Hadjistavropoulos u. a. 2014). Die Schmerzeinschätzung wird dann zur schwierigen Aufgabe für die Pflegefachkraft, da diese durch Beobachtung des Patienten und mit Hilfe von Fremdeinschätzungsskalen Schmerzen erkennen soll.

Die American Geriatrics Society hat dafür schmerzbedingte Verhaltensauffälligkeiten bei kognitiv eingeschränkten Menschen in den folgenden Kategorien, welche sich in den verschiedenen Fremdeinschätzungsskalen ähnlich wiederfinden (siehe Kapitel 2.2.3.2), definiert: Gesichtsausdrücke, Lautäußerungen, Körperbewegungen, Verhaltensänderungen in zwischenmenschlichen Interaktionen, Aktivität und Veränderungen im psychischen Zustand (vgl. AGS 2002). Randomisiert-kontrollierte Studien belegen, dass diese Verhaltensauffälligkeiten auf eine Schmerztherapie ansprechen (vgl. Husebo u. a. 2011, Husebo u. a. 2014, Chibnall u. a. 2005).

So lange sich der Patient noch selbst mitteilen kann und das gewählte Schmerzmessinstrument versteht, gelten Selbstaussage und Selbsteinschätzungsinstrumente als Goldstandard (vgl. DNQP 2011, Herr u. a. 2011). Bei leichter bis moderater Demenz wird vor allem die Nutzung der VRS empfohlen (vgl. Hadjistavropoulos u. a. 2014, DNQP 2011).

Bei schwerer Demenz sollen Pflegefachkräfte mittels Fremdeinschätzungsskalen auf schmerzbedingtes Verhalten wie z. B. Grimassieren, Jammern und Schreien achten (vgl. Hadjistavropoulos u. a. 2014, Herr u. a. 2011).

Es existieren mittlerweile eine Reihe von Fremdeinschätzungsskalen, welchen teilweise sogar eine gute Korrelation mit Selbstaussagen zugeschrieben wird (vgl. Kaasalainen u. a. 2013, Lukas u. a. 2013). Es gibt aber dennoch Einschränkungen, wie die Umsetzung im klinischen Alltag, die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen sowie leichten und starken Schmerzen und teilweise fehlende Untersuchungen zu Sensitivität und Reliabilität (vgl. Corbett u. a. 2014, Achterberg u. a. 2013, Hadjistavropoulos u. a. 2014).

Zusätzlich sollte deshalb immer nach potenziellen Schmerzursachen gesucht werden und das Ergebnis der Messung in diesem Zusammenhang beurteilt werden (vgl. Herr u. a. 2011).

Aktuell wird die S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. entwickelt (vgl. AWMF online).

Im Rahmen des europäischen COST-Programmes wird außerdem an einem allumfassenden und landesübergreifend gültigen Pool von Fremdeinschätzungsmöglichkeiten für möglichst viele verschiedene Einrichtungsarten, dem „Pain in Cognitive impairment-Toolkit“ gearbeitet (vgl. COST).

2.4.3 Aktuelle Studienlage

Auch wenn Demente unter den gleichen Schmerzen leiden wie ihre nicht kognitiv eingeschränkte Altersgruppe, werden Schmerzen bei ihnen oft nicht erkannt, unterschätzt und unzureichend behandelt (vgl. Achterberg u. a. 2013, Brecher und West 2014, McAuliffe u. a. 2012, DNQP 2011, S. 48).

Morrison und Siu zeigten in ihrer Studie zur Schmerztherapie nach Schenkelhalsfraktur, dass demente Patienten im Vergleich zu nicht kognitiv eingeschränkten Patienten weniger und viel niedriger dosierte Schmerzmedikamente, v. a. Opioide, erhielten (vgl. Morrison und Siu 2000). Eine Studie aus Norwegen konnte dieses Missverhältnis bei der Bedarfsmedikation in Altenheimen zeigen (vgl. Nygaard und Jarland 2005). Dies konnte sich auch in einer

aktuellen Metaanalyse von Studien zur Schmerzmittelgabe in Altenheimen bestätigen, wo Bewohner mit Demenz oder kognitiver Einschränkung signifikant weniger Schmerzmedikamente im Vergleich zu nicht kognitiv eingeschränkten Bewohnern bekamen (vgl. Tan u. a. 2015).

„When people with dementia are prescribed pain medication, it is generally of low dosage and stronger pain medication such as opioids, are less likely to be considered“ (Achterberg u. a. 2013).

Mögliche schmerzbedingte Verhaltensveränderungen wie Unruhe und Aggression werden oft mit Antipsychotika behandelt, ohne dass eine Schmerzeinschätzung durchgeführt wird (vgl. Achterberg u. a. 2013, Brecher und West 2014, Husebo u. a. 2011, Peisah u. a. 2014, Corbett u. a. 2014).

Gründe hierfür sind fehlende Selbstmitteilungsmöglichkeiten bei starker Demenz, Schwierigkeiten bei der Benutzung von Fremdeinschätzungsinstrumenten, fehlendes Wissen und Training beim Pflegefachpersonal sowie Abneigung und Angst gegenüber Schmerzmedikamenten, v. a. Opioiden (vgl. McAuliffe u. a. 2012, Achterberg u. a. 2013, Peisah u. a. 2014, Zwakhalen u. a. 2007).

2.5 Schmerzen bei Menschen mit geistiger Behinderung

In Deutschland leben circa 1,5 Millionen Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung (vgl. Statistisches Bundesamt 2013). Es gibt etwa 180.000 Wohnheimplätze für Menschen mit Behinderung, wobei mit 65% der größte Anteil der Bewohnerschaft Menschen mit einer geistigen Behinderung sind (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006). Auch hier macht sich der demographische Wandel deutlich bemerkbar und das Alter der Bewohner steigt kontinuierlich an (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006).

Laut Hartmann leidet wohl mindestens jeder fünfte Bewohner eines Behindertenwohnheimes unter chronischen Schmerzen. Bei einer von ihr in Bayern durchgeführten Ist-Analyse berichteten 41% der befragten Bewohner „immer“ bis „mindestens einmal pro Woche“ unter Schmerzen zu leiden. Die Hälfte der Befragten war älter als 60 Jahre (vgl. Hartmann 2012).

Auch wenn sich der Großteil der Betroffenen selbst zu seinen Schmerzen äußern kann, ist dies bei starker kognitiver Beeinträchtigung oft nicht mehr möglich.

Dafür werden auch hier verschiedene Fremdbeobachtungsskalen zur Schmerzeinschätzung empfohlen, u. a. BESD, BISAD und ZOPA (vgl. Herr u. a. 2011, DNQP 2011, S. 75).

Auch für diese Gruppe wird in der Literatur das Risiko einer unzureichenden Schmerzeinschätzung und Schmerztherapie beschrieben (vgl. Temple u. a. 2012).

Studien zum Schmerzmanagement in Wohnheimen der Behindertenhilfe liegen bisher nicht vor. Auch die Qualität der Betreuung ist noch nicht ausreichend untersucht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006).

2.6 Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege

Die Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege liegen in zwei Formen, je für akuten und chronischen Schmerz, vor. Sie wurden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegeben und von einer Expertengruppe erarbeitet. Laut § 113a SGB XI (vgl. Sozialgesetzbuch, Elftes Buch 2016) sind Einführung und Umsetzung dieser für Pflegeeinrichtungen verpflichtend. Im folgenden Kapitel 2.6 wird eine Zusammenfassung der Kernpunkte der Expertenstandards für den akuten (vgl. DNQP 2011, S. 25-43) und chronischen Schmerz (vgl. DNQP 2015, S. 27-55) wiedergegeben. Sie setzen sich aus Struktur (S), Prozess (P) und Ergebnis (E) zusammen, welche im Folgenden am Anfang mit der jeweiligen Abkürzung gekennzeichnet sind. Es wurde versucht, den Wortlaut möglichst gleich dem im Expertenstandard beizubehalten, jedoch wurden zur Vereinfachung manche Kernaussagen verkürzt. Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, wird die Grundstruktur des Expertenstandards zum akuten Schmerz mit Ergänzungen vom Expertenstandard zum chronischen Schmerz dargestellt. Die Kurzversionen sind im Anhang 8.4 und 8.5 beigelegt.

2.6.1 Schmerzeinschätzung

S1a „Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung“ (DNQP 2011, S. 26). Sie kann akuten von chronischem Schmerz unterscheiden (vgl. DNQP 2015, S. 28).

- Selbsteinschätzung durch den Patienten gilt als Goldstandard und ist, wenn möglich, immer einer Fremdeinschätzung vorzuziehen.
- Fremdeinschätzungsinstrumente sollen bei Patienten mit nicht ausreichender Kommunikationsfähigkeit angewendet werden.

- Fort- und Weiterbildungen sollen das Wissen regelmäßig auf den neusten Stand bringen.

S1b „Die Einrichtung verfügt über aktuelle, zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten“ (DNQP 2011, S. 27, DNQP 2015, S. 30).

- Empfohlene Instrumente zur Selbsteinschätzung sind Visuelle Analog Skala (VAS), Numerische Rang Skala (NRS), Verbale Rang Skala (VRS) und Gesichterskalen.
- Empfohlene Instrumente zur Fremdeinschätzung bei dementieller Erkrankung sind BESD, BISAD und ZOPA.
- Bei chronischem Schmerz werden multidimensionale Instrumente empfohlen.
- Eine geregelte Dokumentation aller schmerzbezogenen Informationen ist in Patientenkurve, Pflegedokumentation, Schmerztagebuch oder Schmerzverlaufsprotokoll vorzunehmen.
- Pflegerische Schmerzexperten können bei chronischen Schmerzpatienten hinzugezogen werden.

P1a „Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner zu erwartende Schmerzen, Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung individuell wiederholt“ (DNQP 2011, S. 29).

- Das Schmerzassessment soll regelmäßig wiederholt werden, abhängig von der Situation des Bewohners (z. B. nach Operation, bei medikamentöser Schmerzbehandlung, chronischer Schmerzpatient, Akutschmerz u. a.).
- Bei chronischen Schmerzpatienten muss zwischen einer stabilen und instabilen Schmerzsituation differenziert werden.

P1b „Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein differenziertes Schmerzassessment mittels geeigneter Instrumente durch“ (DNQP 2011, S. 29).

- Dazu gehört die Erhebung der aktuellen Schmerzsituation und früheren Schmerzgeschichte des Patienten.
- Die Bestimmung der Schmerzintensität erfolgt in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung.

- Erfassung von Schmerzlokalisierung, Schmerzqualität, zeitlichem Schmerzverlauf, schmerzverstärkenden und schmerzlindernden Faktoren sowie Auswirkungen auf den Alltag. Zustandsstabilisierende und -destabilisierende Faktoren werden beim chronischen Schmerzpatienten erfragt.
- Bei instabiler Schmerzsituation sollen behandelnder Arzt und pflegerischer Schmerzexperte hinzugezogen werden.

P1c „Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung des Schmerzes in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen“ (DNQP 2011, S. 30).

E1 „Aktuelle und systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor. Informationen zur Weiterführung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans stehen zur Verfügung“ (DNQP 2011, S. 32, DNQP 2015, S. 34).

2.6.2 Schmerztherapie

2.6.2.1 Medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie

S2a und S4a „Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur medikamentösen und nicht-medikamentösen Schmerztherapie“ (DNQP 2011, S. 32, 38).

- Grundlagen des WHO-Schemas, verschiedene Medikamentengruppen, Regeln zur Medikamenteneinnahme, Indikationen, Nebenwirkungen und ungeeignete Medikamente für ältere Menschen (Priscus-Liste) sowie Therapiemöglichkeiten bei chronischem Schmerz sollen bekannt sein.

S2b und S4b „Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung und stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können“ (DNQP 2011, S. 34, 39).

- Inhalte der Verfahrensregelung sind Schmerzschema (Medikamente, Dosierung, Applikationsform, Bedarfsmedikation), Ansprechpartner, verordnender Arzt, Dokumentation, Notfallnummern und Aufgabenübernahme durch pflegerische Schmerzexperten.

P2a „Die Pflegefachkraft setzt bei Ruheschmerzen von mehr als 3/10 oder Belastungsschmerzen von mehr als 5/10 analog der NRS die ärztliche Anordnung

zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem interprofessionellen Behandlungsplan um“ (DNQP 2011, S. 35).

P4 „Die Pflegefachkraft bietet als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an“ (DNQP 2011, S. 39).

- Bei chronischen Schmerzen stellt die Pflegefachkraft die Durchführung des individuellen Schmerzbehandlungsplans sicher. Multimodale Therapieansätze und Einbeziehung von pflegerischen Schmerzexperten sind hier sinnvoll.

P2b „Die Pflegefachkraft überprüft den Behandlungserfolg, in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen“ (DNQP 2011, S. 35).

- Bei akutem Schmerz erfolgt mindestens dreimal täglich und nach Medikamentengabe eine Überprüfung durch Schmerzerfassung.
- Bei chronischem Schmerz erfolgt eine regelmäßige Wirksamkeitskontrolle der Therapie in individuell festgelegten Zeitabständen, aber mindestens einmal im Monat. Die Häufigkeit sollte festgelegt und dokumentiert sein. Bei nicht ausreichender Schmerztherapie ist ein Arzt hinzuzuziehen, um das Therapieschema zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren. Eine Verlaufskontrolle liegt in dokumentierter Form für alle Mitglieder des multiprofessionellen Schmerzteams vor.

P2c „Die Pflegefachkraft sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt“ (DNQP 2011, S. 36).

E2 und E4 „Der Patient ist möglichst schmerzfrei, angewandte Maßnahmen haben sich positiv auf Schmerzsituation und Eigenaktivität des Patienten ausgewirkt. Der individuelle Behandlungsplan wird durchgeführt“ (vgl. DNQP 2011, S. 36, 40, DNQP 2015, S. 50).

2.6.2.2 Nebenwirkungsmanagement

S3 „Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten“ (DNQP 2011, S. 37).

P3 „Die Pflegefachkraft erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem Arzt Maßnahmen zur Prophylaxe und Behandlung durch“ (DNQP 2011, S. 37).

E3 „Eine aktuelle Dokumentation der Nebenwirkungen liegt vor. Diese wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt“ (DNQP 2011, S. 38).

2.6.3 Patientenschulung

S5a und S5b „Die Pflegefachkraft verfügt über notwendige Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für Patienten/Bewohner und Angehörige. Die Einrichtung stellt erforderliche Informations- und Schulungsanleitungen zur Verfügung“ (DNQP 2011, S. 40 f.).

P5 „Die Pflegefachkraft gewährleistet eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung für Patienten/Bewohner und Angehörige“ (DNQP 2011, S. 41).

- Wichtige Inhalte sind: Ziele und Möglichkeiten der Schmerztherapie, Selbsteinschätzungsinstrumente, richtige Medikamenteneinnahme, Nebenwirkungsmanagement, nicht-medikamentöse Schmerztherapie und Erlernen von praktischen Übungen zur Schmerzreduktion.
- Jeder Patient sollte seinen individuellen Schmerzbehandlungsplan erhalten.

E5 „Patient/Bewohner und Angehörige sind über Verfahren systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anwenden“ (DNQP 2011, S. 43).

2.7 Aktuelle Schmerzsituation in Pflegeheimen

2.7.1 Prävalenz

Bis zu 80% der Bewohner von Altenheimen leiden weltweit unter Schmerzen (vgl. Takai u. a. 2010). In einer Studie zur Schmerzprävalenz in drei europäischen Ländern finden sich Angaben von bis zu 60%, davon litt die Hälfte der Bewohner sogar täglich unter moderaten bis starken Schmerzen (vgl. Achterberg u. a. 2010). Nach einer Erhebung von Osterbrink u. a. in Altenheimen in Münster leidet auch hier die Mehrheit der Bewohner unter Schmerzen, davon ein Viertel der Bewohner unter stärksten Ruheschmerzen und fast die Hälfte unter starken bis nicht erträglichen Belastungsschmerzen. Bei 75% der Bewohner bestanden diese Schmerzen über einen Zeitraum von einem Jahr hinaus (vgl. Osterbrink u. a. 2012).

2.7.2 Schmerzeinschätzung

Eine Schmerzeinschätzung in Pflegeeinrichtungen wird oft nur nach Protokoll oder vor Zertifizierung durchgeführt (vgl. Osterbrink u. a. 2014, Peisah u. a. 2014). 50% der befragten Pflegefachkräfte in der Münster-Studie gaben an, ein initiales Schmerzassessment „immer“ bei jedem Bewohner im Zuge der Aufnahme zu erheben. Eine Schmerzeinschätzung wurde von zwei Dritteln der Pflegefachkräfte im Laufe des Aufenthaltes wiederholt. Es fehlte in der Hälfte der befragten Einrichtungen an eindeutigen, niedergeschriebenen Zeitplänen zu einem Wiederholungsalgorithmus der Schmerzeinschätzung und an der Differenzierung zwischen Ruhe- und Belastungsschmerz (vgl. Osterbrink u. a. 2014). Von fehlenden niedergeschriebenen Richtlinien zur Wiederholung einer Schmerzeinschätzung berichteten auch schon Keeney u. a. (2008).

Während Messinstrumente zur Selbsteinschätzung in Deutschland eine große Verbreitung und Nutzung finden, scheint dies bei den Fremdeinschätzungsskalen noch nicht der Fall zu sein. In der Münster-Studie hatten nur sechs von zwölf Einrichtungen Zugang zu Fremdeinschätzungsskalen. Diese wurden, falls vorhanden, von weniger als der Hälfte des dortigen Pflegefachpersonals eingesetzt (vgl. Osterbrink u. a. 2014). Dies belegt auch eine weitere Befragung von Pflegenden in Deutschland, Österreich und der Schweiz, bei welcher weniger als die Hälfte der Befragten angab, Fremdeinschätzungsskalen und Leitlinien im klinischen Alltag zu nutzen. Genannte Gründe der Pflegenden hierfür waren Unsicherheit in der Fremdeinschätzung, fehlende Objektivität und Wissen sowie Mangel an Zeit (vgl. Sirsch u. a. 2015).

In einer ähnlichen Befragung aus Sydney gaben die Pflegefachkräfte dort an, Schmerzmessinstrumente alle drei bis sechs Monate und auch nicht zur Wirksamkeitsüberprüfung einer Schmerztherapie zu nutzen (vgl. Peisah u. a. 2014). Eine Studie aus England zeigte, dass dort 75% der Einrichtungen keine Schmerzmessinstrumente benutzen (vgl. Allcock u. a. 2002). Dies zeigte auch eine aktuelle Studie aus Finnland, nach der weniger als ein Drittel der Pflegefachkräfte Schmerzmessinstrumente zum postoperativen Schmerzmanagement einer Schenkelhalsfraktur nutzte (vgl. Rantala u. a. 2012).

Folglich sind Schmerzmessinstrumente in Pflegeeinrichtungen derzeit noch kein fest integrierter Bestandteil in der Schmerzeinschätzung.

2.7.3 Schmerzdokumentation

Aus der Münster-Studie geht hervor, dass die Schmerzeinschätzung in fast allen Einrichtungen dokumentiert wird, es aber an niedergeschriebenen Richtlinien und einheitlichen Formblättern zur Dokumentation fehlt (vgl. Osterbrink u. a. 2014).

2.7.4 Schmerztherapie

Studien zufolge erhalten 40% der Bewohner keine ausreichende Schmerztherapie, insbesondere Bewohner mit kognitiver Beeinträchtigung erhalten signifikant weniger schmerztherapeutische Interventionen (vgl. Takai u. a. 2010, Lapane u. a. 2013, Reynolds u. a. 2008).

Analgetika werden entweder in zu niedriger Dosis oder nur bei Bedarf gegeben (vgl. Smalbrugge u. a. 2007, Takai u. a. 2010). In Studien aus Norwegen und den USA erhielten 20-30% der Bewohner mit Schmerzen sogar keine Therapie (vgl. Lapane u. a. 2013, Torvik u. a. 2010).

Diese Zahlen werden auch von der SHELTER-Studie für Deutschland und sechs weitere europäische Länder belegt (vgl. Lukas u. a. 2015). Nach dieser Studie erhielten ein Drittel der Bewohner in deutschen Pflegeeinrichtungen und ein Viertel der Bewohner europäischer Pflegeeinrichtungen keine angemessene Schmerztherapie. Auch wenn der Einsatz von NSAR im Vergleich zu früheren Studien zurückgegangen sei, fand sich in Deutschland mit 12,6% noch der größte Anteil an NSAR in der Schmerzmedikation (vgl. Lukas u. a. 2015). Am häufigsten wird in Deutschland Metamizol, auch als Dauermedikation, gegeben. Außerhalb von Deutschland ist Paracetamol das am häufigsten verordnete Schmerzmittel (vgl. Lukas u. a. 2015, Schulze u. a. 2015). Insgesamt werden Schmerzmedikamente der WHO-Stufe 1 mit circa 40% am meisten verordnet (vgl. Schulze u. a. 2015).

Nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten werden deutlich weniger angeboten und eingesetzt (vgl. Lukas u. a. 2015, Takai u. a. 2010, Allcock u. a. 2002).

Alter und kognitive Beeinträchtigung scheinen Faktoren für eine weniger intensive Schmerztherapie zu sein (vgl. Nestler u. a. 2015).

2.7.5 Ausbildung und Zusatzqualifikationen in der Pflege

Nach den Daten der Pflegestatistik von 2013 hat nur die Hälfte des in Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personals eine den gesetzlichen Vorschriften

entsprechende mehrjährige pflegerische Ausbildung vorzuweisen. Die andere Hälfte hat keine oder nur eine geringe Ausbildung in der pflegerischen Versorgung, wie z. B. Auszubildende, Helfer und Praktikanten, oder auch Hauswirtschaftler (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). Es wird ein Mangel an Fachkräften für Schmerztherapie in der pflegerischen und ärztlichen Versorgung und das Fehlen bundeseinheitlicher Regelungen für den Erwerb von pflegerischen Zusatzqualifikationen beschrieben (vgl. Dietl und Korczak 2011, S. 11 und 16f.). Im Saarland gibt es 20 niedergelassene Ärzte mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ und 47 niedergelassene Ärzte mit Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“ (nach Rücksprache mit der Ärztekammer des Saarlandes am 25.11.2015).

In Luxemburg ist eine pflegerische Zusatzqualifikation gesetzlich vorgeschrieben. 40% der Pflegefachkräfte müssen eine Weiterbildung von mindestens 40 Stunden in „Palliative Care“ vorweisen (vgl. Règlement grand-ducal 2010); laut Aussagen einer Qualitätsmanagerin der Servior-Gruppe wird 2016 eine verpflichtende Weiterbildung für Demenz folgen.

Studien zeigen, dass es den Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften an Wissen und Training zu Schmerzmanagement und Schmerztherapie fehlt (vgl. Allcock u. a. 2002, Jones u. a. 2004, Zwakhalen u. a. 2007, Sirsch 2015). Fortbildungen und Schulungen werden von den Pflegeeinrichtungen, vor allem für Pflegeassistenten, wenig angeboten (vgl. Allcock u. a. 2002). Pflegefachkräfte fühlen sich besonders im Umgang mit Fremdeinschätzungsinstrumenten aufgrund fehlender Anleitung und Übung unsicher (vgl. Sirsch u. a. 2015).

2.8 Folgen unzureichender Schmerzbehandlung

Unterbehandelte Schmerzen führen zu Funktions- und Bewegungseinschränkungen mit verminderter Mobilität und Aktivität beim betroffenen Patienten. Stürze, Kontrakturen und Dekubitus können die Folge sein. Ein schädigender Einfluss auf Herz-Kreislauf-System und Atmung wird beschrieben (vgl. DNQP 2011, S. 49, American Geriatrics Society 2009).

Auch psychische Aspekte wie Angst, Aggression, Depression, Schlafstörungen, verminderte Kognition und soziale Isolation können Folge unzureichender Schmerztherapie sein (vgl. Corbett u. a. 2014, Lapane u. a. 2012, Herr 2011, DNQP 2011).

Eine unzureichende Schmerzbehandlung schränkt die Lebensqualität der Betroffenen erheblich ein und führt zu frühzeitig steigender Pflegebedürftigkeit (vgl. Nestler u. a. 2015).

Nicht außer Acht zu lassen ist diesbezüglich auch der enorme wirtschaftliche Aspekt im Hinblick auf steigende Gesundheitskosten (vgl. Herr 2011).

3 Material und Methodik

3.1 Fragebogenentwicklung

In einem ersten Schritt erfolgte eine Literaturrecherche in PubMed zum Themenkomplex basierend auf den Schlagworten „Pain and Dementia“, „Pain and Nursing home“, „Pain and elderly people“. Zusätzlich wurden die Nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (vgl. DNQP 2011) und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (vgl. DNQP 2015) als Quellen hinzugezogen. Daraus erfolgte die Erstellung eines ersten Entwurfes des Fragebogens.

In einem zweiten Schritt wurde der Entwurf in einer Arbeitsgruppe sowohl von medizinischer als auch von pflegerischer Seite überarbeitet und evaluiert.

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren:

- 1.) Prof. Dr. med. Sven Gottschling, Leitender Arzt des Zentrums für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg,
- 2.) Prof. Dr. Susanne Grundke, Professorin für angewandte Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Pflegebildung an der HTW Saar in Saarbrücken,
- 3.) Prof. Dr. med. Johannes Jäger, Facharzt für Allgemeinmedizin und Lehrbeauftragter am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg,
- 4.) Désirée Schäfer, Master of Science in Pflegewissenschaften.

In einem dritten Schritt wurde der Fragebogen als Online-Fragebogen auf der Umfrage-Serviceplattform „LimeService“ erstellt und die Durchführbarkeit am PC geprüft. Hier hatte man den Vorteil, seine Datenbank mit Einrichtungskontakten zu hinterlegen und den erstellten Fragebogen direkt an diese per E-Mail zu versenden. Mit Erhalt dieser E-Mail konnte der Fragebogen über einen zur jeweiligen E-Mail-

Adresse zugehörigen Zugangsschlüssel online ausgefüllt werden. Er wurde nach Abschluss der Bearbeitung auf „LimeService“ mit einer neuen ID gespeichert, dadurch konnten die Angaben der Einrichtungen anonymisiert werden. Einige Einrichtungen verzichteten jedoch auf die Anonymisierung der Daten und schickten den ausgefüllten Fragebogen unverschlüsselt per E-Mail oder Post zurück.

Der endgültige Fragebogen, der im Anhang 8.6 beigefügt ist, setzte sich aus insgesamt 52 Fragen zu den folgenden Themen zusammen:

3.1.1 Angaben zur Pflegeeinrichtung

Zur Vergleichbarkeit der Einrichtungen und der jeweiligen Auslastung des Personals wurde nach Bewohneranzahl (aufgeteilt nach Pflegestufen), Bettenanzahl und Mitarbeiteranzahl gefragt. Weiterhin wurde der Grad der Orientiertheit der Bewohner erfasst.

3.1.2 Schmerzmessung

Zur Aufnahme der aktuellen Situation der Schmerzmessung wurde nach hausinternen Standards (der hausinternen Vorgehensweise), Schmerzmessinstrumenten (Selbst- und Fremdeinschätzungsskalen) und Schulungen für Pflegefachpersonal gefragt.

3.1.3 Schmerzdokumentation

Es wurden Form, Art und Frequenz der Dokumentation erfasst.

3.1.4 Schmerztherapie

Es wurden Standards, individuelle Schmerzbehandlungspläne sowie medikamentöse und komplementäre Therapieformen abgefragt.

3.1.5 Medikamentenreview

Zur Ermittlung der Einstellung des Pflegefachpersonals gegenüber verschiedenen Schmerzmedikamenten wurde nach der Einschätzung von Wirksamkeit und Risikobehaftung von Nicht-Opioid-Analgetika, schwachen und starken Opioiden auf einer Skala von 1 bis 5 gefragt.

3.1.6 Zusatzqualifikation Pflegefachpersonal

Zur Aufnahme der aktuellen Situation an Zusatzqualifikationen beim Pflegefachpersonal wurde die Anzahl an Zusatzqualifikationen im Bereich Schmerzen, Gerontopsychiatrie und Palliativmedizin ermittelt.

3.1.7 Ärztliche Betreuung

Es wurde nach Zusatzqualifikationen, Zugänglichkeit einer Schmerztherapie und vorausschauender Planung der Schmerztherapie gefragt.

Bei den Antwortmöglichkeiten handelte es sich meist um vorgegebene Antworten, wobei Einfach- oder Mehrfachnennungen möglich waren; auch Freitextfragen und Zahlenangaben waren enthalten.

Einige Fragen konnten nur beantwortet werden, wenn die vorherige Frage zum Beispiel mit „ja“ oder „nein“ beantwortet wurde. Daraus folgte, dass nicht jede Einrichtung alle Fragen beantworten musste. Am Ende des Fragebogens konnte jede Einrichtung Kommentare und Anregungen in einem Freitextfeld hinzufügen.

3.2 Grundgesamtheit der befragten Einrichtungen

Zur Datenerhebung wurden die Kontaktdaten von allen 204 Alten- und Pflegeeinrichtungen im Saarland und in Luxemburg erfasst. Diese gliederten sich wie folgt auf:

- 26 Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland
- 133 Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland
- 45 Einrichtungen der Altenhilfe in Luxemburg

Es handelte sich bei allen Einrichtungen um stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen oder Wohnheime der Behindertenhilfe.

3.3 Datenerhebung

Um eine hohe Rücklaufquote zu erhalten, wurde folgendermaßen vorgegangen: Zuerst wurde der Fragebogen per E-Mail an alle Einrichtungsleitungen oder Pflegedienstleitungen im Saarland und in Luxemburg verschickt. Nach einer Wartezeit von zwei Wochen wurde eine zweite Runde mit E-Mails an die Einrichtungen versandt, welche noch keinen Fragebogen zurückgeschickt hatten.

Danach wurden alle noch fehlenden Einrichtungen per Telefon kontaktiert, von der Studie unterrichtet und um Mitarbeit gebeten. Einigen Einrichtungen wurden nach Anfrage Fragebögen per Post zugesandt.

Die Datenerhebung erfolgte in einem Zeitraum von vier Monaten, beginnend mit dem Versand der ersten E-Mails Mitte Juni 2015. Der Fragebogen wurde entweder von der Pflegedienstleitung oder der Einrichtungsleitung bearbeitet.

3.4 Statistik

Für die statistische Auswertung wurden die gesammelten Daten aus dem Onlineportal „LimeService“ in das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics importiert. Es erfolgte die deskriptive Statistik für jede einzelne Frage, aufgeteilt in drei Vergleichsgruppen: Behindertenhilfe Saarland, Altenhilfe Saarland und Altenhilfe Luxemburg. Zur Veranschaulichung wurden Tabellen und Grafiken mit Microsoft Excel erstellt. Anschließend wurden die Gruppen untereinander mittels Chi-Quadrat-Test oder Exaktem Test nach Fisher (wenn Zeilen <5) auf signifikante Unterschiede getestet. Die berechneten p-Werte (siehe Anhang 8.7) wurden nach der Holm-Methode adjustiert. Diese wird bei multiplen Tests zur Minimierung des Fehlers 1. Art angewendet.

Für die 15 Einrichtungen der Servior aus Luxemburg wurde zusätzlich eine Sensitivitätsanalyse (Ausschluss der 15 Servior Einrichtungen bei Auswertung Altenhilfe Luxemburg) durchgeführt, da hier die Angaben summarisch für alle Einrichtungen aus der Zentrale des Qualitätsmanagements stammten und nicht von den Einrichtungen selbst.

4 Ergebnisse

4.1 Rücklaufquote

Im Rahmen der Studie wurden 204 Alten- und Pflegeeinrichtungen im Saarland und in Luxemburg befragt. Es liegen die Daten zu 147 Einrichtungen vor. Dies entspricht einer gesamten Rücklaufquote von 72,06%.

Die 147 Einrichtungen setzen sich folgendermaßen zusammen:

111 Einrichtungen aus dem Saarland, davon 18 Einrichtungen der Behindertenhilfe (Rücklaufquote 69,23%) und 93 Einrichtungen der Altenhilfe (Rücklaufquote 69,92%).

36 Einrichtungen aus Luxemburg, alles Einrichtungen der Altenhilfe (Rücklaufquote 80,00%).

Die Ergebnisse werden im Folgenden in den drei Vergleichsgruppen präsentiert. Es werden nur die signifikanten p-Werte bei den jeweiligen Fragen aufgeführt.

4.2 Allgemeine Angaben zu den Einrichtungen

Zusammenfassung der Fragen Nr. 1 bis Nr. 6

4.2.1 Bewohneranzahl aufgeteilt nach Pflegestufen und Betten

	PS 0	PS 1	PS 2	PS 3	davon Härfefälle	1-Bett- Zimmer	2-Bett- Zimmer
Behindertenhilfe Saarland	6 (11)	7 (23)	7 (20)	3 (18,5)	0 (0)	18 (21,25)	8 (21,75)
Altenhilfe Luxemburg	gesamte Bewohneranzahl: 95,5 (55,5)					81 (108,5)	1 (11)
Altenhilfe Saarland	7 (9)	29 (24)	23 (19)	9 (8)	0 (1)	42 (31,5)	16 (18,5)

Tab. 1: Bewohneranzahl aufgeteilt nach Pflegestufen und Betten PS=Pflegestufe, Angabe von Median (IQR), Anmerkung: In Luxemburg gibt es keine Pflegestufen.

4.2.2 Mitarbeiteranzahl

	insgesamt	Pflegfachkräfte	Pflegehilfskräfte	Andere
Behindertenhilfe Saarland	20 (62,25)	12 (19,75)	3 (4,75)	12,5 (38,25)
Altenhilfe Luxemburg	78,25 (77,5)	20,88 (22,03)	27,58 (31,06)	7 (13,56)
Altenhilfe Saarland	53 (36,86)	15 (10,5)	15 (13)	19 (23,04)

Tab. 2: Mitarbeiteranzahl Angabe von Median (IQR)

4.2.3 Pflegeschlüssel

Der Pflegeschlüssel gibt die Anzahl der von wenigstens einer Pflegevollzeitkraft zu betreuenden Bewohner vor. Hier entsprechen alle Angaben dem saarländischen Pflegeschlüssel (vgl. Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur pflegerischen Versorgung in der vollstationären Pflege, S. 14 f.). In Luxemburg gibt es keinen Pflegeschlüssel.

Pflegestufe 0 1: 6-7,6

Pflegestufe 1 1: 3,2-3,66

Pflegestufe 2 1: 2,65

Pflegestufe 3 1: 2,05

4.2.4 Wie viel Prozent Ihrer Bewohner sind „orientiert“?

	voll orientiert	teilweise orientiert	nicht orientiert
Behindertenhilfe Saarland	27,5 (29,25); 36,67	37,5 (25,75); 39,39	20 (37); 23,94
Altenhilfe Luxemburg	30 (34,33); 31,5	30 (27,5); 29,87	30 (30); 33,87
Altenhilfe Saarland	25 (20); 26,35	35 (16); 36,29	35 (27,5); 37,35

Tab. 3: Grad der Orientiertheit der Bewohner Angabe von Median (IQR) in %; Mittelwert in %

Etwa zwei Drittel der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen sind nicht mehr voll orientiert.

4.3 Spezielle Fragen zur Schmerzmessung und Schmerztherapie

Die Ergebnisse der einzelnen Fragen werden im Folgenden in Prozentzahlen und der entsprechenden Anzahl an Einrichtungen in Klammern wiedergegeben.

4.3.1 Fragen zur Schmerzerfassung bei Erstaufnahme

Frage Nr. 7: Gibt es in der Einrichtung eine hausinterne schriftliche Festlegung zur Schmerzerfassung?

	ja	nein	weiß ich nicht
Behindertenhilfe Saarland	22,22% (4)	72,22% (13)	5,56% (1)
Altenhilfe Luxemburg	86,11% (31)	13,89% (5)	
Altenhilfe Saarland	100% (93)		

Tab. 4: Angaben zum Vorhandensein einer hausinternen schriftlichen Festlegung zur Schmerzerfassung

Eine hausinterne schriftliche Festlegung zur Schmerzerfassung gibt es in 86,11% der Einrichtungen der Altenhilfe in Luxemburg und in allen Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland, während es in mehr als drei Viertel der Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland eine solche Festlegung noch nicht gibt oder man es nicht weiß (vgl. Tab. 4). Hier besteht ein hochsignifikanter Unterschied zwischen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe im Saarland ($p < 0,01$).

Frage Nr. 8: Erfolgt bei jedem Bewohner im Zuge der Erstaufnahme in die Einrichtung eine Schmerzeinschätzung?

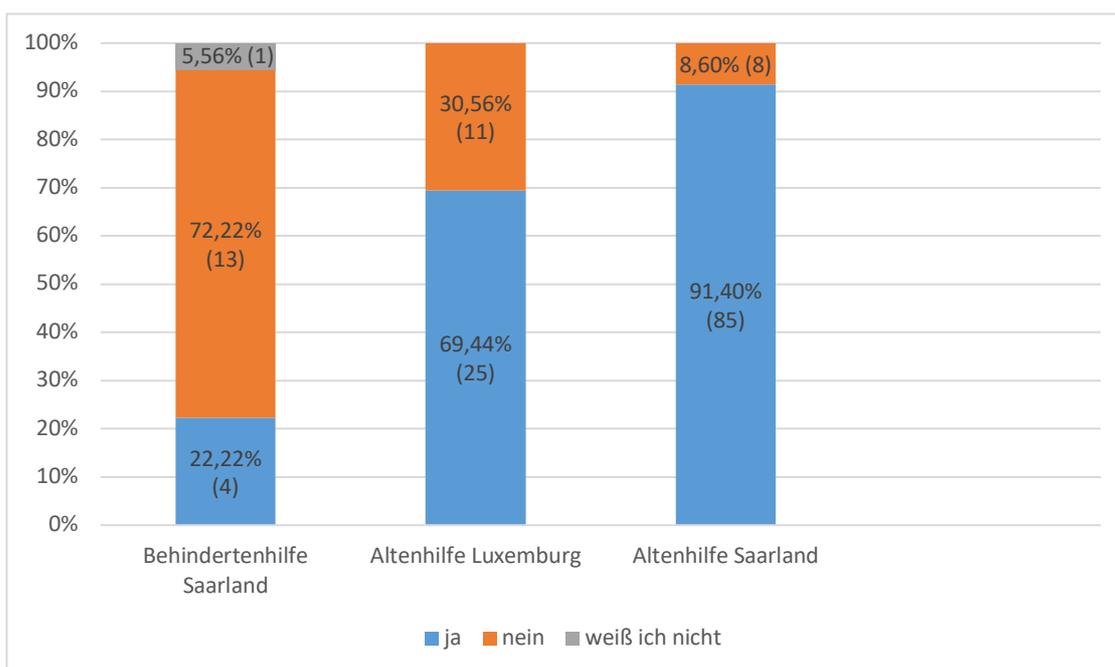


Abb. 4: Angaben zur Durchführung einer Schmerzeinschätzung bei Erstaufnahme eines Bewohners in die Einrichtung

Der Großteil der Einrichtungen der Behindertenhilfe (72,22%) führt bei Erstaufnahme des Bewohners in die Einrichtung keine Schmerzeinschätzung durch, während in den Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland bei fast jeder Erstaufnahme (91,40%) eine Schmerzeinschätzung durchgeführt wird. Auch hier besteht ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0,01$) zwischen diesen beiden Gruppen. Fast jede dritte Altenhilfeeinrichtung in Luxemburg (30,56%) gibt an, keine initiale Schmerzeinschätzung durchzuführen (vgl. Abb. 4).

Die folgenden drei Fragen konnten nur beantwortet werden, wenn bei der Frage zuvor angegeben wurde, dass eine Schmerzeinschätzung bei Erstaufnahme durchgeführt wird.

Frage Nr. 9: Welche Aspekte sind Teil dieser ersten Schmerzeinschätzung?

Behindertenhilfe Saarland:

Alle Einrichtungen (4) erfassen Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit und Schmerzlokalisierung. 75,00% (3) erfassen Schmerzzeitpunkt und 50,00% (2) Schmerzdauer.

Sonstiges: Begleitsymptome

Altenhilfe Luxemburg:

Alle Einrichtungen (25) erheben Schmerzstärke und Schmerzlokalisierung. 88,00% (22) erheben Schmerzhäufigkeit, 84,00% (21) Schmerzzeitpunkt und 76,00% (19) Schmerzdauer.

Sonstiges: Schmerzursache, Schmerzlinderung, Schmerzförderung

Altenhilfe Saarland:

98,82% (84) erfragen Schmerzstärke, 91,76% (78) Schmerzlokalisierung, 90,59% (77) Schmerzhäufigkeit, 85,88% (73) Schmerzzeitpunkt und 78,82% (67) Schmerzdauer bei ihrer ersten Schmerzeinschätzung.

Sonstiges: Schmerzursache/-auslöser, Schmerzqualität, schmerzverstärkende Faktoren, akuter/chronischer Schmerz, Schmerzlinderung, Schmerztherapie, Nebenwirkungen von Medikamenten, Krankheitsbild

Frage Nr. 10: Wird die erste Schmerzeinschätzung dokumentiert?

	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	75,00% (3)	25,00% (1)
Altenhilfe Luxemburg	100,00% (25)	
Altenhilfe Saarland	98,82% (84)	1,18% (1)

Tab. 5: Dokumentation der ersten Schmerzeinschätzung

Die Einrichtungen der Altenhilfe, die eine Schmerzeinschätzung bei Erstaufnahme durchführen, geben fast alle an, dass diese dokumentiert wird. Bei den Einrichtungen der Behindertenhilfe erfolgt bei 75% eine Dokumentation (vgl. Tab. 5).

Frage Nr. 11: Wie/Wo wird dokumentiert? (Freitext)

Behindertenhilfe Saarland:

Formular „Schmerzeinschätzungsbogen“, Informationssammlung, Pflegeplanung

Altenhilfe Luxemburg:

Bewohner-/Pflegeakte, elektronische Dokumentation, Schmerzanamnese, Schmerzassessment, Schmerztagebuch

Altenhilfe Saarland:

Anamnese, Schmerzassessment, Schmerzprotokoll, Bewohner-/Pflegeakte, elektronische Dokumentation wie z. B. SIC (eine Software zur Pflegedokumentation), Risikoeinschätzung, Expertenstandard Schmerz, hauseigene Formulare

4.3.2 Fragen zur Wiederholung der Schmerzeinschätzung

Frage Nr. 12: Erfolgt eine regelmäßige Wiederholung der Einschätzung von Schmerzen während des Aufenthalts in Ihrer Einrichtung?

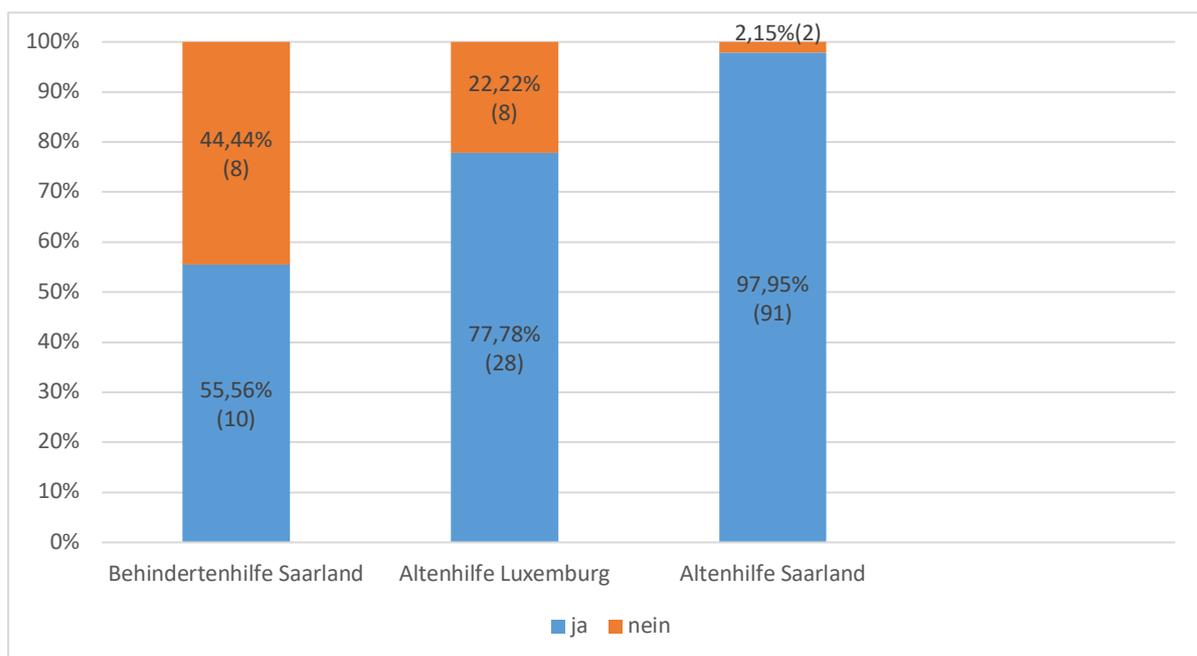


Abb. 5: Angaben zur Durchführung einer regelmäßigen Wiederholung der Einschätzung von Schmerzen

Die Schmerzeinschätzung wird von 55,56% der Einrichtungen der Behindertenhilfe Saarland, 77,78% der Einrichtungen der Altenhilfe Luxemburg und 97,95% der Einrichtungen der Altenhilfe Saarland regelmäßig wiederholt (vgl. Abb. 5). Es zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0,01$) zwischen der Behindertenhilfe und

der Altenhilfe im Saarland und ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen den Altenhilfeeinrichtungen im Saarland und in Luxemburg.

Wenn Antwort bei Frage Nr. 12 „ja“ war, folgte:

Frage Nr. 13: Wie häufig erfolgt die Wiederholung der Einschätzung von Schmerzen?

	nach festem Schema	nach individuellem Bedarf
Behindertenhilfe Saarland	10,00% (1)	90,00% (9)
Altenhilfe Luxemburg	3,57% (1)	96,43% (27)
Altenhilfe Saarland	41,76% (38)	58,24% (53)

Tab. 6: Häufigkeitsangaben zur Wiederholung der Schmerzeinschätzung

Am häufigsten wird hier die Antwortmöglichkeit „nach individuellem Bedarf“ gewählt. Circa 42% der Altenhilfeeinrichtungen im Saarland wiederholen die Schmerzeinschätzung nach einem festen Schema (vgl. Tab. 6).

Wenn Antwort bei Frage Nr. 13 „nach festem Schema“ war, folgte:

Frage Nr. 14: Nach welchem festen Schema erfolgt die Wiederholung?

Behindertenhilfe Saarland:

Nach > 6 Monaten (1 Einrichtung) erfolgt die Wiederholung.

Altenhilfe Luxemburg:

Wöchentlich (1 Einrichtung) kommt es zur Wiederholung.

Altenhilfe Saarland:

Die Wiederholungen erfolgen bei mehr als der Hälfte der Einrichtungen alle drei Monate. Weiter werden folgende Angaben von den Einrichtungen gemacht:

- mehrmals täglich 15,79% (6)
- wöchentlich 10,53% (4)
- monatlich 18,42% (7)
- alle drei Monate 55,26% (21)

Frage Nr. 15: Wenn Sie Schmerzen erfragen, messen Sie...?

	im Ruhezustand	bei Bewegung	bei Pflegetätigkeiten	Sonstiges
Behindertenhilfe Saarland	77,78% (14)	83,33% (15)	83,33% (15)	Fieber, nach Schmerzmittelgabe
Altenhilfe Luxemburg	91,67% (33)	75,00% (27)	77,78% (28)	Beobachtung
Altenhilfe Saarland	92,47% (86)	84,95% (79)	69,89% (65)	Essen/Trinken

Tab. 7: Zeitpunkte der Schmerzeinschätzung

Während in den Altenhilfeeinrichtungen Schmerzen hauptsächlich im Ruhezustand gemessen werden (Luxemburg 91,67%; Saarland 92,47%), messen die Einrichtungen der Behindertenhilfe vorwiegend bei Pflegetätigkeiten und bei Bewegung (je 83,33%) (vgl. Tab. 7).

4.3.3 Fragen zu Schmerzmessinstrumenten

Frage Nr. 16: Nutzen Sie Schmerzmessinstrumente zur Erfassung von Schmerzen?

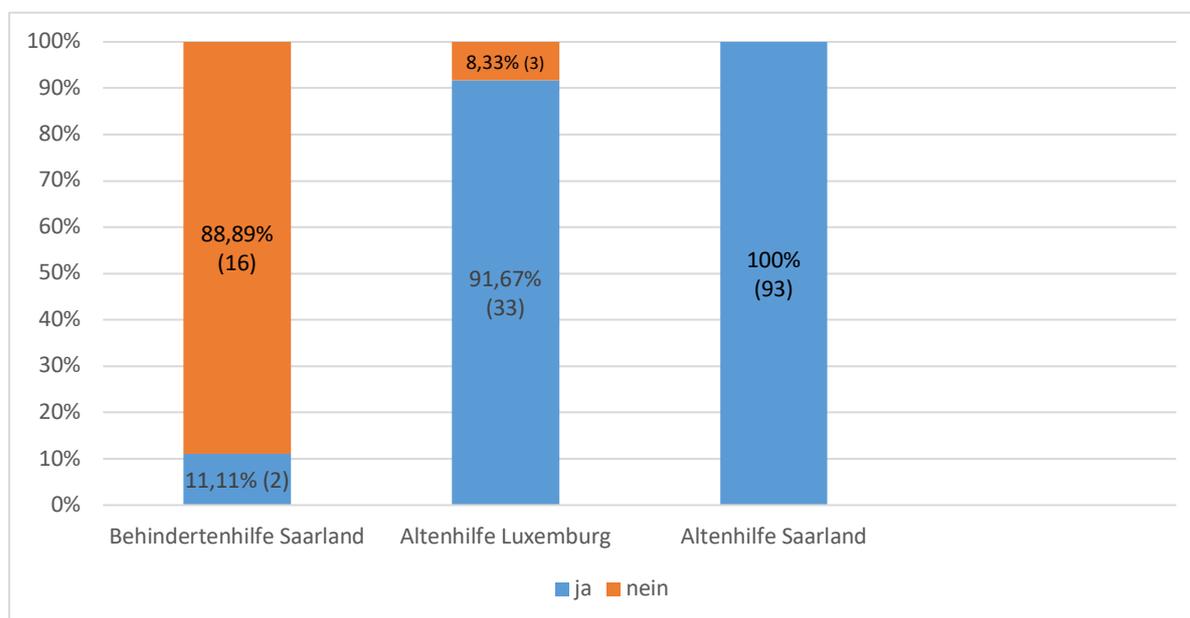


Abb. 6: Nutzung von Schmerzmessinstrumenten

Die Altenhilfeeinrichtungen in Luxemburg und im Saarland geben fast alle an, Schmerzmessinstrumente zur Schmerzeinschätzung zu nutzen. Demgegenüber stehen 11,11% der Behindertenhilfe im Saarland, welche Schmerzmessinstrumente verwenden ($p < 0,01$ im Vergleich mit der Altenhilfe Saarland) (vgl. Abb. 6).

Die folgenden vier Fragen (Nr. 17- 20) wurden nur beantwortet, wenn bei Frage Nr. 16 „ja“ gewählt wurde.

Frage Nr. 17: Welche der folgenden Instrumente nutzen Sie zur Selbsteinschätzung des Bewohners?

	VAS	VRS	NRS	Sonstiges
Behindertenhilfe Saarland	50% (1)	50% (1)	50 % (1)	
Altenhilfe Luxemburg	30,30% (10)	63,64% (21)	33,33% (11)	6,10% (2) Smiley
Altenhilfe Saarland	31,18% (29)	25,81% (24)	86,02% (80)	6,45% (Wong-Baker, Smiley)

Tab. 8: Angaben zur Nutzung von Instrumenten zur Selbsteinschätzung

Frage Nr. 18: Welche der folgenden Instrumente nutzen Sie zur Fremdeinschätzung des Bewohners?

	BESD	BISAD	Doloplus 2	ZOPA	Sonstiges
Behindertenhilfe Saarland		100% (2)			
Altenhilfe Luxemburg	3,03% (1)	6,06% (2)	45,45% (15)		54,55% (18)
Altenhilfe Saarland	76,34% (71)	12,90% (12)	2,15% (2)	4,30% (4)	12,90% (12)

Tab. 9: Angaben zur Nutzung von Instrumenten zur Fremdeinschätzung

Sonstiges:

Altenhilfe Luxemburg: ECPA (17), Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (1)

Altenhilfe Saarland: ECPA, Beobachtung, eigenes Schmerzmanagement

Zur Selbsteinschätzung wird in Luxemburg vorwiegend die VRS, im Saarland eher die NRS benutzt (vgl. Tab. 8). Als Fremdbeobachtungsskalen dienen hauptsächlich ECPA und Doloplus 2 den luxemburgischen Einrichtungen. Im Saarland wird vor allem die BESD in der Altenhilfe und das BISAD in der Behindertenhilfe benutzt. 2,15% der Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland benutzen kein Instrument zur Fremdeinschätzung (vgl. Tab. 9).

Frage Nr. 19: Wie regelmäßig setzen Sie solche Instrumente ein?

	täglich	wöchentlich	monatlich	alle 3 Monate	> 6 Monate
Behindertenhilfe Saarland			50% (1)		50% (1)
Altenhilfe Luxemburg	60,60% (20)	18,18% (6)	9,09% (3)	6,06% (2)	6,06% (2)
Altenhilfe Saarland	23,66% (22)	13,98% (13)	19,35% (18)	43,01% (40)	

Tab. 10: Angaben zur Regelmäßigkeit der Nutzung von Schmerzmessinstrumenten

Schmerzmessinstrumente werden in Luxemburg eher täglich (60,60%) benutzt, während sie im Saarland am häufigsten alle drei Monate (43,01%) zum Einsatz kommen (vgl. Tab. 10). Es besteht ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0,01$) zwischen den beiden Gruppen. Die beiden Einrichtungen der Behindertenhilfe nutzen Schmerzmessinstrumente monatlich und in einem Intervall von mehr als sechs Monaten.

Frage Nr. 20: Werden solche Instrumente auch zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie eingesetzt?

	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	100% (2)	
Altenhilfe Luxemburg	93,94% (31)	6,06% (2)
Altenhilfe Saarland	96,77% (90)	3,23% (3)

Tab. 11: Überprüfung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie mittels Schmerzmessinstrumenten

Fast alle Einrichtungen geben an, dass Schmerzmessinstrumente auch zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie eingesetzt werden (vgl. Tab. 11).

4.3.4 Fragen zu Schulungen für Pflegefachkräfte

Frage Nr. 21: Finden Schulungen für die Pflegefachkräfte bezüglich der Schmerzmessung statt?

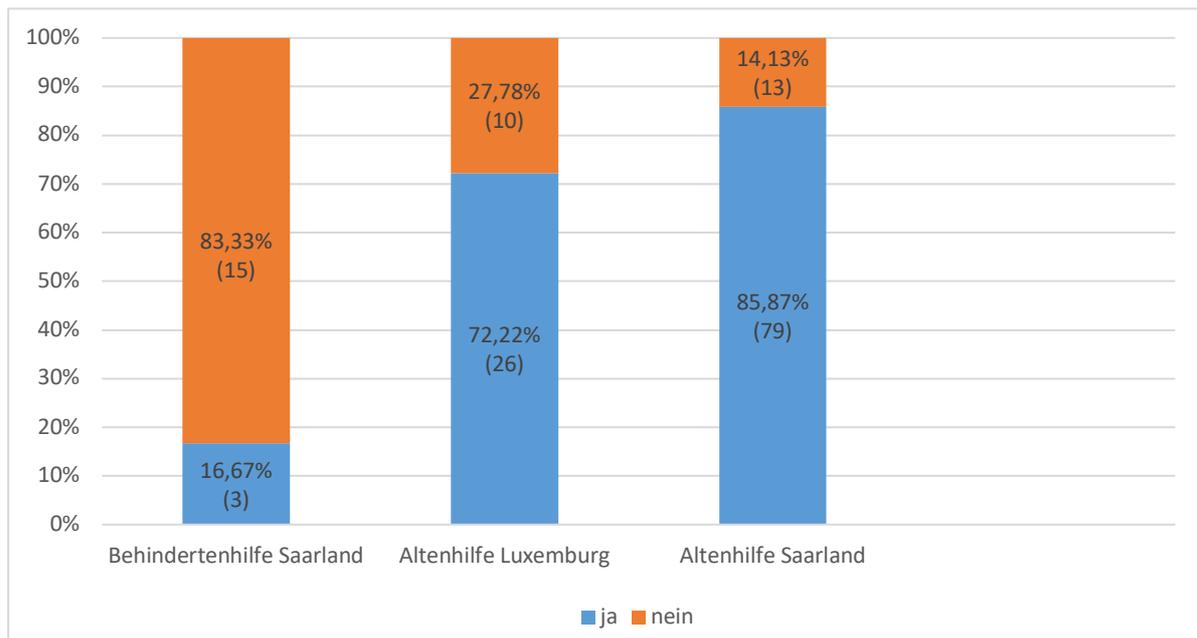


Abb. 7: Stattfinden von Schulungen für Pflegefachkräfte bezüglich Schmerzmessung

Im Saarland finden Schulungen für die Pflegefachkräfte von 16,67% der Behindertenhilfeeinrichtungen und 85,87% der Altenhilfeeinrichtungen statt. Zwischen den beiden Einrichtungsarten besteht hier ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0,01$). In Luxemburg werden Schulungen für 72,22% der Altenhilfeeinrichtungen angeboten (vgl. Abb. 7).

Wurde Frage Nr. 21 mit „ja“ beantwortet, folgten zusätzlich noch die Fragen Nr. 22 und Nr. 23.

Frage Nr. 22: Wann war die letzte Schulung/Fortbildung? Und wer hat sie angeboten?

Behindertenhilfe Saarland: 2014, durch eigene Akademie

Altenhilfe Luxemburg: Großteil 2015, wenige 2014, einmal 2008; Omega 90, Pain Nurse (intern fortlaufende Weiterbildung), interne Schulungen

Altenhilfe Saarland:

Großteil 2015, wenige 2014 und 2013, alle drei Monate, halbjährlich bis jährlich; hausintern, Träger, Qualitätsmanagement, Pflegedienstleitung, Facharzt (mit Palliativmedizin), Apotheker, SAPV-Team, MDK, Demenz-Verein-Saarlouis, Sozialakademie, Firma Varitec, Transcare, Mundipharm

Frage Nr. 23: Handelt es sich dabei um spezielle Schulungen zur Schmerzmessung bei Menschen mit Demenz, die keine Selbstauskunft geben können?

	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	66,67% (2)	33,33% (1)
Altenhilfe Luxemburg	80,77% (21)	19,23% (5)
Altenhilfe Saarland	44,87% (35)	55,13% (43)

Tab. 12: Vorhandensein spezieller Schulungen zur Schmerzmessung bei Menschen mit Demenz

Vor allem in Luxemburg werden spezielle Schulungen zu Schmerzmessung und Demenz für die Pflegefachkräfte angeboten (vgl. Tab. 12).

Frage Nr. 24: Wie sicher fühlt sich der überwiegende Teil der bei Ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte in der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern, die ihre Schmerzen nicht selbst mitteilen können?

Sie fühlen sich...	sehr sicher	sicher	keine Angabe	unsicher	sehr unsicher
Behindertenhilfe Saarland		27,78% (5)	11,11% (2)	50% (9)	11,11% (2)
Altenhilfe Luxemburg		19,44% (7)	11,11% (4)	69,44% (25)	
Altenhilfe Saarland	6,45% (6)	53,76% (50)	20,43% (19)	19,35% (18)	

Tab. 13: Sicherheitsempfinden der Pflegefachkräfte in der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern, die Ihre Schmerzen nicht selbst mitteilen können

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland und der Altenhilfe in Luxemburg fühlen sich deutlich unsicher oder sehr unsicher bei der Einschätzung von Schmerzen (jeweils mehr als 60%). Circa 40% der saarländischen Altenhilfeeinrichtungen geben an, dass sie sich entweder unsicher fühlen oder machen hierzu keine Angabe (vgl. Tab. 13). Es besteht ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Altenhilfeeinrichtungen ($p < 0,01$).

4.3.5 Fragen zur Dokumentation von Schmerzen

Frage Nr. 25: Wird die Schmerzerfassung für jeden Bewohner dokumentiert?

Der Großteil aller Einrichtungen gibt an, dass die Schmerzerfassung für jeden Bewohner dokumentiert wird (Behindertenhilfe Saarland: 83,33% (15); Altenhilfe Luxemburg: 83,33% (30); Altenhilfe Saarland: 89,25% (83)).

Die Fragen Nr. 26 und 27 folgten, wenn Frage Nr. 25 mit „ja“ beantwortet wurde.

Frage Nr. 26: In welcher Form findet die Dokumentation statt?

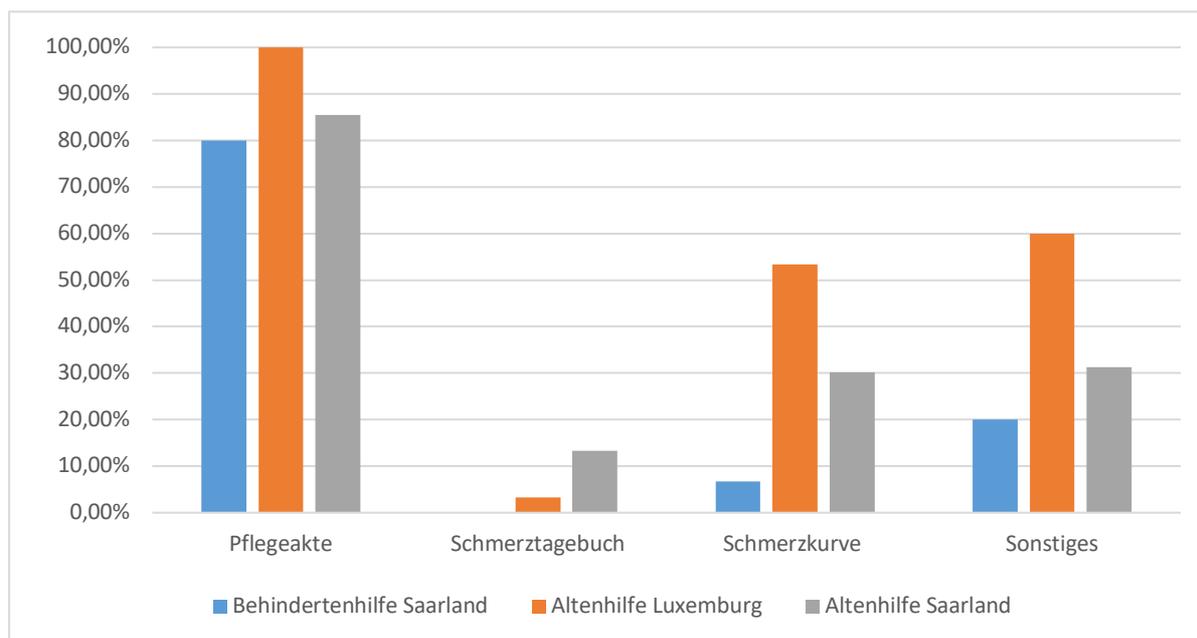


Abb. 8: Dokumentationsformen der Einrichtungen

Die Schmerzerfassung wird in allen Einrichtungen hauptsächlich in der Pflegeakte dokumentiert (Behindertenhilfe Saarland: 80,00%; Altenhilfe Luxemburg: 100%; Altenhilfe Saarland: 86,00%). Etwa die Hälfte der luxemburgischen Einrichtungen (53,33%) gibt an, Schmerzkurven zu erstellen. Im Saarland erfolgt dies in 6,67% der Einrichtungen der Behindertenhilfe und in 30,12% der Einrichtungen der Altenhilfe. Schmerztagebücher werden von allen Einrichtungen am wenigsten ausgewählt (vgl. Abb. 8). An sonstigen Dokumentationsformen wird vorwiegend die elektronische Dokumentation genannt. Außerdem geben die Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland noch an, Schmerzprotokolle, Schmerzeinschätzungsbögen sowie Schmerzverläufe für die Dokumentation zu nutzen.

Frage Nr. 27: Was wird dokumentiert?

	Schmerzstärke	Schmerzhäufigkeit	Schmerzdauer	Schmerz- lokalisation	Schmerz- zeitpunkt
Behindertenhilfe Saarland	60,00% (9)	80,00% (12)	53,33% (8)	86,67% (13)	93,33% (14)
Altenhilfe Luxemburg	96,67% (29)	80,00% (24)	70,00% (21)	90,00% (27)	76,67% (23)
Altenhilfe Saarland	100% (83)	86,75% (72)	73,49% (61)	98,80% (82)	85,54% (71)

Tab. 14: Was wird dokumentiert?

In den Einrichtungen der Altenhilfe wird am häufigsten die Dokumentation von Schmerzstärke und Schmerzlokalisation angegeben. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe dokumentieren vor allem Schmerzzeitpunkt und Schmerzlokalisation. Hier wird die Schmerzstärke nur in 60,00% der Einrichtungen erfasst. Am wenigsten wird von allen Einrichtungen die Dokumentation der Schmerzdauer gewählt (vgl. Tab. 14).

Zusätzlich wird noch Folgendes von den Einrichtungen dokumentiert:

Behindertenhilfe Saarland:

Verhalten, emotionales Befinden, Nebenwirkungen

Altenhilfe Luxemburg:

nonverbale Äußerung, verbale Schmerzkommunikation, „was entlastend wirkt“

Altenhilfe Saarland:

akut/chronisch, Auslöser, Auswirkung, Schmerzqualität, Schmerzlinderung, Medikation

4.3.6 Spezielle Fragen zur Schmerztherapie

Frage Nr. 28: Gibt es in Ihrer Einrichtung eine schriftliche Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie? (z. B. Schmerzskalenwert ≥ 4)?

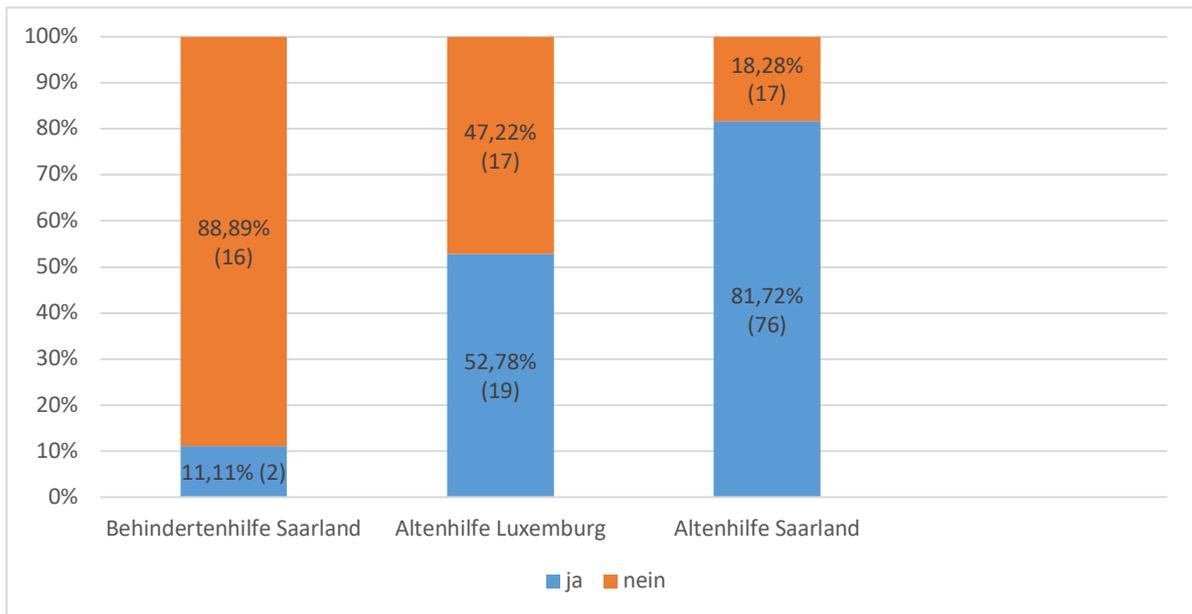


Abb. 9: Vorhandensein einer schriftlichen Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie

Eine schriftliche Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie gibt es laut Angaben in mehr als 80% der Altenhilfeeinrichtungen im Saarland. In Luxemburg gibt etwa die Hälfte der Einrichtungen an, eine solche Festlegung zu haben. Nur 11,11% der Einrichtungen der Behindertenhilfe geben an, eine schriftliche Festlegung zur Einleitung der Schmerztherapie in Ihren Einrichtungen zu besitzen (vgl. Abb. 9). Hier besteht ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0,01$) zur Altenhilfe im Saarland.

Frage Nr. 29: Kennen Sie die Nationalen Expertenstandards?

Wenn „ja“: Frage Nr. 30: Setzen Sie einen dieser Standards (auch teilweise) in Ihrer Einrichtung um?

Bekannt?	ja	nein	Wird umgesetzt?	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	22,22% (4)	77,78% (14)		75,00% (3)	25,00% (1)
Altenhilfe Luxemburg	75,00% (27)	25,00% (9)		81,48% (22)	18,52% (5)
Altenhilfe Saarland	98,92% (92)	1,08% (1)		98,91% (91)	1,09% (1)

Tab. 15: Kenntnis und Umsetzung der Nationalen Expertenstandards

Wurde Frage Nr. 30 mit „nein“ beantwortet, folgte Frage Nr. 31.

Frage Nr. 31: Warum werden die Expertenstandards nicht umgesetzt? (Freitext)

Behindertenhilfe Saarland:

Unbekannt, Eingliederungshilfe („keine übliche Aufgabe“)

Altenhilfe Luxemburg:

Unbekannt in Luxemburg, Demotivation Pflegepersonal, fehlende Eigenmotivation der Mitarbeiter, „als betreutes Wohnheim wird es kaum gebraucht“

Altenhilfe Saarland:

Noch nicht eingeführt

Frage Nr. 32: Gibt es in Ihrer Einrichtung für jeden Bewohner mit dokumentierten Schmerzen einen individuellen Schmerzbehandlungsplan?

	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	50,00% (9)	50,00% (9)
Altenhilfe Luxemburg	80,56% (29)	19,44% (7)
Altenhilfe Saarland	80,65% (75)	19,35% (18)

Tab. 16: Vorhandensein eines individuellen Schmerzbehandlungsplanes für jeden Bewohner

Während circa 81% der Einrichtungen der Altenhilfe sowohl im Saarland als auch in Luxemburg angeben, einen individuellen Schmerzbehandlungsplan für jeden

Bewohner in ihrer Einrichtung zur Verfügung zu haben, ist dies nur in der Hälfte der Einrichtungen der Behindertenhilfe der Fall (vgl. Tab. 16).

Wenn Antwort bei Frage Nr. 32 „ja“ war, folgte:

Frage Nr. 33: Ist die ärztlich verordnete Dauer- und Bedarfsmedikation im individuellen Schmerzbehandlungsplan eindeutig definiert?

	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	100% (9)	
Altenhilfe Luxemburg	89,66% (26)	10,34% (3)
Altenhilfe Saarland	97,33% (73)	2,67% (2)

Tab. 17: Vorhandensein einer eindeutigen Definition der ärztlich verordneten Dauer- und Bedarfsmedikation im individuellen Schmerzbehandlungsplan

Dauer- und Bedarfsmedikation sind im individuellen Schmerzbehandlungsplan überwiegend eindeutig definiert (vgl. Tab 17).

Wenn Antwort bei Frage Nr. 33 „nein“ war, folgte:

Frage Nr. 34: Warum nicht? (Freitext)

Altenhilfe Luxemburg:

Bedarfsmedikation nicht eindeutig definiert, liegt im Ermessen der Pflegefachkraft; Unwissenheit von Personal und Ärzten; keine Kommunikation zwischen Ärzten, „wir haben keine Fachärzte, nur Generäle“, „bis stärkere Schmerzmedikamente verschrieben werden, bedarf es Überzeugungsarbeit des Personals“

Altenhilfe Saarland:

Ärzte nicht ausreichend „Erfahrung“, v. a. Hausärzte; teilweise mehrere Medikamente in Regel- oder Bedarfsmedikation, bei Mehrfachverordnung im Bedarf keine genaue Unterscheidung durch den Arzt, wann welches Medikament gegeben werden soll

Frage Nr. 35: Kennen Sie das WHO-Schema zur medikamentösen Behandlung von Schmerzen?

	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	11,11% (2)	88,89% (16)
Altenhilfe Luxemburg	100% (36)	
Altenhilfe Saarland	78,02% (71)	21,98% (20)

Tab. 18: Kenntnis über das WHO-Schema zur medikamentösen Behandlung von Schmerzen

Fast 90% der Einrichtungen der Behindertenhilfe geben an, das WHO-Schema nicht zu kennen. Auch hier besteht ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0,01$) zu den Altenhilfeeinrichtungen im Saarland, wo etwa jede fünfte Einrichtung angibt, das WHO-Schema nicht zu kennen (vgl. Tab. 18).

Frage Nr. 36: Welche der folgenden Arten der Schmerztherapie setzen die bei Ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte um?

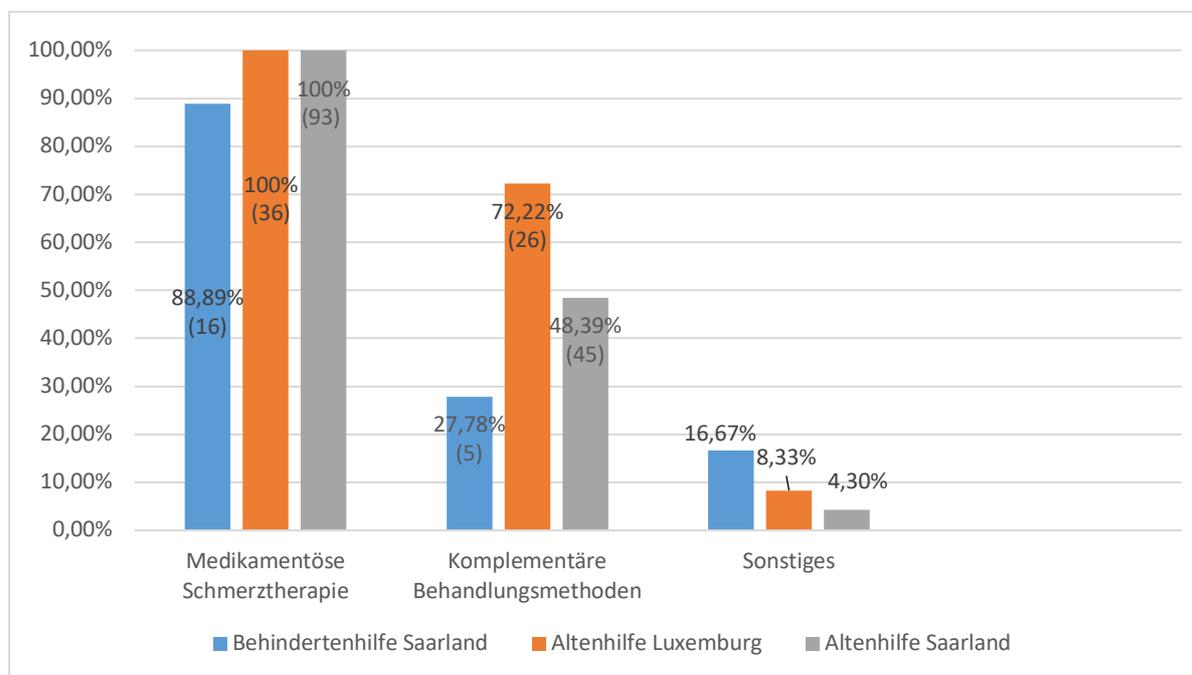


Abb. 10: Arten der Schmerztherapie

In fast allen Einrichtungen werden Schmerzen medikamentös therapiert. Etwa drei Viertel der luxemburgischen Einrichtungen bieten zusätzlich komplementäre Behandlungsmethoden an. Im Saarland gibt etwa die Hälfte der Einrichtungen der Altenhilfe und ein Viertel der Einrichtungen der Behindertenhilfe an, komplementäre Schmerztherapien umzusetzen (vgl. Abb. 10).

An „sonstiger Schmerztherapie“ werden die folgenden genannt: Krankengymnastik, Ergotherapie, Lagerungen, Ganzkörpermassage, Einreibungen und Wärmeflasche.

Frage Nr. 37: Bitte nennen Sie die komplementären Behandlungsmethoden in Ihrer Einrichtung. (Freitext)

Behindertenhilfe Saarland:

Aromatherapie, Entspannungsübungen, atemstimulierende Einreibung, Bewegungstherapie

Altenhilfe Luxemburg:

Aromatherapie, Snoezelen, Entspannungstherapie, Kälte und Wärme, basale Stimulation, Musiktherapie, Kinesitherapie (Physio- und Bewegungstherapie), Hand- und Fußmassage

Altenhilfe Saarland:

Aromatherapie, Entspannungsübungen, Kälte und Wärme, Musiktherapie, Therapiehund, basale Stimulation, Bewegungstherapie, Heilpraktiker, Akupunktur, Klangmassage, Homöopathie, Reiki, Psychotherapie, (SAPV-Team)

Frage Nr. 38: Wie schätzen Sie folgende Schmerzmedikamente auf einer Skala von 1-5 bezüglich ihrer Wirksamkeit bei der Behandlung von Schmerzen ein? (1=niedrige Wirksamkeit; 5=hohe Wirksamkeit)

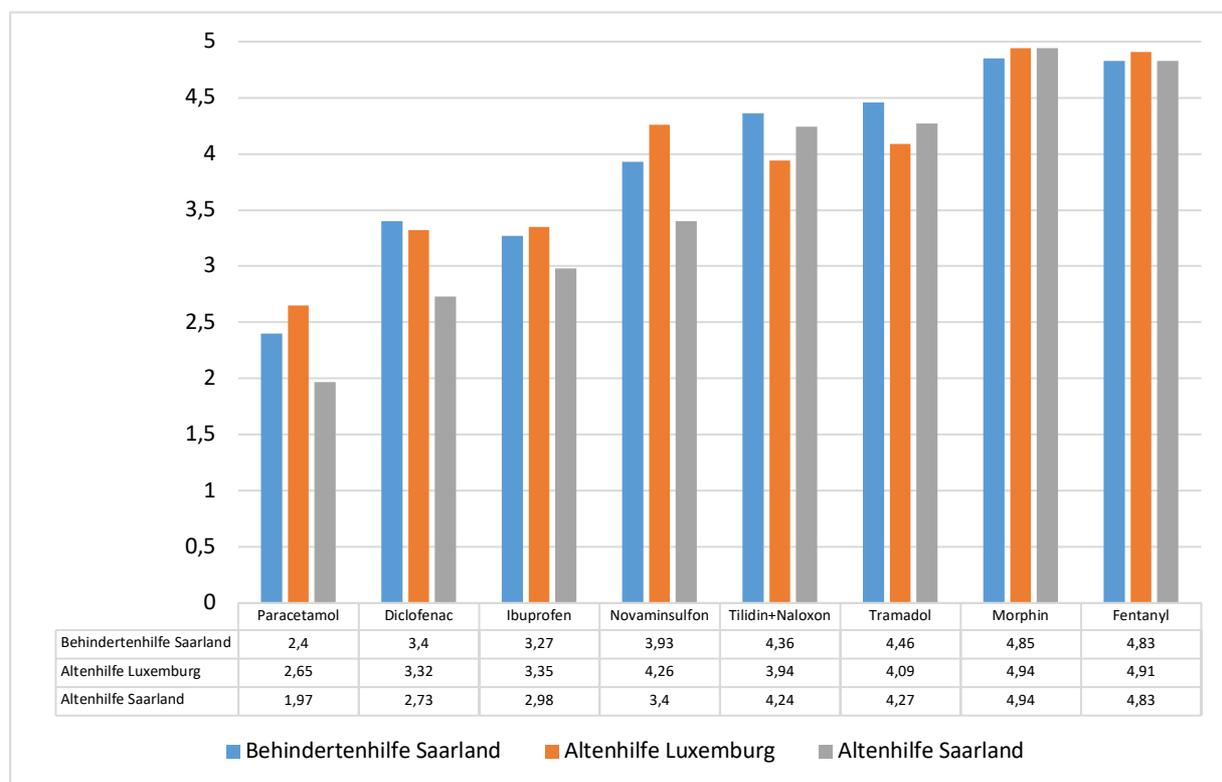


Abb. 11: Geschätzte Wirksamkeit verschiedener Schmerzmedikamente Angaben in Mittelwerten

Paracetamol wird von allen Einrichtungen als schwächstes Schmerzmittel, Morphin als stärkstes Schmerzmittel eingeordnet. Von den Nicht-Opioid-Analgetika wird Novaminsulfon von allen als am stärksten wirksam eingeschätzt. Die Opiode werden von allen Einrichtungen als wirksamste Schmerzmittel eingestuft. Die Einrichtungen der Altenhilfe in Luxemburg geben an, dass Novaminsulfon stärker wirksam sei als Analgetika aus der Gruppe der schwach wirksamen Opiode (vgl. Abb. 11).

Frage Nr. 39: Geschätzte Risikobehaftung von Schmerzmedikamenten auf einer Skala von 1-5?
(1=Risikobehaftung niedrig; 5=Risikobehaftung hoch)

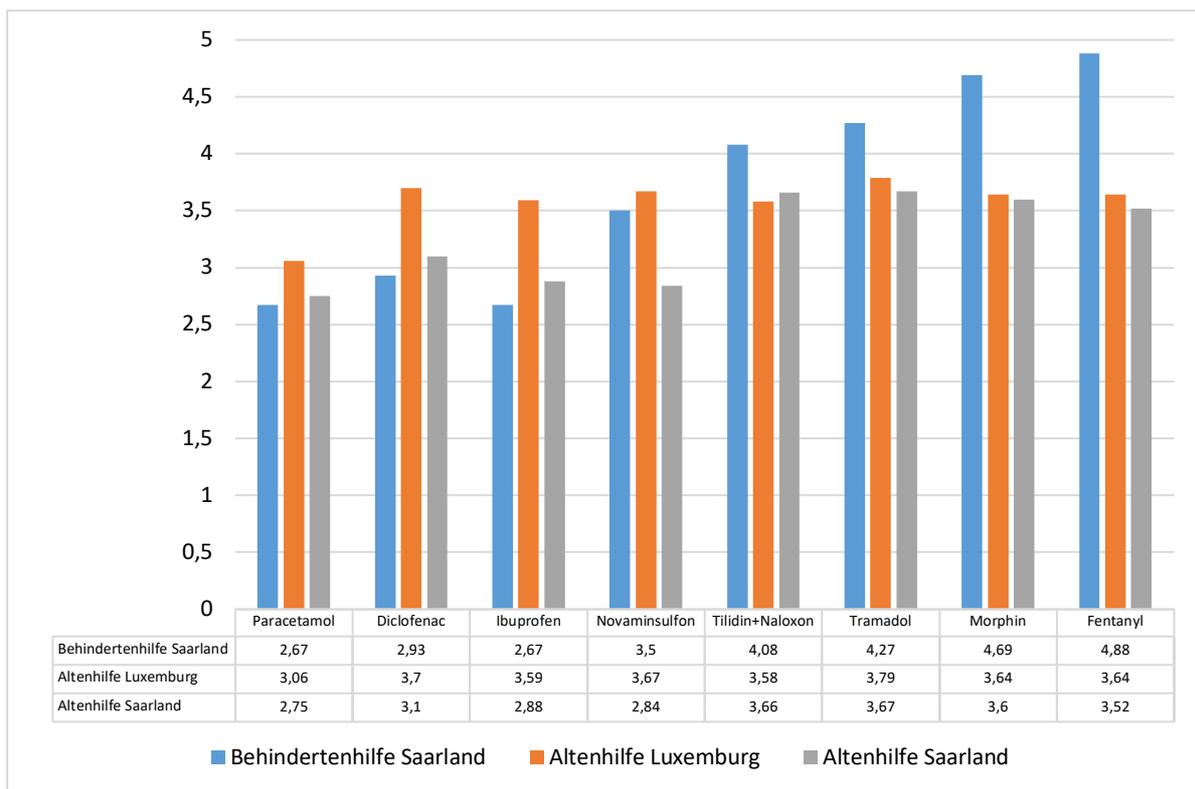


Abb. 12: Geschätzte Risikobehaftung verschiedener Schmerzmedikamente Angaben in Mittelwerten

Die Risikobehaftung der einzelnen Medikamente wird von den drei Vergleichsgruppen unterschiedlich bewertet. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe weisen Fentanyl die größte Risikobehaftung zu. Für die Einrichtungen der Altenhilfe sowohl in Luxemburg als auch im Saarland wird Tramadol als Medikament mit den größten Risiken gewählt. Von den Nicht-Opioid-Analgetika wird durchgängig von allen Einrichtungen Paracetamol als am wenigsten risikobehaftet bewertet. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe wählen Novaminsulfon als Medikament mit den meisten Risiken in der Gruppe der Nicht-Opioid-Analgetika. Die Gruppen der Altenhilfe Saarland und Altenhilfe Luxemburg schätzen Diclofenac als am meisten risikobehaftetes Nicht-Opioid-Analgetikum ein (vgl. Abb. 12).

4.3.7 Fragen zu Pflegefachpersonal und Ärzten

Frage Nr. 40: Wer stößt die Einleitung einer Schmerztherapie in Ihrer Einrichtung an?

	Pflegefachkraft	Ärztin/Arzt	Angehörige/ Betreuer	Sonstiges
Behindertenhilfe Saarland	83,33% (15)	94,44% (17)	50,00% (9)	16,67% Bewohner
Altenhilfe Luxemburg	91,67% (33)	88,89% (32)	55,56% (20)	44,44% Bewohner
Altenhilfe Saarland	100% (92)	51,09% (47)	25,00% (23)	6,52% PDL, Pflegehelfer, Wundmanager

Tab. 19: Anstoßender der Einleitung einer Schmerztherapie

Die Einleitung einer Schmerztherapie erfolgt in den Einrichtungen der Behindertenhilfe vor allem durch die Ärzte, während sie in den Einrichtungen der Altenhilfe in Luxemburg und im Saarland überwiegend durch die Pflegefachkräfte erfolgt. In Luxemburg stoßen zusätzlich fast 90% der Ärzte die Einleitung einer Schmerztherapie an, während es im Saarland circa 50% sind (vgl. Tab. 19).

Frage Nr. 41: Steht Ihrer Einrichtung speziell ausgebildetes Fachpersonal für Schmerzpatienten zur Verfügung?

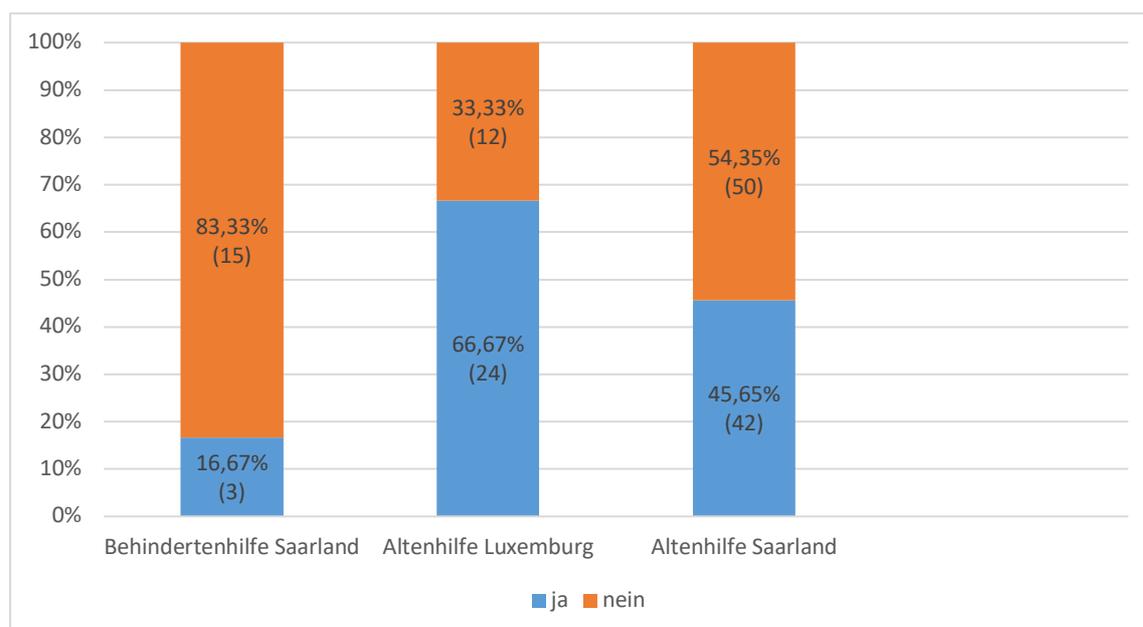


Abb. 13: Vorhandensein von speziell ausgebildetem Fachpersonal für Schmerzpatienten

Laut Datenerhebung stehen den Einrichtungen in Luxemburg vorrangig speziell ausgebildete Pflegefachkräfte zur Verfügung. In der saarländischen Altenhilfe profitieren weniger als die Hälfte, in der saarländischen Behindertenhilfe circa 17% der Einrichtungen von speziellem Fachpersonal der Schmerztherapie (vgl. Abb. 13).

Wurde Frage Nr. 41 mit „ja“ beantwortet, folgten die Fragen Nr. 42 und Nr. 43:

Frage Nr. 42 und Nr. 43: Um welche Art des Fachpersonals handelt es sich dabei?

	Pain Nurse	Fachkraft für Gerontopsychiatrie	Fachkraft für Palliative Care	Sonstiges
Behindertenhilfe Saarland (3)	33,33% (0,09/100 B.)	66,67% (0,26/100 B.)	100,00% (0,51/100 B.)	33,33% (0,09/100 B.)
Altenhilfe Luxemburg (24)	29,17% (0,36/100 B.)	29,17% (0,36/100 B.)	95,83% (31,88/100 B.)	66,67% (1,40/100 B.)
Altenhilfe Saarland (42)	23,81% (0,20/100 B.)	57,14% (0,66/100 B.)	80,95% (0,83/100 B.)	23,81% (0,58/100 B.)

Tab. 20: Fachpersonal der Einrichtungen Anzahl Zusatzqualifikationen in Prozent und pro 100 Heimbewohner (Anzahl/100 B.)

Die Zusatzqualifikation „Palliative Care“ weist die höchste Rate in allen Einrichtungen auf. Es folgen Fachkräfte für „Gerontopsychiatrie“ und „Pain Nurses“. In Luxemburg stehen pro 100 Bewohner 31,88 Fachkräfte für „Palliative Care“ zur Verfügung, im Saarland sind es nur 0,83 Fachkräfte in der Altenhilfe und 0,51 Fachkräfte in der Behindertenhilfe (vgl. Tab. 20).

Sonstiges:

Behindertenhilfe Saarland:

1 Wundexperte

Altenhilfe Luxemburg:

15 Aromatherapeuten, 1 Wundmanager

Altenhilfe Saarland:

2 Wundexperten, 2 SAPV-Kooperation, 4 Schmerzexperten, 1 Reiki

Frage Nr. 44: Wie ist in Ihrer Einrichtung die ärztliche Betreuung der Bewohner geregelt?

	ein Arzt für alle Bewohner (Heimarzt)	individuelle Betreuung durch die Hausärzte
Behindertenhilfe Saarland	11,11% (2)	88,89% (16)
Altenhilfe Luxemburg	5,56% (2)	94,44% (34)
Altenhilfe Saarland		100% (92)

Tab. 21: Ärztliche Betreuung in den Einrichtungen

In allen Einrichtungen erfolgt die ärztliche Betreuung der Bewohner überwiegend durch individuelle Hausärzte (vgl. Tab. 21).

Frage Nr. 45: Persönliche Einschätzung der Qualifikation der Ärzte im Hinblick auf Schmerzbehandlung in %:

	Mittelwert (95% Konfidenzintervall)
Behindertenhilfe Saarland	28,89% (14,86;42,92)
Altenhilfe Luxemburg	29,36% (20,46;38,27)
Altenhilfe Saarland	38,51% (33,21;43,81)

Tab. 22: Persönliche Einschätzung der Qualifikation der Ärzte im Hinblick auf Schmerzbehandlung in %

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe in Luxemburg schätzen die Ärzte zu etwa 30% als qualifiziert bezüglich der Schmerzbehandlung ein, die Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland zu etwa 40% (vgl. Tab. 22).

Frage Nr. 46: Folgende Zusatzqualifikationen der Ärzte liegen vor:

	Geriatric	Schmerz- therapie	Demenz	Palliativ- medizin	Sonstiges	unbekannt/ keine
Behindertenhilfe Saarland	5,56% (1)	5,56% (1)	5,56% (1)		11,11% (2)	66,67% (12)
Altenhilfe Luxemburg	61,11% (22)	50,00% (18)	8,33% (3)	61,11% (22)		8,33% (3)
Altenhilfe Saarland	23,91% (22)	31,52% (29)	22,83% (21)	44,57% (41)	1,09% (1)	21,74% (20)

Tab. 23: Zusatzqualifikationen der Ärzte

Sonstiges: Multiple Sklerose, Sonderpädagogik (Behindertenhilfe Saarland), Akupunktur (Altenhilfe Saarland)

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe geben am häufigsten an, dass ihre Ärzte keine Zusatzqualifikationen haben oder sie nicht darüber Bescheid wüssten. In Luxemburg stehen in je 22 Einrichtungen Ärzte mit Zusatzqualifikationen für „Geriatric“ und „Palliativmedizin“ und in 18 Einrichtungen für „Schmerztherapie“ zur Verfügung. In der Gruppe der Altenhilfe im Saarland geben 41 Einrichtungen an, Ärzte mit Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“ und 29 Einrichtungen, Ärzte mit Zusatzqualifikation „Schmerztherapie“ zur Verfügung zu haben (vgl. Tab. 23).

Frage Nr. 47: Die Kommunikation mit dem Arzt erfolgt sowohl persönlich, per Telefon, per Fax und schriftlich. Da nur eine Einfachantwort möglich war, wurde am häufigsten „persönlich“ gewählt.

Frage Nr. 48: Wie oft findet ein Hausbesuch in Ihrer Einrichtung statt?

	nur nach Anfrage	regelmäßiges Hausbesuchsintervall
Behindertenhilfe Saarland	44,44% (8)	55,56% (10)
Altenhilfe Luxemburg	25,00% (9)	75,00% (27)
Altenhilfe Saarland	17,39% (16)	82,61% (76)

Tab. 24: Angaben zur Häufigkeit von Hausbesuchen

Im Großteil der Einrichtungen der Altenhilfe finden regelmäßig Hausbesuche statt. In circa 45% der Einrichtungen der Behindertenhilfe wird angegeben, dass es nur nach Anfrage zu einem Hausbesuch kommt (vgl. Tab. 24).

Frage Nr. 49: Nutzen Sie dieselben Schmerzeinschätzungsskalen wie der verantwortliche Arzt?

	ja	nein	weiß ich nicht
Behindertenhilfe Saarland	11,11% (2)	16,67% (3)	72,22% (13)
Altenhilfe Luxemburg	72,22% (26)	2,78% (1)	25,00% (9)
Altenhilfe Saarland	19,78% (18)	27,47% (25)	52,75% (48)

Tab. 25: Angaben zur Nutzung gleicher Schmerzeinschätzungsskalen wie der verantwortliche Arzt

Während in den Einrichtungen der Altenhilfe in Luxemburg vorwiegend angegeben wird, dass dieselben Schmerzeinschätzungsskalen von Ärzten und Pflegefachpersonal benutzt werden, wissen 72,22% der Einrichtungen der Behindertenhilfe und 52,75% der Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland nicht, ob dies der Fall ist. 27,47% der Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland geben an, dass sie nicht dieselben Schmerzeinschätzungsskalen wie die verantwortlichen Ärzte

nutzen (vgl. Tab. 25). Hier findet sich ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0,01$) im Vergleich zu Luxemburg.

Frage Nr. 50: Ist zu jeder Zeit ein Arzt bezüglich der Schmerztherapie für Sie zugänglich?

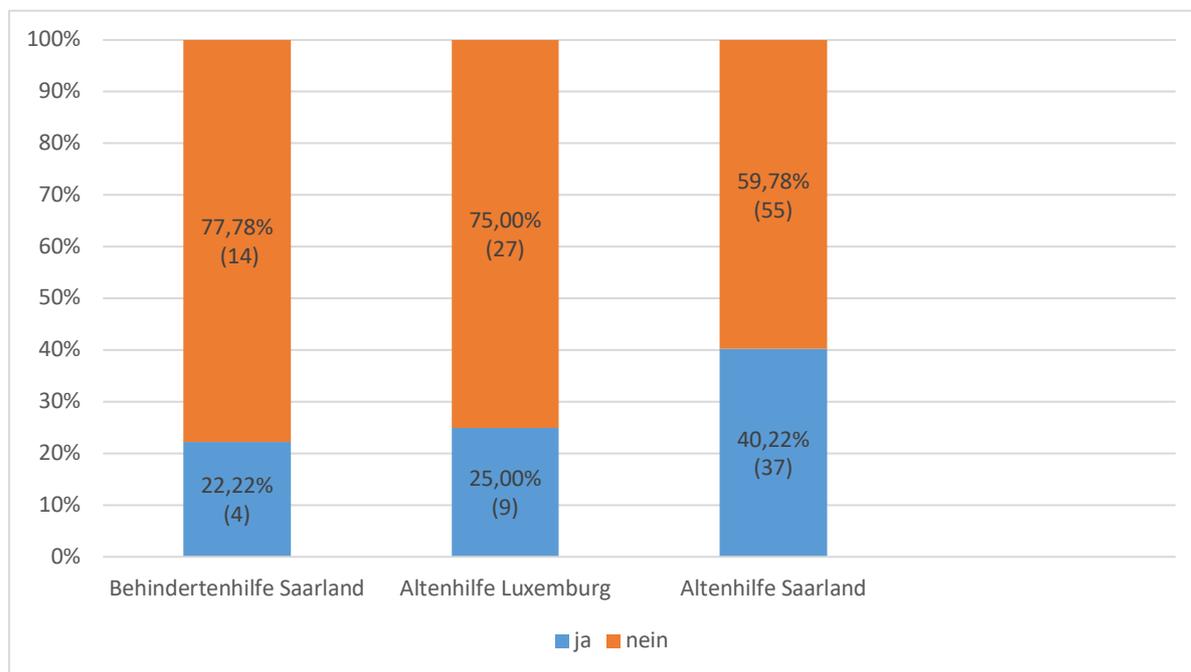


Abb. 14: Angaben zur Zugänglichkeit des Arztes bezüglich der Schmerztherapie

Für drei Viertel der Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland und der Altenhilfe in Luxemburg sei nicht immer ein Arzt für die Schmerztherapie zugänglich. Bei den Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland geben circa 60% der Einrichtungen an, dass ein Arzt für sie nicht jederzeit zur Schmerztherapie zugänglich sei (vgl. Abb. 14).

Wenn die Antwort zu Frage Nr. 50 „nein“ war, folgte:

Frage Nr. 51: Gibt es eine vorausschauende Planung für die Schmerztherapie mit dem verantwortlichen Arzt?

	ja	nein
Behindertenhilfe Saarland	50,00% (7)	50,00% (7)
Altenhilfe Luxemburg	81,48% (22)	18,52% (5)
Altenhilfe Saarland	55,56% (30)	44,44% (24)

Tab. 26: Vorhandensein einer vorausschauenden Planung für die Schmerztherapie mit dem Arzt

Eine vorausschauende Planung für die Schmerztherapie mit dem verantwortlichen Arzt gibt es häufiger in luxemburgischen als in saarländischen Einrichtungen (vgl. Tab. 26).

Frage Nr. 52: Auszüge aus den Anregungen und Kommentaren (Freitext)

ID 311 *„Bezüglich der Schmerztherapie ist nur jederzeit ein Arzt zugänglich, wenn wir bei Palliativ- Bewohnern das SAPV-Team dazu bekommen. Nur 3 Ärzte führen ein regelmäßiges Hausbesuchsintervall durch.“*

ID 73 *„Für unsere Einrichtung steht ein Arzt als ausgebildeter Schmerztherapeut zur Verfügung. Wir müssen bei den meisten Hausärzten um eine Überweisung kämpfen. Die Bewohner, die in Behandlung bei dem Arzt mit der Ausbildung Schmerztherapie sind, sind eindeutig besser eingestellt.“*

ID 75 *„Wir haben noch Probleme bei der Umsetzung der ersten Schmerzerfassung bei Einzug eines neuen Bewohners. Positiv können wir rückmelden, dass eine Kooperation mit dem ambulanten Hospiz Neunkirchen und eine geplante Kooperation mit dem SAPV-Team der Region besteht.“*

ID 84 *„Ein Schmerzassessment bei Aufnahme inklusive Beratung von Klienten und dessen Angehörigen wäre von Vorteil, da dies von Anfang die Bedürfnisse des Einzelnen berücksichtigen würde.“*

ID 85 *„Examinierte Altenpfleger werden in Luxemburg nur als Pflegehilfskräfte beschäftigt und dürfen auch nur diese Tätigkeit ausführen.“*

ID 105 *„Eine bessere Schulung der niedergelassenen Hausärzte wäre wünschenswert. Oft werden Analgetika sehr sparsam (gelegentlich unter der Wirksamkeitsschwelle) verordnet.“*

ID 109 *„Um tatsächlichen Schmerzmittelbedarf zu ermitteln ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Fachkräften, Therapeuten, Bewohner und Angehörigen sehr wichtig. Bewohner werden immer noch nur selten über die Nebenwirkungen aufgeklärt. Komplementäre Behandlungsmethoden werden zu selten in Betracht gezogen.“*

ID 135 *„Einsatz von Dauermedikation nicht nur mit Ibu, Para, Diclo wegen hoher Nebenwirkungen. Magenschutzverordnung bei Verordnung von Schmerzmedikation ist noch kein Standard...“*

ID 285 *„Hätte gerne eine Verpflichtung eines Schmerztherapeuten in Bezug auf alle Betäubungsmittel oder einen Arzt mit der Zusatzqualifikation Schmerz. Dies müsste*

verpflichtend für alle Einrichtungen sein um die Qualität für die Bewohner zu verbessern. Auch müsste eine verpflichtende Fortbildung Schmerz alle 2 Jahre stattfinden.“

ID 291 „Für die durch Pflegekräfte geleistete Arbeit ist der Stellenschlüssel immer noch viel zu knapp, was meist zur Folge hat: wo Zeit fehlt müssen Medikamente her.“

4.4 Sensitivitätsanalyse für die Einrichtungen aus Luxemburg

Die Einrichtungen der Servior, des größten Betreibers von Altenhilfeeinrichtungen in Luxemburg, werden von einer zentralen Direktion geleitet und unterliegen einem für alle Einrichtungen einheitlichen Qualitätsmanagement. Auch wenn die Fragebögen vom zentralen Qualitätsmanagement für die zugehörigen 15 Einrichtungen der Servior bearbeitet wurden, kann man davon ausgehen, dass die Angaben der jeweiligen Einrichtungen aufgrund ihrer einheitlichen Struktur und gleichem Qualitätsmanagement sehr ähnlich ausgefallen wären. Unter Ausschluss dieser 15 Einrichtungen werden auffallend differierende Ergebnisse, die um etwa 20% und mehr vom luxemburgischen Gesamtergebnis (siehe 4.3) abweichen, im Folgenden dargestellt.

Frage Nr. 8: Erfolgt bei jedem Bewohner im Zuge der Erstaufnahme in die Einrichtung eine Schmerzeinschätzung?

	ja	nein
Luxemburg mit Servior	69,44% (25)	30,56% (11)
Luxemburg <u>ohne</u> Servior	47,62% (10)	52,38% (11)

Tab. 27: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich der Schmerzeinschätzung bei Erstaufnahme in die Einrichtung

Der Anteil an luxemburgischen Einrichtungen, die bei Erstaufnahme eine Schmerzeinschätzung durchführen, ist unter Ausschluss der Servior-Einrichtungen geringer (vgl. Tab. 27).

Frage Nr. 19: Wie regelmäßig setzen Sie solche Schmerzmessinstrumente ein?

	täglich	wöchentlich	monatlich	alle 3 Monate	> 6 Monate
Luxemburg mit Servior	60,60% (20)	18,18% (6)	9,09% (3)	6,06% (2)	6,06% (2)
Luxemburg <u>ohne</u> Servior	27,78% (5)	33,33% (6)	16,67% (3)	11,11% (2)	11,11% (2)

Tab. 28: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich der Regelmäßigkeit der Nutzung von Schmerzmessinstrumenten

Bei der Regelmäßigkeit der Nutzung von Schmerzmessinstrumenten verschiebt sich der Hauptanteil der Antworten von „täglich“ Nutzung zu „täglich“ bis „wöchentlicher“ Nutzung (vgl. Tab. 28).

Frage Nr. 21: Finden Schulungen für die Pflegefachkräfte bezüglich der Schmerzmessung statt?

	ja	nein
Luxemburg mit Servior	72,22% (26)	27,78% (10)
Luxemburg ohne Servior	52,38% (11)	47,62% (10)

Tab. 29: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich Schulungen für Pflegefachkräfte

Ohne die Einrichtungen der Servior finden in etwa der Hälfte der Einrichtungen Schulungen statt (vgl. Tab. 29).

Frage Nr. 23: Handelt es sich dabei um spezielle Schulungen zur Schmerzmessung bei Menschen mit Demenz, die keine Selbstauskunft geben können?

	ja	nein
Luxemburg mit Servior	80,77% (21)	19,23% (5)
Luxemburg <u>ohne</u> Servior	54,55% (6)	45,45% (5)

Tab. 30: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich spezieller Schulungen zur Schmerzmessung bei Demenz

Dabei handelt es sich nur noch bei etwa der Hälfte der Einrichtungen um spezielle Schulungen zur Schmerzmessung bei Demenz (vgl. Tab. 30).

Frage Nr. 28: Gibt es in Ihrer Einrichtung eine schriftliche Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie?

	ja	nein
Luxemburg mit Servior	52,78% (19)	47,22% (17)
Luxemburg <u>ohne</u> Servior	19,05% (4)	80,95% (17)

Tab. 31: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich dem Vorhandensein einer schriftlichen Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie

In etwa 19% der restlichen luxemburgischen Einrichtungen gibt es eine schriftliche Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie (vgl. Tab. 31).

Frage Nr. 36: Welche der folgenden Arten der Schmerztherapie setzen die bei Ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte um?

	medikamentös	komplementär
Luxemburg mit Servior	100% (36)	72,22% (26)
Luxemburg <u>ohne</u> Servior	100% (21)	52,38% (11)

Tab. 32: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich Arten der Schmerztherapie

Unter Ausschluss der Einrichtungen der Servior werden komplementäre Maßnahmen in ähnlich vielen Einrichtungen wie in der Gruppe der Altenhilfe Saarland durchgeführt (vgl. Tab. 32).

Frage Nr. 41: Steht Ihrer Einrichtung speziell ausgebildetes Fachpersonal für Schmerzpatienten zur Verfügung?

	ja	nein
Luxemburg mit Servior	66,67% (24)	33,33% (12)
Luxemburg <u>ohne</u> Servior	42,86% (9)	57,14% (12)

Tab. 33: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich speziell ausgebildetem Fachpersonal für Schmerzpatienten

Speziell ausgebildetes Pflegefachpersonal findet sich in etwa 43% der Einrichtungen, ähnlich häufig wie in der Gruppe der Altenhilfe Saarland (vgl. Tab. 33).

Bei Frage Nr. 46 zur Anzahl an Ärzten mit Zusatzqualifikationen wurden von den verbleibenden luxemburgischen Einrichtungen weniger Ärzte mit Zusatzqualifikationen angegeben.

Frage Nr. 51: Gibt es eine vorausschauende Planung für die Schmerztherapie mit dem verantwortlichen Arzt?

	ja	nein
Luxemburg mit Servior	81,48% (22)	18,52% (5)
Luxemburg <u>ohne</u> Servior	58,33% (7)	41,67% (5)

Tab. 34: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich einer vorausschauenden Planung für die Schmerztherapie mit dem verantwortlichen Arzt

Eine vorausschauende Planung der Schmerztherapie mit dem verantwortlichen Arzt erfolgt in etwa gleich vielen luxemburgischen Einrichtungen wie auch in der Gruppe der Altenhilfeeinrichtungen im Saarland (vgl. Tab. 34).

Insgesamt fallen manche Antworten, unter Ausschluss der Servior-Einrichtungen, für Luxemburg negativer aus als unter Einschluss aller luxemburgischen Einrichtungen. Dies zeigt sich in den Bereichen Standards, Schulungen, komplementäre Therapiemaßnahmen und Zusatzqualifikationen von Pflegefachkräften und Ärzten. Auch Bereiche, in denen Luxemburg unter Einschluss aller Einrichtungen deutlich besser gestellt ist, passen sich ohne die Servior-Einrichtungen den Ergebnissen der saarländischen Altenhilfe an. Hier sind insbesondere die komplementären

Maßnahmen, die Zusatzqualifikationen des Pflegefachpersonals und die vorausschauende Planung in der Schmerztherapie mit Ärzten zu nennen. Da die Servior etwa ein Drittel aller luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen stellt, sollten die Angaben des zentralen Qualitätsmanagements nicht vernachlässigt werden. Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen wurden für die einzelnen Servior-Einrichtungen separat aufgeschlüsselt. Hier wird deutlich, dass die Servior mehr Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen hat als andere Einrichtungen. Auch Standards und Schulungen werden für alle Einrichtungen der Servior vom zentralen Qualitätsmanagement vorgegeben.

5 Diskussion

Im folgenden Teil der Arbeit werden durch die Studie Unterschiede im Schmerzmanagement zwischen den drei Vergleichsgruppen aufgezeigt und Aspekte mit Verbesserungspotenzial aufgedeckt sowie die Ergebnisse mit aktuellen Studien verglichen und diskutiert.

Aufgrund der repräsentativen Rücklaufquote von mehr als 70% (147 der eingeschlossenen Einrichtungen) lassen sich konkrete Aussagen zum aktuellen Ist-Zustand des Schmerzmanagements in den Pflegeeinrichtungen machen.

Wie schon in der Literatur von Pick beschrieben (vgl. Pick 2013), scheint auch der Großteil der Bewohner in Pflege- und Wohneinrichtungen für Behinderte oder alte Menschen im Saarland und in Luxemburg nicht mehr voll orientiert zu sein. Auch wenn dies nicht mit einer Demenz oder fehlender Selbstmitteilungsfähigkeit gleichzusetzen ist, scheint doch gerade in diesen Einrichtungen der Anteil an Menschen, die sich nicht selbst äußern können, am größten zu sein und damit ist auch die Fremdeinschätzung von Schmerzen ein wichtiger Punkt im Schmerzmanagement.

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe haben bei der Umfrage bei fast allen Themen deutlich defizitäre Ergebnisse bezüglich des Schmerzmanagements gezeigt. Dies mag zum einen daran liegen, dass die Einrichtungen ihren Schwerpunkt eher auf Erziehung und Eingliederungshilfe legen, zum anderen, dass es noch fast keine Studien zur Schmerzsituation in Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt. Schmerz scheint dort kein vordergründiges Problem darzustellen, wie in Telefonaten mit

Einrichtungsleitungen immer wieder betont wurde, obwohl auch Menschen mit Behinderung unter Schmerzen leiden (vgl. Hartmann 2012). Es scheint in den Einrichtungen noch keinerlei Standards zum Schmerzmanagement zu geben. Weiter repräsentiert diese Gruppe eine Minderheit der Bevölkerung und ist für die Forschung dadurch nicht von gleichem Interesse wie z. B. die Demenz-Gruppe. Durch die Ergebnisse der Studie wird deutlich, dass in diesen Einrichtungen der Bedarf an Verbesserung am größten ist. Weitere Studien zu Schmerzsituation und Schmerzmanagement in Wohnheimen für Behinderte wären wünschenswert.

Die Ergebnisse der Altenhilfeeinrichtungen im Saarland sind in der Gesamtbetrachtung im Vergleich mit den luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen tendenziell positiver ausgefallen. Jedoch sind die Bereiche der personellen Besetzung mit Zusatzqualifikationen und komplementären Behandlungsmethoden in Luxemburg auffallend besser aufgestellt.

5.1 Nutzung von Standards

Nach Studien fehlt es in Pflegeeinrichtungen oft an niedergeschriebenen Richtlinien zum Schmerzmanagement oder, falls vorhanden, an deren Umsetzung (vgl. Allcock u. a. 2002, Keeney u. a. 2008, Jablonski und Ersek 2009, Barry u. a. 2012).

Für Pflegeeinrichtungen im Saarland gilt nach § 113a des SGB XI (vgl. Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung 2016) die verpflichtende Umsetzung der nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege. Während fast alle saarländischen Einrichtungen der Altenhilfe angeben, diese zu kennen und auch umzusetzen, sind sie bei fast 80% der saarländischen Behindertenhilfeeinrichtungen unbekannt. Bei Frage Nummer 28 zu einem Kernpunkt der Expertenstandards zeigt sich aber, dass doch nicht alle Einrichtungen den dortigen Empfehlungen und Handlungsanweisungen folgen, denn in jeder fünften Einrichtung der saarländischen Altenhilfe und fast 90% der Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt es keine schriftliche Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie, wie es in den Expertenstandards deutlich gefordert ist (vgl. DNQP 2011, S. 25). Eine schriftliche Festlegung zur Schmerzerfassung gibt es laut Angaben in allen saarländischen Altenhilfeeinrichtungen.

Auch ein Großteil der luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen kennt die Nationalen Expertenstandards und setzt diese auch um, wobei es in nur etwa 50% eine schriftliche Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie gibt.

5.2 Schmerzmessung

5.2.1 Initiales Schmerzassessment

Ein Kernpunkt der Nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege ist die Erhebung eines initialen Schmerzassessments zu Beginn des pflegerischen Auftrages (vgl. DNQP 2011, 2015). In der Studie geben fast alle Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland an, eine solche Schmerzeinschätzung bei jedem Bewohner durchzuführen, was im Vergleich zur Münster-Studie, wo dies nur 50% der Pflegefachkräfte angaben (vgl. Osterbrink u. a. 2014), ein sehr gutes Ergebnis ist. Die Einrichtungen der Altenhilfe in Luxemburg und der Behindertenhilfe im Saarland könnten sich hier noch verbessern, denn eine initiale Schmerzeinschätzung ist die Grundlage für eine erfolgreiche Schmerztherapie.

Schmerzzeitpunkt und Schmerzdauer werden von allen Einrichtungen bei der Schmerzeinschätzung am wenigsten erhoben. Jedoch gerade die Erhebung der Schmerzdauer ist wichtig, um akuten von chronischem Schmerz unterscheiden zu können. Weiter zeigt die Studie, dass die Altenhilfeeinrichtungen Schmerzen häufiger im Ruhezustand als bei Bewegung oder Pflegeaktivitäten messen. Dies stimmt nicht mit den Ergebnissen der Münster-Studie überein, wo eine Schmerzeinschätzung öfter während Bewegung als in Ruhe erhoben wurde, aber eine Unterscheidung zwischen Ruhe- und Belastungsschmerz fehlte (vgl. Osterbrink u. a. 2014). Die Expertenstandards empfehlen, Schmerzen unbedingt während Bewegung oder Pflegeaktivitäten zu messen, da diese oft schmerzverstärkend wirken (vgl. DNQP 2011), wodurch z. B. bewegungsabhängige Schmerzen erst aufgedeckt werden können.

5.2.2 Schmerzmessinstrumente

Schmerzmessinstrumente werden von den Einrichtungen der Altenhilfe zur Schmerzeinschätzung und Überprüfung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie genutzt, wobei hier ein deutlicher Unterschied in der Nutzungsfrequenz zwischen Luxemburg und dem Saarland besteht. Während Schmerzmessinstrumente in Luxemburg meist täglich zum Einsatz kommen, ist dies im Saarland bei einem Großteil der Einrichtungen nur alle drei Monate der Fall. Zwar scheint jede Einrichtung Zugang zu Schmerzmessinstrumenten zu haben, dennoch haben sie, wie schon in anderen Studien beschrieben (vgl. Peisah u. a. 2014, Osterbrink u. a.

2014, Sirsch u. a. 2015), auch im Saarland noch keinen festen Platz im klinischen Alltag. Mögliche Gründe hierfür sind fehlendes Wissen zu den Instrumenten und zur Anwendung (vgl. Sirsch u. a. 2015) und daraus resultierender Unsicherheit bei deren Benutzung, insbesondere bei Fremdeinschätzungsinstrumenten, oder auch Zeitmangel (vgl. DNQP 2011, S.47). Achterberg u. a. sehen hier Verbesserungsmöglichkeiten durch eine speziellere Ausbildung und Training für Pflegefachkräfte (vgl. Achterberg u. a. 2013). Auch Sirsch u. a. empfehlen, die Schmerzeinschätzung bei Demenz durch Schulung und Evaluation besser zu begleiten sowie Aus- und Fortbildungen anzubieten (vgl. Sirsch u. a. 2015). Insbesondere das Erkennen und Interpretieren von schmerzbedingten Gesichtsausdrücken sollte trainiert werden, da diese als beste Schmerzindikatoren bei nicht kommunikationsfähigen Menschen gelten und Teil von standardisierten Beobachtungsinstrumenten sind (vgl. Hadjistavropoulos u. a. 2014, Kaasalainen u. a. 2013).

Wissen und Training führen zu mehr Sicherheit und Selbstvertrauen beim Pflegefachpersonal in der Schmerzeinschätzung und damit auch zur regelmäßigeren Nutzung von Schmerzmessinstrumenten (vgl. Savvas u. a. 2014).

Im Gegensatz zu den Altenhilfeeinrichtungen werden nur in etwa 10% der Einrichtungen der Behindertenhilfe Schmerzmessinstrumente genutzt.

5.2.3 Wiederholung der Schmerzeinschätzung

Eine Wiederholung der Schmerzeinschätzung erfolgt nach Angaben fast aller Altenhilfeeinrichtungen (97,95%) im Saarland regelmäßig. Bei der Nachfrage nach der Häufigkeit zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Einrichtungen, die dabei nach einem festen Schema vorgehen, erst nach drei Monaten eine Schmerzeinschätzung wiederholen. Im Pflegelehrbuch „Arbeitsorganisation in der Altenpflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung“ wird in der Verfahrensanweisung zur Umsetzung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ eine Wiederholung der Schmerzeinschätzung nach drei Monaten und bei Änderung des Zustandes angegeben (vgl. Müller 2015, S. 313). Möglicherweise ist dies eine Angabe aus einer älteren Version des Expertenstandards und erklärt die Angaben der saarländischen Pflegefachkräfte. Im aktuellsten Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ wird eine Wiederholung nach individuell festgelegtem Bedarf, aber mindestens einmal im

Monat, empfohlen (vgl. DNQP 2015, S. 51). Es fehlt hier noch an konkreten niedergeschriebenen Richtlinien zur Wiederholung einer Schmerzeinschätzung, wie auch schon Osterbrink u. a. (2014) und Keeney u. a. (2008) bemängelten.

Die luxemburgischen Einrichtungen der Altenhilfe und die saarländischen Einrichtungen der Behindertenhilfe geben vorwiegend an, eine Schmerzeinschätzung nach individuellem Bedarf zu wiederholen. Auch wenn diese Antwortmöglichkeit einen großen zeitlichen Spielraum zulässt, entspricht sie der aktuellen oben genannten Empfehlung des Expertenstandards.

Die „Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen“ empfiehlt eine Schmerzeinschätzung bei Bewohnern ohne Schmerzen alle vier Wochen, bei Bewohnern mit stabilen akuten oder chronischen Schmerzen wöchentlich, bei Bewohnern mit instabiler Schmerzsituation engmaschig und bei Beschwerden oder Verhaltensänderungen immer zu wiederholen (vgl. Wulff u. a. 2012). Auch die sich noch in Entwicklung befindende S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ soll eindeutige Empfehlungen zur Wiederholung der Schmerzeinschätzung enthalten (vgl. Osterbrink u. a. 2014).

Gerade bei Bewohnern, die sich nicht selbst mitteilen können, sollte eine Schmerzeinschätzung öfter als „monatlich“ oder „alle drei Monate“ wiederholt werden. Dies könnte durch einen eindeutigen und individuell für jeden Bewohner festgelegten Wiederholungsalgorithmus, wie zum Beispiel von Wulff u. a. gefordert (vgl. Wulff u. a. 2012), gesichert werden.

5.3 Schmerzdokumentation

Die Schmerzerfassung wird von mehr als 80% der befragten Einrichtungen dokumentiert. Dies zeigte sich auch in Osterbrinks Studie, wo 94% der befragten Pflegefachkräfte angaben, eine Schmerzeinschätzung zu dokumentieren (vgl. Osterbrink u. a. 2014). Daraus lässt sich schließen, dass die Dokumentation unabhängig von Einrichtungsart und Land überwiegend durchgeführt wird. Vom DNQP wird als eine Ursache der Unterversorgung von Schmerzpatienten die „lückenhafte Dokumentation“ genannt (vgl. DNQP 2011, S. 47). Dies wurde durch die Studie nur in Teilen abgefragt und lässt sich nur vor Ort überprüfen. Eine vollständige und systematische Dokumentation ist essenziell, um Informationen zur

Schmerzsituation des Bewohners für alle am Pflege- und Heilungsprozess beteiligten Personen zugänglich und nachvollziehbar zu machen (vgl. DNQP 2011, S. 28).

Unterschiede finden sich in der Dokumentationsform: von Pflegeakte über Schmerztagebuch bis hin zu verschiedenen Formblättern ist alles möglich. Wie auch schon in Münster von Osterbrink beschrieben (vgl. Osterbrink u. a. 2014), fehlt es hier an einer einheitlichen Regelung und Form für die Dokumentation.

5.4 Schmerztherapie

5.4.1 Individueller Schmerzbehandlungsplan

Etwa 81% der Altenhilfeeinrichtungen in Luxemburg und im Saarland haben individuelle Schmerzbehandlungspläne für ihre Bewohner. In diesen seien auch Dauer- und Bedarfsmedikation eindeutig definiert. Dennoch fehlt es in jeder fünften Einrichtung an solchen Therapieplänen, die für das Schmerzmanagement chronischer Schmerzen essenziell sind (vgl. DNQP 2015, S.38). Darin festgelegte Dauer- und Bedarfsmedikation, Einnahmezeiten und Dosierungen beeinflussen das Schmerzmanagement positiv durch eine stets gleichbleibende Analgesie. Ohne einen solchen Behandlungsplan besteht die Gefahr der Unterversorgung durch fehlende Schmerztherapie bzw. Unterdosierung von Schmerzmedikamenten oder lediglich Gabe von Bedarfs- statt besserer Dauermedikation (vgl. Tracy und Morrison 2013, Takai u. a. 2010, Smalbrugge u. a. 2007), insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Bewohnern (vgl. Lapane u. a. 2013, Reynolds u. a. 2008, Nygaard und Jarland 2005). Gerade die Gabe von Bedarfsmedikation ist bei Bewohnern, die sich nicht selbst mitteilen können, nicht sinnvoll (vgl. Tracy und Morrison 2013, Reynolds u. a. 2008).

Nach der SHELTER-Studie waren circa 60% der deutschen und 56% der europäischen Pflegeheimbewohner unter ihrer Schmerztherapie gut eingestellt, jedoch erhielten 20-35% der Bewohner keine Therapie oder nur eine Bedarfstherapie (vgl. Lukas u. a. 2015). Nach Kölzschs u. a. Bewertung der Qualität und Angemessenheit einer Schmerzmedikation in Pflegeeinrichtungen mittels eines Messinstruments (deutsche Modifikation der „Pain Medication Appropriateness Scale“) lagen 72% der untersuchten Bewohner unter dem definierten Grenzwert für eine angemessene Schmerztherapie (vgl. Kölzsch u. a. 2013). Eine Verbesserung wäre auch hier möglich, zum Beispiel mit der verpflichtenden Einführung von

individuellen Schmerzbehandlungsplänen. Kölzsch u. a. zeigten auch, dass Bewohner mit einer fest angesetzten Dauermedikation besser eingestellt waren als Bewohner ohne diese. Am besten waren Bewohner mit fest angesetzter Dauermedikation und zusätzlicher Bedarfsmedikation versorgt (vgl. Kölzsch u. a. 2012).

5.4.2 Medikamente

Unsicherheit und Wissensmängel bezüglich der Schmerzmedikation, insbesondere Opioide betreffend, werden in der Literatur als weitere Barrieren eines erfolgreichen Schmerzmanagements in Pflegeeinrichtungen beschrieben (vgl. Jones u. a. 2004, Matthews und Malcolm 2007, Zwakhalen u. a. 2007, Barry u. a. 2012, Burns und McIlpatrick 2015).

Etwa jede fünfte Einrichtung der Altenhilfe Saarland und fast 90% der Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland geben bei der Umfrage an, dass WHO-Stufenschema zur medikamentösen Schmerztherapie nicht zu kennen. Eine Etablierung des WHO-Stufenschemas zur medikamentösen Schmerztherapie sollte Gegenstand einer Schulung für Pflegefachkräfte sein.

Erfreulich ist die Bewertung der Wirksamkeit der Schmerzmedikamente von allen Einrichtungen, wonach Paracetamol als schwächstes und Morphin als stärkstes Schmerzmittel eingeordnet werden.

Bei der Einschätzung der Risikobehaftung der Schmerzmedikamente unterscheiden sich die Angaben der drei Vergleichsgruppen.

Bei den Nicht-Opioid-Analgetika wird Paracetamol zwar von allen Einrichtungen als am wenigsten risikobehaftet bewertet, aber die Mittelwerte liegen hier auf einer möglichen Skala bis 5 (= höchste Risikobehaftung) schon bei 2,67-3,06. Von den Fachgesellschaften wird Paracetamol als Medikament erster Wahl bei muskuloskelettalen Schmerzen beim alten Menschen empfohlen, wobei dennoch Vorsicht aufgrund einer potenziell hepatotoxischen Wirkung, möglichen Blutdrucksteigerung und eines Interaktionspotenzials mit Kumarinen geboten ist (vgl. Luttosch und Baerwald 2014, Launiainen u. a. 2010).

Paracetamol sollte deshalb nicht als nebenwirkungsarmes und ungefährliches Schmerzmedikament eingeschätzt werden. Dies spiegelt sich positiv in der festgestellten Risikobewertung wider.

Metamizol wird von den Einrichtungen der Behindertenhilfe als risikoreichstes Schmerzmedikament unter den Nicht-Opioid-Analgetika eingeschätzt. Bei den Einrichtungen der Altenhilfe aus Luxemburg rangiert Metamizol unter allen Schmerzmedikamenten auf dem dritten Rang bei der Risikobehaftung. Interessanterweise wird in Deutschland nach der SHELTER-Studie und nach Hoffmann und Schmiemann in 41% der Fälle mit Abstand am häufigsten Metamizol zur Schmerztherapie in Pflegeeinrichtungen eingesetzt, während es in anderen europäischen Ländern nur in 12% der Fälle verabreicht wird oder sogar nicht mehr auf dem Markt ist (vgl. Hoffmann und Schmiemann 2016, Lukas u. a. 2015, American Geriatrics Society 2009). Dies konnte auch von weiteren Studien bestätigt werden (vgl. Schulze u. a. 2015, Kölzsch u. a. 2012). Dabei wird Metamizol häufig sogar als Dauermedikation zur Schmerztherapie in den Pflegeeinrichtungen gegeben (vgl. Hoffmann und Schmiemann 2016, Schulze u. a. 2015, Kölzsch u. a. 2012). Durch Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland wird es dementsprechend auch als deutlich weniger risikoreich (Mittelwert von 2,84) im Vergleich zu Luxemburg (Mittelwert von 3,67) und der Behindertenhilfe Saarland (Mittelwert von 3,5) eingeschätzt.

Metamizol wirkt unter den Nicht-Opioid-Analgetika am stärksten analgetisch und zusätzlich spasmolytisch. Es besteht das Risiko einer Überempfindlichkeitsreaktion und in sehr seltenen Fällen einer Agranulozytose, weswegen sein Einsatz nur kurzzeitig empfohlen wird (vgl. Luttosch und Baerwald 2014, Wulff u. a. 2012, Basak u. a. 2010). Besonders das Agranulozytoserisiko wird in der Literatur vielfach diskutiert und führte in einigen Ländern dazu, dass es vom Markt genommen wurde (vgl. Lampl und Likar 2014).

Die Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland und in Luxemburg weisen Diclofenac die größte Risikobehaftung unter den Nicht-Opioid-Analgetika zu. Wie bei allen NSAR kann es unter der Einnahme zu gefährlichen gastrointestinalen (z. B. Perforation, akute Blutung), kardiovaskulären (Risikozunahme für kardiovaskuläre Ereignisse) und renalen Nebenwirkungen (z. B. akutes Nierenversagen), abhängig von Dosis, Einnahmedauer und Alter des Patienten, kommen (vgl. Luttosch und Baerwald 2014, Karow und Lang-Roth 2016). Scheinbar hat das Bewusstsein über die gefährlichen Nebenwirkungen und Risiken von NSAR auch zu einem zurückhaltenden Gebrauch geführt, denn sie spielen im Gegensatz zu früheren Zeiten nur noch eine untergeordnete Rolle in der Schmerztherapie in Pflegeheimen (vgl. Hoffmann und Schmiemann 2016, Sandvik u. a. 2016, Lukas u. a. 2015).

Gegenüber Opioiden bestehen eine Reihe von Vorurteilen sowohl von pflegerischer als auch ärztlicher Seite (vgl. Auret und Schug 2005, Jamison u. a. 2014). Bei einer Umfrage von Kaasalainen u. a. wurde deutlich, dass gerade in Pflegeeinrichtungen eine starke Abneigung und Angst gegenüber dem Einsatz von Opioiden besteht. Ärzte und Pflegefachkräfte gaben an, eine Opioidgabe so lange wie möglich verhindern zu wollen und diese gar nicht bei Bewohnern mit Demenz einzusetzen (vgl. Kaasalainen u. a. 2007). Dies spiegelt sich nicht so deutlich in der eher moderaten Risikoeinschätzung der Opioide durch die Altenhilfeeinrichtungen in Luxemburg und Saarland, im Gegensatz zur hohen Risikoeinschätzung der Einrichtungen der Behindertenhilfe, wider. Die Mittelwerte der Altenhilfeeinrichtungen liegen hier bei allen Opioiden in einem mittleren bis höheren Risikobereich mit Werten zwischen 3,52 und 3,79, wobei Tramadol von beiden Gruppen als Schmerzmedikament mit dem größten Risiko eingestuft wird. Das schwach wirksame Opioid kann vermehrt zu Schwindel führen und dadurch das Sturzrisiko erhöhen (vgl. Vorsanger u. a. 2007). Möglicherweise erfolgt deswegen eine höhere Risikoeinstufung.

In der Langzeitbehandlung chronischer Schmerzen beim älteren Menschen gelten Opioide als sicher und wirksam, wenn Empfehlungen wie eine niedrige Dosierung und Dosisanpassung, Einsatz retardierter Präparate, langsame Titration und regelmäßige Kontrolle, beachtet werden (vgl. DNQP 2015, S. 136, Wulff u. a. 2012). Hervorzuheben ist, dass sie die einzigen Schmerzmedikamente sind, die bei Langzeitanwendung nicht organotoxisch wirken und die meisten Nebenwirkungen einer Toleranz unterliegen (Ausnahme Obstipation), wodurch diese bei längerer Einnahme abnehmen (vgl. American Geriatrics Society 2009, Fine 2012, Wulff u. a. 2012). Die gefürchtete Atemdepression tritt nur bei sehr hohen Dosen auf und ist bei adäquatem Gebrauch nicht von klinischer Relevanz (vgl. Wulff u. a. 2012). Opioide sollten also beim älteren Menschen nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, da sie gerade in der Therapie starker chronischer Schmerzen gegenüber anderen Schmerzmedikamenten von Vorteil sind.

Aktuelle Studien aus Finnland, Dänemark und Norwegen zeigen einen möglichen Umbruch in der Opioidbewertung auf. Dort werden älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen, auch bei Demenzerkrankung, signifikant mehr Opioide im Vergleich zu früheren Zeiten verabreicht (vgl. Pitkala u. a. 2015, Jensen-Dahm u. a. 2015, Sandvik u. a. 2016). Die moderate Risikobewertung der Opioide durch die

Altenhilfeeinrichtungen lässt auch hier auf einen möglichen „Umschwung“ schließen. Dennoch lassen Kommentare der Pflegefachkräfte wie „Oft werden Analgetika sehr sparsam (gelegentlich unter der Wirksamkeitsschwelle) verordnet“ oder „Einsatz von Dauermedikation nicht nur mit Ibu, Para und Diclo wegen hoher Nebenwirkungen, Magenschutzverordnung... noch kein Standard“ aufhorchen und zeigen auch hier Verbesserungspotenzial auf. Aktuelle Medikamentenempfehlungen sollten im Rahmen von Schulungen und Fortbildungen, auch für Ärzte, regelmäßig aufgefrischt werden.

5.4.3 Arten der Schmerztherapie

Vom DNQP wird als weitere Ursache für die Unterversorgung von Schmerzpatienten die inkonsequente Umsetzung moderner Schmerztherapie beschrieben (vgl. DNQP 2011, S.47). Heute existiert eine Vielzahl verschiedener medikamentöser und nicht-medikamentöser, auch als „komplementäre“ Schmerztherapie bezeichnete, Verfahren. Gerade der nicht-medikamentösen Schmerztherapie wird eine immer wichtigere Bedeutung, besonders in der Behandlung chronischer Schmerzen, zugesprochen. Zur Behandlung chronischer Schmerzen wird bei älteren Menschen eine multimodale Therapie, also eine interdisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung mehrerer Fachdisziplinen, empfohlen (vgl. Wulff u. a. 2012). Sie führt auch in dieser Patientengruppe zu einer signifikanten Reduktion der Schmerzintensität und Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Mattenklodt u. a. 2008) und umfasst immer mehrere Therapiestrategien. Diese Maßnahmen dienen auch der Verhinderung körperlicher Beeinträchtigungen und der Förderung von Mobilität im Alter (vgl. Wulff u. a. 2012), was zu einem Erhalt der Selbstständigkeit und damit einem geringeren Pflegebedarf führt.

In der Umfrage wurde bei den Fragen 36 und 37 speziell nach komplementären Therapiemaßnahmen gefragt. Hierbei wurden unter anderem Aromatherapie, Entspannungsübungen, atemstimulierende Einreibung, Bewegungstherapie und Ähnliches genannt. Schmerzen werden zwar in fast allen befragten Einrichtungen der Studie medikamentös therapiert, dafür gibt es aber in weniger als 50% der Einrichtungen der Altenhilfe im Saarland und weniger als 30% der Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland ein Angebot an komplementären Behandlungsmethoden. In Luxemburg bieten mehr als 70% der Einrichtungen vielseitige komplementäre Therapiemaßnahmen an, wie z. B. Kinesitherapie oder

Musiktherapie. Daraus ist jedoch nicht ersichtlich, wie viele Bewohner auch eine komplementäre Schmerztherapie erhalten. In mehr als 50% der Altenhilfeeinrichtungen im Saarland und in mehr als 70% der Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland haben Bewohner keine Möglichkeit, zusätzlich mit komplementären Maßnahmen therapiert zu werden. Auch die SHELTER-Studie zeigte, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen in deutschen Pflegeeinrichtungen noch kein fester Bestandteil in der Schmerztherapie sind. Hier hatten etwa 44% der deutschen Pflegeheimbewohner die Möglichkeit, diese zu erhalten, während insgesamt für weniger als 40% der europäischen Pflegeheimbewohner dieses Angebot bestand (vgl. Lukas u. a. 2015).

Reynolds u. a. zeigten in ihrer Studie zum Schmerzmanagement in Pflegeeinrichtungen, dass Pflegeheimbewohner mit einer kognitiven Beeinträchtigung signifikant weniger Schmerzmedikamente erhielten als Bewohner ohne kognitive Beeinträchtigung. Auch nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen wurden hier, insbesondere bei bestehender kognitiver Beeinträchtigung, sehr selten (5-10%) angeboten (vgl. Reynolds u. a. 2008).

Eine Etablierung nicht-medikamentöser bzw. komplementärer Therapiemöglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen wäre wünschenswert und könnte zur Verbesserung des Schmerzmanagements beitragen. Pflegefachkräfte müssten sich dafür der Wichtigkeit auch solcher Therapiestrategien bewusst sein, um diese erfolgreich einzuleiten oder zu veranlassen.

5.5 Schulungen und Zusatzqualifikationen bei Pflegefachpersonal und Ärzten

In der Literatur wird als weiterer Grund der Unterversorgung von Schmerzpatienten in Pflegeeinrichtungen genannt, dass es an Schulungen und Training für Pflegefachkräfte, insbesondere im Bereich Schmerzeinschätzung und Schmerztherapie, fehle (vgl. Achterberg u. a. 2013).

Die Studie zeigt, dass im Großteil der saarländischen und luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen Schulungen zur Schmerzmessung stattfinden, während dies in nur 17% der Einrichtungen der Behindertenhilfe der Fall ist. Die Schulungen werden sowohl intern als auch extern (Omega 90, Fachärzte, Demenz-Verein, SAPV-Team, MDK, Firmen) regelmäßig angeboten. Dabei werden vor allem in Luxemburg spezielle Schulungen zur Schmerzmessung bei Menschen mit Demenz angeboten (für etwa 81% der luxemburgischen Einrichtungen). Interessanterweise

fühlen sich aber fast 70% der luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen im Erkennen von Schmerzen bei Bewohnern, die sich nicht selbst mitteilen können, unsicher. Hier besteht ein hochsignifikanter Unterschied zur Gruppe der saarländischen Altenhilfeeinrichtungen, wo sich nur etwa 20% hierbei unsicher fühlen. Auch die saarländischen Einrichtungen der Behindertenhilfe fühlen sich größtenteils unsicher oder sehr unsicher in der Schmerzeinschätzung ihrer Bewohner.

Im Vergleich zur Studie von Allcock u. a. (2002), laut der nur 44% der Pflegeeinrichtungen Schulungen und Trainings für ihre Pflegefachkräfte und 34% für ihre Pflegehilfskräfte ermöglichten, bieten die Altenhilfeeinrichtungen im Saarland und Luxemburg dies deutlich häufiger an. Unklar bleibt dennoch, wer an solchen Schulungen wie oft teilnehmen kann und was dort genau in welchem Umfang gelehrt und trainiert wird.

Die bestehende Unsicherheit in der Fremdeinschätzung von Schmerzen wird auch durch Sirschs u. a. Umfrage bestätigt. Pflegefachkräfte äußerten dort, dass „gute Schulung und Einführung und danach Begleitung bei der Anwendung“ noch fehlen (vgl. Sirsch u. a. 2015).

Weitere Studien zu Schulungsprogrammen zeigen, dass diese zu einer deutlichen Verbesserung des Schmerzmanagements in Pflegeeinrichtungen führen (vgl. Weissman u. a. 2000, Keeney u. a. 2008, Tse und Ho 2013, Ghandehari u. a. 2013, Savvas u. a. 2014).

Savvas u. a. konnten durch Vorträge und Workshops im Umfang von etwa zwölf Stunden sowie Trainingseinheiten an zwei halben Tagen die Schmerzwahrnehmung und Schmerzeinschätzung durch das Pflegepersonal signifikant verbessern. Auch eingeführte Leitlinien und Standards wurden nach dem Schulungsprogramm öfter befolgt als zuvor. Zusätzlich stieg auch das Selbstvertrauen der Pflegefachkräfte in der Schmerzeinschätzung von Bewohnern, die sich nicht selbst mitteilen können, signifikant (vgl. Savvas u. a. 2014). Ghandahari u. a. (2013) und Tse und Ho (2014) zeigten, dass mit Hilfe von Schulungsprogrammen das Wissen über adäquates Schmerzmanagement verbessert werden kann und auch Vorurteile und Einstellungen der Pflegefachkräfte, zum Beispiel bezüglich Schmerz und Alter, verändert werden können.

Vermittlung von Wissen und Etablierung von Standards sind Kernpunkte erfolgreicher Schulungsprogramme. Ein solches Schulungsprogramm, einschließlich

eines Trainings zur Schmerzeinschätzung, wäre auch für die Einrichtungen im Saarland und in Luxemburg empfehlenswert und ist im Rahmen des weiteren Projektes geplant.

Speziell ausgebildetes Pflegefachpersonal steht aktuell für etwa 67% der luxemburgischen, aber nur etwa 46% der saarländischen Altenhilfeeinrichtungen und 17% der Behindertenhilfeeinrichtungen zur Verfügung. Dabei handelt es sich in allen Einrichtungen hauptsächlich um Fachkräfte mit der Zusatzqualifikation „Palliative Care“. Am wenigsten ist die Zusatzausbildung zur „Pain Nurse“ personell vertreten. Auffallend ist, dass in Luxemburg fast 32 Fachkräfte pro 100 Bewohner mit einer Zusatzausbildung „Palliative Care“ zur Verfügung stehen, während es im Saarland weniger als eine solche Pflegefachkraft für 100 Bewohner gibt. In Luxemburg ist diese Zusatzausbildung für 40% der Pflegefachkräfte verpflichtend (vgl. Règlement grand-ducal 2010, S. 1875). Nach dem in Deutschland gültigen Expertenstandard muss im Saarland lediglich die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten gewährleistet sein (vgl. DNQP 2015, S.30 f.), aber eine vorgeschriebene Anzahl zu hausinternen Zusatzqualifikationen existiert nicht. Die niedrigen Zahlen an pflegerischen Zusatzausbildungen stimmen mit Dietls und Korczaks beschriebenem Mangel und Bedarf an Fachkräften für Schmerztherapie überein (vgl. Dietl und Korczak 2011, S.11 und 16f.). Im Rahmen des Projektes „Schmerzfreie Stadt Münster“ wurden zur Verbesserung des Schmerzmanagements unter anderem 100 Pflegefachkräfte der verschiedenen Versorgungssektoren zu „Pain Nurses“ ausgebildet (vgl. Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster). Auch im Saarland wäre eine Stärkung von pflegerischen Zusatzausbildungen empfehlenswert.

Zusätzlich stehen manchen Einrichtungen im Saarland auch Ärzte mit Zusatzqualifikationen für „Palliativmedizin“ (41 Einrichtungen), „Schmerztherapie“ (29 Einrichtungen) und „Geriatric“ (22 Einrichtungen) und in Luxemburg mit Zusatzqualifikationen für „Geriatric“ und „Palliativmedizin“ (je 22 Einrichtungen) zur Seite. Allerdings sind hier die Angaben der saarländischen Einrichtungen kritisch zu hinterfragen, denn nach der saarländischen Ärztekammer haben nur 20 niedergelassene Ärzte die Zusatzqualifikation „Schmerztherapie“ und ein niedergelassener Arzt die Zusatzqualifikation „Geriatric“ erworben (nach Rücksprache mit der Ärztekammer des Saarlandes am 25.11.2015). Folgender Kommentar einer Einrichtung lässt aufhorchen: „Die Bewohner, die in Behandlung bei dem Arzt mit der Ausbildung Schmerztherapie sind, sind eindeutig besser

eingestellt“. Eine solche spezialisierte Behandlung sollte auch für Bewohner von Pflegeeinrichtungen in Betracht gezogen werden.

5.6 Kommunikation zwischen Pflegefachpersonal und Ärzten

Zur Schmerzeinschätzung nutzen nur etwa 20% der saarländischen Altenhilfeeinrichtungen, im Vergleich zu 72% der luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen, dieselben Schmerzeinschätzungsskalen wie die behandelnden Ärzte. Etwa 53% der saarländischen Altenhilfeeinrichtungen und 72% der Einrichtungen der Behindertenhilfe wissen nicht, ob sie dieselben Schmerzeinschätzungsskalen wie die Ärzte benutzen. Für etwa 60-78% der Einrichtungen ist nicht jederzeit ein Arzt bezüglich einer Schmerztherapie zugänglich. Für diesen Fall gibt es eine vorausschauende Planung für die Schmerztherapie in 50-56% der saarländischen Pflegeeinrichtungen und etwa 81% der luxemburgischen Einrichtungen.

Es scheint in den saarländischen Pflegeeinrichtungen Kommunikationsdefizite und fehlende Abstimmungen zwischen Pflegefachpersonal und Ärzten zu geben. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit und Verfahrensregelung sind wichtige Bestandteile eines erfolgreichen Schmerzmanagements (vgl. DNQP 2015, S. 35, Nestler u. a. 2015). Im Rahmen des individuellen Schmerzbehandlungsplanes könnten die Pflegefachkräfte gemeinsam mit dem Arzt eine vorausschauende Schmerztherapie, zum Beispiel eine zusätzliche Bedarfsmedikation, für jeden Bewohner festlegen.

5.7 Limitationen der Studie

Eine Beantwortung der Fragen nach sozialer Erwünschtheit kann nicht ausgeschlossen werden. Dies könnte bei den Einrichtungen der Altenhilfe Saarland teilweise der Fall gewesen sein, da die Antworten hier, vor allem zu Kernpunkten der Expertenstandards, insgesamt positiver ausfielen als vermutet. Um die Angaben der Pflegedienstleitungen zu überprüfen, müsste man sich vor Ort ein Bild von den Einrichtungen machen.

Bei Frage Nr. 36 „Welche der folgenden Arten der Schmerztherapie setzen die bei Ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte um?“ wäre die Formulierung „nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden“ statt „komplementäre Behandlungsmethoden“ allgemeiner gewesen. Der Begriff „komplementär“ könnte

von manchen Pflegefachkräften lediglich im Rahmen der Alternativmedizin und Naturheilverfahren missdeutet worden sein.

Außerdem kann nicht sicher gesagt werden, dass die 15 einzelnen Einrichtungen der Servior in Luxemburg die gleichen Antworten abgegeben hätten wie ihr zentrales Qualitätsmanagement (siehe auch 4.5 Sensitivitätsanalyse).

Die Gruppe der Einrichtungen der Behindertenhilfe umfasste mit nur 18 Einrichtungen eine relativ kleine Stichprobe. Es wäre wünschenswert, eine ähnliche Studie mit einer größeren Einrichtungsanzahl zu wiederholen.

5.8 Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland in allen Bereichen des Schmerzmanagements und der Schmerztherapie Verbesserungsbedarf aufweisen. Hier fehlt es an jeglichen Standards zu Schmerzeinschätzung und Schmerzmanagement, Schulungen für Pflegefachkräfte sowie an speziell ausgebildetem Fachpersonal für Schmerzpatienten.

Im Großteil der luxemburgischen und saarländischen Altenhilfeeinrichtungen sind Standards bekannt und werden, wenn auch mit Einschränkung, umgesetzt. Schmerzmessinstrumente sind vor allem im Saarland noch kein fest integrierter Bestandteil im klinischen Alltag. Es fehlt an einheitlichen Richtlinien zur Wiederholung einer Schmerzeinschätzung und zur Schmerzdokumentation. Komplementäre Behandlungsmethoden haben hier noch nicht den gleichen Stellenwert wie die medikamentöse Schmerztherapie erreicht, wobei in Luxemburg deutlich mehr komplementäre Verfahren eingesetzt werden. Schulungen, insbesondere zur Demenz, werden in den meisten Altenhilfeeinrichtungen angeboten, dennoch fühlen sich viele Pflegefachkräfte in der Schmerzeinschätzung bei dementen Bewohnern unsicher. In Luxemburg steht deutlich mehr Pflegefachpersonal mit Zusatzqualifikationen zur Verfügung als im Saarland. Auch scheint die Abstimmung zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung im Saarland weniger intensiv und effektiv zu sein als in Luxemburg.

6 Literaturverzeichnis

1. Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, Liperoti R, Noro A, Frijters DH, Cherubini A, Dell'aquila G, Ribbe MW (2010) Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain* 148(1):70-74
2. Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A (2013) Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 8:1471-1482
3. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 50(Suppl 6):205-224
4. Allcock N, McGarry J, Elkan R (2002) Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community* 10(6), 464–471
5. American Geriatrics Society (2009) The Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(8):1331-1346
6. Auret K und Schug S (2005) Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain. *Drugs & Aging* 22(8):641-654
7. Barry HE, Parsons C, Peter Passmore A, Hughes CM (2012) An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 27(12):1258-1266
8. Basak GW, Drozd-Sokołowska J, Wiktor-Jedrzejczak W (2010) Update on the incidence of metamizole sodium-induced blood dyscrasias in Poland. *J Int Med Res*. 38(4):1374-1380
9. Brecher DB und West TL (2014) Underrecognition and Undertreatment of Pain and Behavioral Symptoms in End-Stage Dementia. *Am J Hosp Care*. 33(3):276-280
10. Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, Arrighi HM (2007) Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 3:186-191
11. Burns M und McIlpatrick S (2015) Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *Int J Palliat Nurs*. 21(10):479-87
12. Chibnall JT, Tait RC, Harman B, Luebbert RA (2005) Effect of Acetaminophen on Behavior, Well-Being, and Psychotropic Medication Use in Nursing Home Residents with Moderate-to-Severe Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 53:1921–1929

13. Cole LJ, Farrell MJ, Duff EP, Barber JB, Egan GF, Gibson SJ (2006) Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain* 129:2957–65
14. Corbett A, Husebo BS, Achterberg WP, Aarsland D, Erdal A, Flo E (2014) The importance of pain management in older people with dementia. *British Medical Bulletin* 111:139-148
15. Dietl M, Korczak D (2011): Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) Bd. 111, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information.
16. DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2011) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Osnabrück
17. DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück
18. Fine PG (2012) Treatment Guidelines for the Pharmacological Management of Pain in Older Persons. *Pain Medicine* 13:57-66
19. Ghandehari OO, Hadjistavropoulos T, Williams J, Thorpe L, Alfano DP, Dal Bello-Haas V, Malloy DC, Martin RR, Rahaman O, Zwakhalen SM u. a. (2013) A controlled investigation of continuing pain education for long term care staff: Pain education programm. *Pain Res Manag.* 18(1):11-18
20. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, Smith JH (2014) Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol.* 13:1216-1227
21. Herr K (2011) Pain Assessment Strategies in Older Patients. *The Journal of Pain.* 12(3) Suppl. 1:3-13
22. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S (2011) Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing* 12(4):230-250
23. Husebo BS, Ballard C, Cohen-Mansfield J, Seifert R, Aarsland D (2014) The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 22(7):708-717

24. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D (2011) Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 343:d4065
25. Husebo BS, Kunz M, Achterberg WP, Lobbezoo F, Kappesser J, Tudose C, Strand LI, Lautenbacher S (2012) Pain Assessment and Treatment Challenges in Patients with Dementia. *Z. Neuropsychol.* 23(4):237-246
26. Jablonski A und Ersek M (2009) Nursing home staff adherence to evidence-based pain management practices. *J Gerontol Nurs.* 35(7):28-34
27. Jamison RN, Sheehan KA, Scanlan E, Matthews M, Ross EL (2014) Beliefs and attitudes about opioid prescribing and chronic pain management: survey of primary care providers. *J Opioid Manag.* 10(6):375-382
28. Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A, Mortensen PB, Waldemar G (2015) Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: A study of the entire elderly population of Denmark. *Alzheimers Dement.* 11(6):691-699
29. Jones KR, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir CP, Scott J, Clark L, Mellis K (2004) Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *Gerontologist.* 44(4):469-478
30. Kaasalainen S, Akhtar-Danesh N, Hadjistavropoulos T, Zwakhalen S, Verreault R (2013) A comparison between behavioral and verbal report pain assessment tools for use with residents in long term care. *Pain Management Nursing* 14(4): e106-114
31. Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, Papaioannou A, Hadjistavropoulos T, Emili A, Ploeg J (2007) Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *West J Nurs Res.* 29(5):561-580
32. Karow T und Lang-Roth R (2016) *Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Vorlesungsorientierte Darstellung und klinischer Leitfaden für Studium und Praxis.* 24. Auflage. Köln
33. Keeney CE, Scharfenberger JA, O'Brien JG, Looney S, Pfeifer MP, Hermann CP (2008) Initiating and sustaining a standardized pain management program in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc.* 9(5):347-353
34. Kölzsch M, Könner F, Kalinowski S, Wulff I, Dräger D, Kreutz R (2013) Qualität und Angemessenheit der Schmerzmedikation. Instrument zur Einschätzung bei Pflegeheimbewohnern. *Schmerz* 27:497–505

35. Kölzsch M, Wulff I, Ellert S, Fischer T, Kopke K, Kalinowski S, Dräger D, Kreutz R (2012) Deficits in pain treatment in nursing homes in Germany: a cross-sectional study. *Eur J Pain* 16(3):439–446
36. Kröner-Herwig B (2004) Schmerz – eine Gegenstandsbeschreibung in Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP (2004) *Psychologische Schmerztherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 3-9
37. Kunz M, Mylius V, Scharmann S, Schepelman K, Lautenbacher S (2009) Influence of dementia on multiple components of pain. *Eur J Pain* 13: 317–325
38. Lampl C und Likar R (2014) Metamizol: Wirkmechanismen, Interaktionen und Agranulozytoserisiko. *Der Schmerz* 28(6):584–590
39. Lapane KL, Quilliam BJ, Chow W, Kim MS (2013) Pharmacologic management of non-cancer pain among nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 45(1):33–42
40. Lapane KL, Quilliam BJ, Chow W, Kim M (2012) The association between pain and measures of well-being among nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 13(4):344-349
41. Launiainen T, Sajantila A, Rasanen I, Vuori E, Ojanperä I (2010) Adverse interaction of warfarin and paracetamol: evidence from a post-mortem study. *Eur J Clin Pharmacol*. 66(1):97-103
42. Lukas A, Barber JB, Johnson P, Gibson SJ (2013) Observer-rated pain assessment instruments improve both the detection of pain and the evaluation of pain intensity in people with dementia. *Eur J Pain*. 17:1558-1568
43. Lukas A, Mayer B, Onder G, Bernabei R, Denkinger MD (2015) Schmerztherapie in deutschen Pflegeeinrichtungen im europäischen Vergleich. Ergebnisse der SHELTER-Studie. *Der Schmerz* 29(4):411–421
44. Luttosch F und Baerwald C (2014) Schmerztherapie bei älteren Menschen. *Z Rheumatol*. 73:233-243
45. Mattenklodt P, Ingenhorst A, Wille C, Flatau B, Hafner C, Geiss C, Sittl R, Ulrich K, Griessinger N (2008) Multimodale Gruppentherapie bei Senioren mit chronischen Schmerzen. Konzept und Ergebnisse im Prä-post-Vergleich. *Schmerz* 22:551–561
46. Matthews E und Malcolm C (2007) Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *Br J Nurs*. 16(3):174-179
47. McAuliffe L, Brown D, Fetherstonhaugh D (2012) Pain and dementia: an overview of the literature. *Int J Older People Nurs*. 7(3):219-226

48. McCaffery M, Beebe A, Latham J (1997) Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Verlag Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden, S. 12
49. Merskey H, Bogduk N (1994) Classification of Chronic Pain: "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage", 2nd ed., IASP Task Force on Taxonomy, IASP Press, Seattle, S. 210
50. Morrison RS und Siu AL (2000) A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage.* 19(4):240-248
51. Müller H (2015) Arbeitsorganisation in der Pflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und –sicherung. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover, S. 313
52. Nestler N, Gnass I, Schuler M (2015) Schmerz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Der Schmerz* 29:131-141
53. Nygaard HA und Jarland M (2005) Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry.* 20(8):730-737
54. Osterbrink J, Bauer Z, Mitterlehner B, Gnass I, Kutschar P (2014) Adherence of pain assessment to the German national standard for pain management in 12 nursing homes. *Pain Res Manag* 19(3):133-140
55. Osterbrink J, Hufnagel M, Kutschar P, Mitterlehner B, Krüger C, Bauer Z, Aschauer W, Weichbold M, Sirsch E, Drebenstedt C, Perrar KM, Ewers A (2012) Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe: Ergebnisse einer Studie in Münster. *Der Schmerz* 26:27-35
56. Peisah C, Weaver J, Wong L, Strukovski JA (2014) Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities. *Clinical Interventions in Aging* 9:1767-1774
57. Pitkala KH, Juola AL, Hosia H, Teramura-Gronblad M, Soini H, Savikko N, Bell JS (2015) Eight-Year Trends in the Use of Opioids, Other Analgesics, and Psychotropic Medications Among Institutionalized Older People in Finland. *J Am Med Dir Assoc.* 16(11):973-978
58. Rantala M, Kankkunen P, Kvist T, Hartikainen S (2012) Post-Operative Pain Management Practices in Patients with Dementia - The Current Situation in Finland. *Open Nurs J.* 6:71-81

59. Reynolds KS, Hanson LC, DeVellis RF, Henderson M, Steinhauser KE (2008) Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Journal of Pain and Symptom Management* 35(4):388-396
60. Sandvik R, Selbaek G, Kirkevold O, Husebo BS, Aarland D (2016) Analgesic prescribing patterns in Norwegian nursing homes from 2000 to 2011: trend analyses of four data samples. *Age and Ageing* 45(1):54-60
61. Savvas S, Toye C, Beattie E, Gibson SJ (2014) Implementation of Sustainable Evidence-Based Practice for the Assessment and Management of Pain in Residential Aged Care Facilities. *Pain Management Nursing*. 15(4):819-825
62. Schockenhoff B, Marx A, Göbel H, Gustorff B, Happe U, Hoffmann P und weitere Autoren (1999) *Spezielle Schmerztherapie*. Urban und Fischer Verlag München/Jena, S. 18 f.
63. Schuler M (2014) Kognitive Defizite: Wie man Schmerzen auch bei Demenz erkennen kann. Supplement: Perspektiven der Schmerztherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 111(41):(4)
64. Schulze J, Freitag MH, Glaeske G, Schmiemann G, Hoffmann F (2015) Schmerzmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern mit und ohne Krebserkrankung- Am häufigsten mit Metamizol. *Der Schmerz* 29(3):276-284
65. Sirsch E, Zwakhalen S, Gnass I (2015) Schmerzassessment und Demenz- Deutschsprachige Ergebnisse eines europäischen Surveys. *Beltz Juventa, Pflege&Gesellschaft* 20(4):314-331
66. Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA (2007) Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment- an observational cohort study. *BMC Geriatr*. 7: 3
67. Striebel HW (2002) *Therapie chronischer Schmerzen-Ein praktischer Leitfadens*. Schattauer GmbH, Stuttgart, S. 1
68. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A (2010) Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs* 11:209–223
69. Tan EC, Jokanovic N, Koponen MP, Thomas D, Hilmer SN, Bell JS (2015) Prevalence of Analgesic Use and Pain in People with and without Dementia or Cognitive Impairment in Aged Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Clinical Pharmacology* 10(3):194-203

70. Temple B, Dubé C, McMillan D, Secco L, Kepron E, Dittberner K, Ediger J, Vipond G (2012) Pain in People with Developmental Disabilities: A Scoping Review. *Journal on Developmental Disabilities*. 18(1):73-86
71. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustoen T (2010) Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. *Pain Manag Nurs* 11(1):35–44
72. Tracy B, Morrison RS (2013) Pain Management in Older Adults. *Clinical Therapeutics* 35(11):1659-1668
73. Tse MM und Ho SS (2013) Pain management for older persons living in nursing homes: a pilot study. *Pain Manag Nurs*. 14(2):10-21
74. Tse MM und Ho SS (2014) Enhancing knowledge and attitudes in pain management: a pain management education program for nursing home staff. *Pain Manag Nurs*. 15(1):2-11
75. Vipond G (2012) Pain in People with Developmental Disabilities: A Scoping Review. *Journal on Developmental Disabilities*. 18(1):73-86
76. Vorsanger G, Xiang J, Jordan D, Farrell J (2007) Post hoc analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy and tolerability study of tramadol extended release for the treatment of osteoarthritis pain in geriatric patients. *Clin Ther* 29(Suppl):2520–2535
77. Weissman DE, Griffie J, Muchka S, Matson S (2000) Building an Institutional Commitment to Pain Management in Long-Term Care Facilities. *Journal of Pain and Symptom Management* 20(1):35-43
78. Wulff I, Könnner F, Kölzsch M, Budnick A, Dräger D, Kreutz R (2012) Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriat* 45:505-544
79. Zwakhalen SM, Hamers JP, Peijnenburg RH, Berger MP (2007) Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. 12(3):177-184
80. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, Berger MPF (2006) Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr*. 6:3

Online-Quellen

81. Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster. News. Erfolgreiche Qualifizierungsoffensive: In Münster glänzen 100 Pain Nurses. URL: <http://www.schmerzfreie-stadt.de/news/erfolgreiche-qualifizierungsoffensive-in-muenster-glaenzen-100-pain-nurses.html> (Online-Abfrage 25.04.2016)
82. Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (2013) Hinweise zur Verwendung von BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). URL: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf (Online-Abfrage 22.03.2016)
83. Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (ohne Jahresangabe) Hinweise zur Verwendung der BISAD. URL: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BISAD_Kurzanleitung_2012_06.pdf (Online-Abfrage 22.03.2016)
84. AWMF online: Leitlinien Detailansicht: Angemeldetes Leitlinienvorhaben „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/145-001.html> (Online-Abfrage 30.03.2016)
85. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der der Bewohnerinnen und Bewohner. Kurzzusammenfassung von Kapitel 7: Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe. URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/7-stationaere-einrichtungen-der-behindertenhilfe.html> (Online-Abfrage 01.04.2016)
86. COST (European Cooperation in Science and Technology) Action TD1005 URL: <http://www.cost-td1005.net/news.html> (Online-Abfrage 29.03.2016)
87. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz: Bickel H (2014) Das Wichtigste- Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. URL: http://www.demenz-sh.de/images/pdf/infoblatt_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (Online-Abfrage 17.03.2016)
88. DGSS (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.): Rolke R, Nobis HG (2012): Akuter und chronischer Schmerz. URL: <http://www.dgss.org/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/akute-und-chronische-schmerzen/> (Online-Abfrage 15.03.2016)

89. DIVS (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie) (2009) S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen-Langfassung; AWMF-Register Nr. 001 – 025.
URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-025I_S3_Behandlung_akuter_perioperativer_und_posttraumatischer_Schmerzen_ab_gelaufen.pdf (Online-Abfrage 22.03.2016, wird aktuell überarbeitet)
90. Hartmann B (2012) Schmerzerleben von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus ihrer eigenen Sicht und aus der Wahrnehmung Dritter. Eine Ist-Analyse anhand einer Querschnittstudie in einer Einrichtung in Bayern. Kongressbeitrag. Palliativmedizin 13:MG 3
URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1323070> (Online-Abfrage 01.04.2016)
91. Hoffmann F und Schmiemann G (2016) Pain medication in German nursing homes: a whole lot of metamizole. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. Published online in Wiley Online Library.
URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.3954/epdf> (Online-Abfrage 12.04.2016)
92. Pick P (2013) Qualität in Pflegeheimen. Repschläger U, Schulte C, Osterkamp C (Hrsg.) Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell. S. 204–221
URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Publikationsreihe-Gesundheitswesen-aktuell/Gesundheitswesen-aktuell-2013/Gesundheitswesen-aktuell-2013-Pick-Pflegeheime.property=Data.pdf> (Online-Abfrage 20.03.2016)
93. Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur pflegerischen Versorgung in der vollstationären Pflege
http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Gesetze/_75_SGB_XI/RV_VS_Saarland_01Januar2011.pdf (Online-Abfrage 07.01.2017)
94. Règlement grand-ducal (2010) GESTIONNAIRES DE SERVICES POUR PERSONNES ÂGÉES. Service Centrale de Législation, Article 12 S. 1875
URL: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0107/a107.pdf> (Online-Abfrage 24.03.2016)
95. Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung (2016)
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/113a.html> (Online-Abfrage 04.12.2016)

96. Statistisches Bundesamt (2013) Behinderte Menschen.
URL:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/Tabellen/GeschlechtBehinderung.html> (Online-Abfrage 01.04.2016)
97. Statistisches Bundesamt (2015) Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (Online-Abfrage 20.03.2016)

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Numerische Rational Skala	6
Abb. 2: Visuelle Analog Skala	7
Abb. 3: Verbale Rating Skala	7
Abb. 4: Angaben zur Durchführung einer Schmerzeinschätzung bei Erstaufnahme eines Bewohners in die Einrichtung	28
Abb. 5: Angaben zur Durchführung einer regelmäßigen Wiederholung der Einschätzung von Schmerzen	30
Abb. 6: Nutzung von Schmerzmessinstrumenten	32
Abb. 7: Stattfinden von Schulungen für Pflegefachkräfte bezüglich Schmerzmessung	35
Abb. 8: Dokumentationsformen der Einrichtungen	37
Abb. 9: Vorhandensein einer schriftlichen Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie	39
Abb. 10: Arten der Schmerztherapie	42
Abb. 11: Geschätzte Wirksamkeit verschiedener Schmerzmedikamente	43
Abb. 12: Geschätzte Risikobehaftung verschiedener Schmerzmedikamente	44
Abb. 13: Vorhandensein von speziell ausgebildetem Fachpersonal für Schmerzpatienten	45
Abb. 14: Angaben zur Zugänglichkeit des Arztes bezüglich der Schmerztherapie	49

7.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Bewohneranzahl aufgeteilt nach Pflegestufen und Betten	26
Tab. 2: Mitarbeiteranzahl	26
Tab. 3: Grad der Orientiertheit der Bewohner	27
Tab. 4: Angaben zum Vorhandensein einer hausinternen schriftlichen Festlegung zur Schmerzerfassung	27
Tab. 5: Dokumentation der ersten Schmerzeinschätzung	29
Tab. 6: Häufigkeitsangaben zur Wiederholung der Schmerzeinschätzung	31
Tab. 7: Zeitpunkte der Schmerzeinschätzung	32
Tab. 8: Angaben zur Nutzung von Instrumenten zur Selbsteinschätzung	33
Tab. 9: Angaben zur Nutzung von Instrumenten zur Fremdeinschätzung	33
Tab. 10: Angaben zur Regelmäßigkeit der Nutzung von Schmerzmessinstrumenten	34

Tab. 11: Überprüfung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie mittels Schmerzmessinstrumenten	34
Tab. 12: Vorhandensein spezieller Schulungen zur Schmerzmessung bei Menschen mit Demenz	36
Tab. 13: Sicherheitsempfinden der Pflegefachkräfte in der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern, die Ihre Schmerzen nicht selbst mitteilen können	36
Tab. 14: Was wird dokumentiert?	38
Tab. 15: Kenntnis und Umsetzung der Nationalen Expertenstandards	40
Tab. 16: Vorhandensein eines individuellen Schmerzbehandlungsplanes für jeden Bewohner	40
Tab. 17: Vorhandensein einer eindeutigen Definition der ärztlich verordneten Dauer- und Bedarfsmedikation im individuellen Schmerzbehandlungsplan	41
Tab. 18: Kenntnis über das WHO-Schema zur medikamentösen Behandlung von Schmerzen	41
Tab. 19: Anstoßender der Einleitung einer Schmerztherapie	45
Tab. 20: Fachpersonal der Einrichtungen	46
Tab. 21: Ärztliche Betreuung in den Einrichtungen	47
Tab. 22: Persönliche Einschätzung der Qualifikation der Ärzte im Hinblick auf Schmerzbehandlung in %	47
Tab. 23: Zusatzqualifikationen der Ärzte	47
Tab. 24: Angaben zur Häufigkeit von Hausbesuchen	48
Tab. 25: Angaben zur Nutzung gleicher Schmerzeinschätzungsskalen wie der verantwortliche Arzt	48
Tab. 26: Vorhandensein einer vorausschauenden Planung für die Schmerztherapie mit dem Arzt	49
Tab. 27: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich der Schmerzeinschätzung bei Erstaufnahme in die Einrichtung	52
Tab. 28: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich der Regelmäßigkeit der Nutzung von Schmerzmessinstrumenten	52
Tab. 29: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich Schulungen für Pflegefachkräfte	53

Tab. 30: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich spezieller Schulungen zur Schmerzmessung bei Demenz	53
Tab. 31: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich dem Vorhandensein einer schriftlichen Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie	53
Tab. 32: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich Arten der Schmerztherapie	53
Tab. 33: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich speziell ausgebildetem Fachpersonal für Schmerzpatienten	54
Tab. 34: Sensitivitätsanalyse Luxemburg bezüglich einer vorausschauenden Planung für die Schmerztherapie mit dem verantwortlichen Arzt	54

8 Anhang

8.1 BESD

BESD

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehen Kästchen. Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich. Addieren Sie nur den jeweils höchsten Punktwert (maximal 2) der fünf Kategorien.

Name des/der Beobachteten:

Ruhe

Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit:

Beobachter/in:

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

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
© 2007 der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.
Fassung Dezember 2008

Name des/der Beobachteten:

	nein	ja	Punkt- wert
3. Gesichtsausdruck			
• lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
4. Körpersprache			
• entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Trost			
• trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• Ist bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• Ist bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Zwischensumme 2			
Zwischensumme 1			
Gesamtsumme von maximal 10 möglichen Punkten			<u> </u> /10

Andere Auffälligkeiten:

.....

.....

.....

.....

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
 © 2007 der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
 Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.
 Fassung Dezember 2008

8.2 BISAD

BISAD

Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz

Bitte zutreffende Aussage auswählen, Punktzahl eintragen und anschließend umseitig alle Punkte addieren.

I Beobachtung vor der Mobilisation

1. Gesichtsausdruck: Blick und Mimik

- Entspanntes Gesicht (0)
- Sorgenvolles Gesicht (1)
- Die Person verzieht von Zeit zu Zeit das Gesicht (2)
- Ängstlicher Blick und / oder verkrampftes Gesicht (3)
- Vollkommen erstarrter Ausdruck (4)

2. Spontane Ruuehaltung (Suche nach einer schmerzfreien Schonhaltung)

- Keine Schonhaltung (0)
- Die Person vermeidet eine bestimmte Position (1)
- Die Person nimmt eine schmerzfreie Schonhaltung ein (2)
- Die Person sucht ohne Erfolg nach einer schmerzfreien Schonhaltung (3)
- Die Person bleibt unbeweglich, wie von Schmerzen gelähmt (4)

3. Bewegung (oder Mobilität) der Person (innerhalb und / oder außerhalb des Bettes)

- Die Person bewegt sich (bzw. bewegt sich nicht) wie gewohnt* (0)
- Die Person bewegt sich wie gewohnt*, vermeidet aber bestimmte Bewegungen ... (1)
- Langsamkeit, Seltenheit der Bewegungen im Gegensatz zur Gewohnheit* (2)
- Immobilität im Gegensatz zur Gewohnheit* (3)
- Reglosigkeit ** oder starke Unruhe im Gegensatz zur Gewohnheit* (4)

* bezieht sich auf den / die vorangegangenen Tag(e)

** oder völlige Unbeweglichkeit

N.B. Patienten im Wachkoma können mittels dieses Bogens nicht eingeschätzt werden

4. Über die Beziehung zu Anderen

(Gemeint sind Beziehungen jeglicher Art, mittels Blicken, Gesten oder verbalem Ausdruck)

- Gleiche Art des Kontakts wie gewohnt* (0)
- Kontakt ist schwerer herzustellen als gewohnt* (1)
- Vermeidet die Beziehung, im Gegensatz zur Gewohnheit* (2)
- Fehlen jeglichen Kontakts, im Gegensatz zur Gewohnheit* (3)
- Totale Teilnahmslosigkeit, im Gegensatz zur Gewohnheit* (4)

* bezieht sich auf den / die vorangegangenen Tag(e)

Zwischensumme:

Fortsetzung umseitig

Ermittelten
Wert hier
eintragen

Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA), Morello, Jean, Alix et al. 2007

© 2005, 2007 der deutschen Version: Thomas Fischer, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Tel. 0351 / 46902 77, Thomas.Fischer@ehs-dresden.de

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

II Beobachtung während der Mobilisation

5. Ängstliche Erwartung bei der Pflege

- Die Person zeigt keine Angst (0)
- Ängstlicher Blick, ängstlicher Eindruck (1)
- Die Person ist unruhig (2)
- Die Person ist aggressiv (3)
- Schreie, Seufzer, Stöhnen (4)

6. Reaktionen während der Mobilisation

- Die Person lässt sich mobilisieren oder bewegt sich selbst ohne dem besondere Aufmerksamkeit zu schenken (0)
- Die Person blickt angespannt und scheint die Mobilisation und Pflege zu fürchten. (1)
- Die Person hält sich mit den Händen fest oder führt die Hände der Pflegeperson während der Mobilisation oder Pflege (2)
- Die Person nimmt während der Mobilisation oder Pflege eine schmerzfreie Schonhaltung ein (3)
- Die Person wehrt sich gegen die Mobilisation oder Pflege (4)

7. Reaktionen während der Pflege der schmerzenden Bereiche

- Keinerlei Reaktion während der Pflege (0)
- Reaktion während der Pflege, nicht darüber hinausgehend (1)
- Reaktion auf Anfassen der schmerzenden Bereiche (2)
- Reaktion auf leichte Berührung der schmerzenden Bereiche (3)
- Annäherung an die schmerzenden Bereiche ist unmöglich (4)

8. Während der Pflege vorgebrachte Klagen

- Die Person klagt nicht (0)
- Die Person klagt, sobald die Pflegekraft sich ihr zuwendet (1)
- Die Person fängt an zu klagen, sobald eine Pflegekraft anwesend ist (2)
- Die Person stöhnt oder weint leise und spontan (3)
- Die Person schreit oder klagt heftig und spontan (4)

Zwischensumme

Übertrag erste Seite

Gesamtpunktzahl

Ermittelten
Wert hier
eintragen

Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA), Morello, Jean, Alix et al. 2007
© 2005, 2007 der deutschen Version: Thomas Fischer, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Tel. 0351 / 46902 77, Thomas.Fischer@ehs-dresden.de

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

von: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BISAD_1111.pdf

8.3 Dolopius 2

Dolopius 2 ©		Patient:	Geb.:			
		Beobachter:	Zimmer:			
Verhaltensbeobachtung			Datum:			
Somatische Schmerz - Reaktionen						
1.	Verbale Schmerz- äusserungen	Keine Äusserungen.....	0	0	0	0
		Äusserungen nur bei Befragung.....	1	1	1	1
		Gelegentliche spontane Äusserungen.....	2	2	2	2
		Dauernde spontane Schmerzäusserungen.....	3	3	3	3
2.	Schonhaltung in Ruhe	Keine Schonhaltung.....	0	0	0	0
		Vermeidet gewisse, gelegentliche Haltungen.....	1	1	1	1
		Ständige, wirksame Schonhaltung.....	2	2	2	2
		Ständige, ungenügend wirksame Schonhaltung.....	3	3	3	3
3.	Schutz von schmerzhaften Körperzonen	Keine Schutzreaktion.....	0	0	0	0
		Abwehrreaktion, ohne Hinderung von Pflege und Untersuch... Abwehrreaktion mit Hinderung jeglicher Pflegehandlungen... Abwehrreaktion in Ruhe, auch ohne direkten Kontakt.....	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
4.	Mimik	Übliche Mimik.....	0	0	0	0
		Schmerzausdruck bei Annäherung.....	1	1	1	1
		Schmerzausdruck bereits ohne direkten Pat.Kontakt.....	2	2	2	2
		Dauernde, ungewohnte, ausdruckslose Mimik (leer, starr).....	3	3	3	3
5.	Schlaf	Gewohnter Schlaf.....	0	0	0	0
		Einschlafschwierigkeiten.....	1	1	1	1
		Häufiges Erwachen (Unruhe).....	2	2	2	2
		Schlaflosigkeit mit Auswirkung auf Wachzustand.....	3	3	3	3
Psychomotorische Reaktionen						
6.	Waschen u/o Ankleiden	Unveränderte gewohnte Fähigkeiten.....	0	0	0	0
		Leichte Einschränkung (vorsichtiger aber vollständig).....	1	1	1	1
		Starke Einschränkung (mühsam, unvollständig).....	2	2	2	2
		Unmöglich, Pat. wehrt sich bei jeglichem Versuch.....	3	3	3	3
7.	Mobilität	Übliche Fähigkeiten und Aktivitäten sind erhalten.....	0	0	0	0
		Leicht vermindert (vermeidet gew. Bew., reduz. Gehdistanz)...	1	1	1	1
		Deutlich vermindert (auch mit Hilfe eingeschränkt).....	2	2	2	2
		Bewegungen unmöglich, Mobilisationsversuch wird abgewehrt	3	3	3	3
Psychosoziale Reaktionen						
8.	Kommunikation	Unverändert.....	0	0	0	0
		Intensiviert (ungewohntes Erregen von Aufmerksamkeit).....	1	1	1	1
		Vermindert (Pat. zieht sich zurück).....	2	2	2	2
		Fehlen oder Abweisung jeglicher Kommunikation.....	3	3	3	3
9.	Soziale Aktivitäten	Teilnahme an gewohnten Aktivitäten (Essen, Aktivierung).....	0	0	0	0
		Gewohnte Aktivitäten nur bei Aufforderung.....	1	1	1	1
		Teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten.....	2	2	2	2
		Lehnt jegliche Aktivität ab.....	3	3	3	3
10.	Verhaltens- störungen	Gewohntes Verhalten.....	0	0	0	0
		Wiederholte reaktive Verhaltensstörungen.....	1	1	1	1
		Dauernde reaktive Verhaltensstörungen.....	2	2	2	2
		Dauernde Verhaltensstörungen ohne äusseren Reiz.....	3	3	3	3
Total Score						

C:\Documents und Einstellungen\patrick.ruetter\Desktop\Dolopius2.xls

von:

<http://www.gesundheitundalter.ch/Portals/3/media/geriatriche/PDF/Dolopius2.pdf>

8.4 Kurzversion Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen

vgl. DNQP 2011, S. 25

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

2.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011

Stand: Dezember 2011

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Pflegefachkraft S1a - verfügt über aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.</p> <p>Die Einrichtung S1b - stellt aktuelle zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner zu erwartende Schmerzen, Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. - führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein differenziertes Schmerzassessment mittels geeigneter Instrumente durch. - wiederholt die Einschätzung der Schmerzen sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S2a - verfügt über aktuelles Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p> <p>Die Einrichtung S2b - verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p>	<p>P2 - setzt spätestens bei einer Ruheschmerzintensität von mehr als 3/10 oder einer Belastungs-/Bewegungsschmerzintensität von mehr als 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem patienten-/bewohnerbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan um. - überprüft den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen. - sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.</p>	<p>E2 Der Patient/Bewohner ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung analog der Numerischen Rangskala (NRS).</p>
<p>Die Pflegefachkraft S3 - verfügt über aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.</p>	<p>P3 - erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch.</p>	<p>E3 Eine aktuelle Dokumentation schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen liegt vor. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S4a - verfügt über die zielgruppenspezifischen, aktuellen Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren möglichen Kontraindikationen.</p> <p>Die Einrichtung S4b - stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.</p>	<p>P4 - bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.</p>	<p>E4 Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation oder die Eigenaktivität des Patienten/Bewohners ausgewirkt.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S5a - verfügt über die notwendigen Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für Patienten/Bewohner und Angehörige.</p> <p>Die Einrichtung S5b - stellt die erforderlichen Informations-, Anleitungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung.</p>	<p>P5 - gewährleistet eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung für den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen.</p>	<p>E5 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind über die Bedeutung, systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und sind befähigt, situationsgerechte Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anzuwenden.</p>

© Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2011

8.5 Kurzversion Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

vgl. DNQP 2015, S. 27

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

2.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

Stand: März 2015

Zielsetzung: Jeder Patient/Bewohner mit chronischen Schmerzen erhält ein individuell angepasstes Schmerzmanagement, das zur Schmerzlinderung, zu Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt.

Begründung: Chronischer Schmerz wirkt beeinträchtigend auf die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein. Durch das Schmerzerleben sinkt die Lebensqualität, wird die Funktionsfähigkeit und die soziale Teilhabe erheblich eingeschränkt und es kann zu gesundheitlichen Krisen aufgrund von Destabilisierungen der Schmerzsituation kommen. Ein individuell angepasstes pflegerisches Schmerzmanagement leistet einen wichtigen Beitrag in der interprofessionell abgestimmten Schmerzbehandlung.

Strukturskriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1a Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und die Kompetenz zur Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz und zur systematischen Schmerzeinschätzung.</p> <p>S1b Die Einrichtung verfügt über aktuelle, zielgruppenspezifische Assessment- und Dokumentationsmaterialien und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten.</p>	<p>P1a Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner Schmerzen, zu erwartende Schmerzen oder schmerzbedingte Einschränkungen hat und ob vorliegende Schmerzen akut oder chronisch sind. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in versorgungsspezifisch individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.</p> <p>P1b Die Pflegefachkraft führt bei allen Patienten/Bewohnern mit stabiler Schmerzsituation ein differenziertes Assessment durch und erfasst individuelle Faktoren, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren können.</p> <p>P1c Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten zum differenzierten Assessment hinzu.</p> <p>P2 Die Pflegefachkraft beteiligt sich aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner unter Berücksichtigung seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung individueller Therapieziele, eines individuellen medikamentösen Behandlungsplans und der Planung nicht-medikamentöser Maßnahmen nach dem individuellen Bedarf des Patienten/Bewohners.</p> <p>P3a Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen versorgungsbereichsspezifisch und auf Basis individuell ausgehandelter Ziele zu seiner Schmerzsituation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei.</p> <p>P3b Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Beratungsbedarf einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.</p> <p>P4 Die Pflegefachkraft</p> <ul style="list-style-type: none"> • koordiniert die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams, • stellt die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen sicher, • setzt die pflegerischen nicht-medikamentösen Maßnahmen des Behandlungsplans um, • vermeidet schmerzauslösendes Vorgehen bei pflegerischen Interventionen. <p>P5a Die Pflegefachkraft beurteilt anlassbezogen und regelmäßig die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen und das Erreichen der individuellen Therapieziele.</p> <p>P5b Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.</p>	<p>E1 Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.</p> <p>E2 Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.</p> <p>E3 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerzsituation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.</p> <p>E4 Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.</p> <p>E5 Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.</p>

© Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

8.6 Fragebogen



UKS
Universitätsklinikum
des Saarlandes

Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie
Leitender Arzt: Prof. Dr. med. Sven Gottschling

Fragebogen zur Schmerzerfassung und Schmerztherapie in Altenheimen, insbesondere bei Demenzkranken

Sehr geehrte Damen und Herren,

Studien zufolge leiden mehr als 70-80% der älteren Menschen unter chronischen Schmerzen. In Ihrer Einrichtung werden Sie damit täglich konfrontiert und stehen vor der schwierigen Aufgabe der Schmerzerfassung und Schmerztherapie. Bei zusätzlich bestehender Demenz stellt die Schmerzerfassung eine große Herausforderung in Ihrem Alltag dar.

Ziel unserer Arbeitsgruppe ist es, den *Status quo* der Schmerzerfassung und Schmerztherapie in 200 Alten- und Pflegeeinrichtungen, sowie in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland und Luxemburg zu erfassen. Darauf aufbauend wollen wir, - unter Beteiligung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Saarland); Ministère de la Santé (Luxemburg)-, ein Schulungskonzept entwickeln, um Ihnen diese schwierige Aufgabe in Ihrem Arbeitsalltag zu erleichtern und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Ein verbessertes Schmerzmanagement steigert auch die Lebensqualität Ihrer Bewohner; Unruhe, Depressionen, Angst und Sturzrisiko werden reduziert.

Seien Sie ein Teil dieses Projektes und helfen Sie uns, indem Sie diesen kurzen Fragebogen ausfüllen. Die Dauer der Fragebogenbearbeitung wird circa 15-20 Minuten in Anspruch nehmen. Die Auswertung Ihrer Angaben erfolgt anonymisiert. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch oder per Email zur Verfügung.

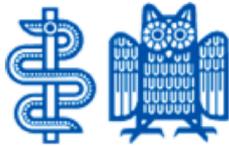
Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Prof. Dr. med. Sven Gottschling, Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie
Dr. med. Benjamin Gronwald, Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie
Prof. Dr. Susanne Grundke, HTW Saar, Angewandte Pflegewissenschaften
Désirée Schäfer, M.Sc., HTW Saar, Angewandte Pflegewissenschaften
Prof. Dr. med. Johannes Jäger, Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Michael D. Menger Dekan des UKS und Leiter des Instituts für Experimentelle Chirurgie
Lisa Will, Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie

Schmerzmessung in Alten-und Pflegeheimen

Studien zufolge leiden 70-80% der älteren Menschen in Alten- und Pflegeheimen an Schmerzen. Ziel unserer Arbeitsgruppe ist es, mit Ihrer Hilfe, die aktuelle Situation der Schmerzerfassung und Schmerztherapie in 200 Alten- und Pflegeeinrichtungen, sowie in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Saarland und Luxemburg zu erfassen.

Herzlich Willkommen zur Umfrage "**Schmerzmessung in Alten-und Pflegeheimen**" vom **Zentrum für Palliativmedizin am Universitätsklinikums des Saarlandes** und dem **Fachbereich Pflegewissenschaften an der HTW Saar!**



Diese Umfrage enthält 52 Fragen.

Allgemeine Fragen zu Ihrer Einrichtung

1 []Wo befindet sich Ihre Einrichtung? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Deutschland
- Luxemburg

2 []Um welche Art der Einrichtung handelt es sich in Ihrem Falle? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- offene Altenarbeit
- ambulante Altenpflege
- teilstationäre Pflege
- langzeitstationäre Pflege
- kurzzeitstationäre Pflege
- Behindertenhilfe

3 []Wie viele Bewohner betreut Ihr Haus, aufgeteilt nach...? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Anzahl Bewohner mit Pflegestufe 0:	<input type="text"/>
Anzahl Bewohner mit Pflegestufe 1:	<input type="text"/>
Anzahl Bewohner mit Pflegestufe 2:	<input type="text"/>
Anzahl Bewohner mit Pflegestufe 3:	<input type="text"/>
Wenn Pflegestufe 3, davon Anzahl Härtefälle:	<input type="text"/>
Anzahl an Einbettzimmern:	<input type="text"/>
Anzahl an Zweibettzimmern:	<input type="text"/>

Da es in Luxemburg keine Pflegestufen gibt, bitte ich Teilnehmer aus Luxemburg bei allen Pflegestufen eine 0 einzutragen und am Ende des Bogens die Anzahl der Bewohner Ihrer Einrichtung im Kommentarfeld anzugeben. Vielen Dank!

4 []Wie viele Mitarbeiter sind in diesem Haus beschäftigt? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Insgesamt:	<input type="text"/>
davon Pflegefachkräfte:	<input type="text"/>
davon Pflegehilfskräfte:	<input type="text"/>
davon Andere:	<input type="text"/>

5 []

Wie ist der Pflegeschlüssel Ihres Hauses?

(Rahmenvertrag Paragraph 75, Absatz 1 SGB XI zur pflegerischen Versorgung in der vollstationären Pflege, Seite 14)

Aus technischen Gründen bitte in diesem Feld die Zahl 0 eintragen und ganz am Ende des Bogens im Kommentarfeld "Wir freuen uns über Ihre Ideen und Anregungen" die Pflegeschlüssel für die Pflegestufen 1, 2 und 3 zusätzlich zu Ihren Ideen und Anregungen noch eintragen. Am besten wie folgt: Stufe 1: x,x Stufe 2: x,x Stufe 3: x,x .

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Deutschland' bei Frage '1 [Aa1]' (Wo befindet sich Ihre Einrichtung?)

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

--	--	--	--	--	--	--	--

6 []Wie viel Prozent Ihrer Bewohner sind "orientiert"? Was schätzen Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person) in %:

--	--	--	--	--	--	--	--

Teilweise orientiert in %:

--	--	--	--	--	--	--	--

Nicht orientiert in %:

--	--	--	--	--	--	--	--

14 []Nach welchem festen Schema? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'nach festem Schema' bei Frage '13 [G2]' (Wie häufig erfolgt die Wiederholung der Einschätzung von Schmerzen?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- mehrmals täglich
- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- alle 3 Monate
- > 6 Monate

15 []Wenn Sie Schmerzen erfragen, messen Sie...? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- im Ruhezustand
- bei Bewegung
- bei Pflegeaktivitäten
- Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16 []Nutzen Sie Schmerzmessinstrumente zur Erfassung von Schmerzen? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

17 []Welche der folgenden Instrumente nutzen Sie zur Selbsteinschätzung des Bewohners? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '16 [I1]' (Nutzen Sie Schmerzmessinstrumente zur Erfassung von Schmerzen?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Visuelle Analogskala (VAS)
- Verbale Rating Skala (VRS)
- Numerische Analogskala (NAS)
- Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

18 []Welche der folgenden Instrumente nutzen Sie zur Fremdeinschätzung des Bewohners? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '16 [11]' (Nutzen Sie Schmerzmessinstrumente zur Erfassung von Schmerzen?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)
- Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD)
- DOLOPLUS 2
- Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA)
- Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19 []Wie regelmäßig setzen Sie solche Instrumente ein? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '16 [11]' (Nutzen Sie Schmerzmessinstrumente zur Erfassung von Schmerzen?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- alle 3 Monate
- > 6 Monate

20 []Werden solche Instrumente auch zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie eingesetzt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '16 [11]' (Nutzen Sie Schmerzmessinstrumente zur Erfassung von Schmerzen?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

21 []Finden Schulungen für die Pflegefachkräfte bezüglich der Schmerzmessung statt? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

22 []Wann war die letzte Schulung/Fortbildung? Und wer hat sie angeboten? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '21 [J1]' (Finden Schulungen für die Pflegefachkräfte bezüglich der Schmerzmessung statt?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23 []Handelt es sich dabei um spezielle Schulungen zur Schmerzmessung bei Menschen mit Demenz, die keine Selbstauskunft geben können? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '21 [J1]' (Finden Schulungen für die Pflegefachkräfte bezüglich der Schmerzmessung statt?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

24 []Wie sicher fühlt sich der überwiegende Teil der bei Ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte in der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern, die ihre Schmerzen nicht selbst mitteilen können? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

- Sie fühlen sich...
 sehr sicher sicher keine Angabe unsicher sehr unsicher

25 []Wird die Schmerzerfassung für jeden Bewohner dokumentiert? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

26 []In welcher Form findet die Dokumentation statt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '25 [L1]' (Wird die Schmerzerfassung für jeden Bewohner dokumentiert?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Pflegeakte
 Schmerztagebuch
 Schmerzkurve
 Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

27 []Was wird dokumentiert? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '25 [L1]' (Wird die Schmerzerfassung für jeden Bewohner dokumentiert?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Schmerzstärke
- Schmerzhäufigkeit
- Schmerzdauer
- Schmerzlokalisierung
- Schmerzzeitpunkt (z.B. in der Nacht)

Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Spezielle Fragen zur Schmerztherapie

28 []Gibt es in Ihrer Einrichtung eine schriftliche Festlegung zur Einleitung einer Schmerztherapie? (z.B. ab einem Schmerzskalenwert ≥ 4) *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

29 []Kennen Sie die Nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement (z.B. "Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen" oder "Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen") ? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

30 []Setzen Sie einen dieser Standards (auch teilweise) in Ihrer Einrichtung um? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '29 [N1]' (Kennen Sie die Nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement (z.B. "Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen" oder "Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen") ?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

31 []Warum nicht? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Nein' bei Frage '30 [N2]' (Setzen Sie einen dieser Standards (auch teilweise) in Ihrer Einrichtung um?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

32 []Gibt es in Ihrer Einrichtung für jeden Bewohner mit dokumentierten Schmerzen einen individuellen Schmerzbehandlungsplan? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

33 []Ist die ärztlich verordnete Dauer- und Bedarfsmedikation im individuellen Schmerzbehandlungsplan bei Schmerzen eindeutig definiert? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '32 [O1]' (Gibt es in Ihrer Einrichtung für jeden Bewohner mit dokumentierten Schmerzen einen individuellen Schmerzbehandlungsplan?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

34 []Warum nicht? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Nein' bei Frage '33 [O2]' (Ist die ärztlich verordnete Dauer- und Bedarfsmedikation im individuellen Schmerzbehandlungsplan bei Schmerzen eindeutig definiert?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

35 []Kennen Sie das WHO-Stufenschema zur medikamentösen Behandlung von Schmerzen? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

36 [] Welche der folgenden Arten der Schmerztherapie setzen die bei Ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte um? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Medikamentöse Schmerztherapie

Komplementäre Behandlungsmethoden (z.B. Aromatherapie, Akupressur, Entspannungsverfahren,...)

Welche genau? Bitte in weißes Kommentarfeld eintragen.

Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

37 []

Bitte nennen Sie die komplementären Behandlungsmethoden in Ihrer Einrichtung.

*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war '

Komplementäre Behandlungsmethoden (z.B. Aromatherapie, Akupressur, Entspannungsverfahren,...)

Welche genau? Bitte in weißes Kommentarfeld eintragen.

' bei Frage '36 [Q1]' (Welche der folgenden Arten der Schmerztherapie setzen die bei Ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte um?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

--

38 []Wie schätzen Sie folgende Schmerzmedikamente auf einer Skala von 1 bis 5 bezüglich ihrer Wirksamkeit bei der Behandlung von Schmerzen ein? (1=niedrige Wirksamkeit; 5=hohe Wirksamkeit) *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Wirksamkeit niedrig				Wirksamkeit hoch	weiß ich nicht
	1	2	3	4	5	
Paracetamol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diclofenac (Voltaren®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ibuprofen (Aktren®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Novaminsulfon (Novalgin®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilidin+Naloxon (Valoron®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tramadol (Tramal®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxycodon (Targin®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morphin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fentanyl (Durogesic®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39 []Wie schätzen Sie folgende Schmerzmedikamente auf einer Skala von 1 bis 5 bezüglich ihres Risikoprofils bei der Behandlung von Schmerzen ein? (1=Risikobehaftung niedrig; 5=Risikobehaftung hoch) *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Risikobehaftung niedrig				Risikobehaftung hoch	weiß ich nicht
	1	2	3	4	5	
Paracetamol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diclofenac (Voltaren®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ibuprofen (Aktren®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Novaminsulfon (Novalgin®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilidin+Naloxon (Valoron®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tramadol (Tramal®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morphin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fentanyl (Durogesic®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40 []Wer stößt die Einleitung einer Schmerztherapie in Ihrer Einrichtung an? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Pflegefachkraft
- Ärztin/Arzt
- Angehörige/Betreuer

Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

41 []Steht Ihrer Einrichtung speziell ausgebildetes Fachpersonal für Schmerzpatienten zur Verfügung (etwa ein/e Mitarbeiter/in mit entsprechender Zusatzqualifikation)? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

42 []Um welche Art des Fachpersonals handelt es sich dabei? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '41 [T1]' (Steht Ihrer Einrichtung speziell ausgebildetes Fachpersonal für Schmerzpatienten zur Verfügung (etwa ein/e Mitarbeiter/in mit entsprechender Zusatzqualifikation)?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Pain Nurse
- Fachkraft für Gerontopsychiatrie
- Fachkraft für Palliative Care

Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43 []Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer Mitarbeiter mit einer der folgenden Zusatzqualifikationen an. *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '41 [T1]' (Steht Ihrer Einrichtung speziell ausgebildetes Fachpersonal für Schmerzpatienten zur Verfügung (etwa ein/e Mitarbeiter/in mit entsprechender Zusatzqualifikation)?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Pain Nurse:

--	--	--	--	--

Fachkraft für Gerontopsychiatrie:

--	--	--	--	--

Fachkraft für Palliative Care:

--	--	--	--	--

Andere:

--	--	--	--	--

44 []Wie ist in Ihrer Einrichtung die ärztliche Betreuung der Bewohner geregelt? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ein Arzt für alle Bewohner (Heimarzt)
 individuelle Betreuung durch die Hausärzte

45 []Sind nach Ihrer persönlichen Einschätzung die verantwortlichen Ärzte im Hinblick auf Schmerzbehandlung besonders qualifiziert? (Angabe bitte in % der Ärzte) *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

geschätzter Anteil qualifizierter Ärzte in %

--	--	--	--	--

46 [] Wissen Sie, ob folgende Zusatzqualifikationen vorliegen? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war größer als '4' bei Frage '45 [V1]' (Sind nach Ihrer persönlichen Einschätzung die verantwortlichen Ärzte im Hinblick auf Schmerzbehandlung besonders qualifiziert? (Angabe bitte in % der Ärzte) (geschätzter Anteil qualifizierter Ärzte in %))

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Geriatrie
- Schmerztherapie
- Demenz
- Palliativmedizin
- Sonstiges:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn keine der vorgegebenen Zusatzqualifikationen vorliegen, bitte im Feld Sonstiges andere vorliegende Zusatzqualifikationen eintragen oder wenn gar keine Zusatzqualifikationen vorliegen, bitte im Feld Sonstiges "keine" eintragen.

47 [] In welcher Form kommunizieren Sie mit dem zuständigen Arzt? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- persönlich
- per Telefon
- per Fax
- schriftlich

48 [] Wie oft findet ein Hausbesuch in der Einrichtung statt? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nur nach Anfrage
- regelmäßiges Hausbesuchsintervall
- weiß ich nicht

49 [] Nutzen Sie die selben Schmerzeinschätzungsskalen wie der verantwortliche Arzt? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ja
- nein
- weiß ich nicht

50 []Ist zu jeder Zeit ein Arzt bezüglich der Schmerztherapie für Sie zugänglich? (kein Notarzt oder kassenärztlicher Notdienst) *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

51 []Gibt es eine vorausschauende Planung für die Schmerztherapie mit dem verantwortlichen Arzt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Nein' bei Frage '50 [Z1]' (Ist zu jeder Zeit ein Arzt bezüglich der Schmerztherapie für Sie zugänglich? (kein Notarzt oder kassenärztlicher Notdienst))

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

52 []Bitte tragen Sie hier noch die Pflegeschlüssel Ihrer Einrichtung ein. Wir freuen uns außerdem über Ihre eigenen Ideen und Anregungen. Danke!

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Teilnehmer aus Deutschland: Bitte tragen Sie hier zusätzlich noch den Pflegeschlüssel Ihrer Einrichtung ein. Danke!

Teilnehmer aus Luxemburg: Bitte tragen Sie hier zusätzlich Ihre Anzahl an Bewohnern Ihrer Einrichtung ein. Danke!

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Engagement!

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

8.7 P-Werte

8.7.1 P-Werte Alteneinrichtung Luxemburg vs. Alteneinrichtung Saarland

Fragennummer	P-Werte	Adjustierte P-Werte nach Holm
7	0.001370	0.0562
8	0.002914	0.1078
10	1.000	1.000
12	0.000563	0.0242
13	0.000136	0.0060
14	0.12820	1.000
15 Ruhezustand	1.000	1.000
15 Bewegung	0.205244	1.000
15 Pflegeaktivität	0.393889	1.000
16	0.020429	0.6742
19	0.000005	0.0002
20	0.605478	1.000
21	0.079005	1.000
23	0.002705	0.1028
24	0.000001	0.00004
25	0.380124	1.000
28	0.001207	0.0507
32	1.000	1.000
35	0.001914	0.0766
36 komplementär	0.017986	0.6115
41	0.048438	1.000
42 Gerontopsych.	0.040545	1.000
42 Palliative Care	0.139243	1.000
46 Geriatrie	0.000102	0.0046
46 Schmerzth.	0.66606	1.000
46 Palliativ	0.116424	1.000
49	7.7842E-8	0.000004
50	0.151073	1.000
51	0.027467	0.797

Orange: signifikanter Unterschied nach Adjustierung

8.7.2 P-Werte Behindertenhilfe Saarland vs. Alteneinrichtung Saarland

Fragennummer	P-Werte	Adjustierte P-Werte nach Holm
7	1.6656E-14	0.0000000000009
8	3.8341E-9	0.0000002
10	0.088355	1.000
12	0.000004	0.0002
13	0.083826	1.000
14	0.025641	0.778
15 Ruhezustand	0.077305	1.000
15 Bewegung	1.000	1.000
15 Pflegeaktivität	0.273615	1.000
16	1.8757E-17	0.00000000000001
19	0.007167	0.258
20	1.000	1.000
21	1.7141E-8	0.0000009
23	0.589756	1.000
24	0.002274	0.0886
25	0.439749	1.000
28	1.5106E-8	0.0000008
29	2.0993E-13	0.00000000001
32	0.013069	0.457
35	1.1895E-7	0.000006
36 medikamentös	0.025061	0.778
36 komplementär	0.126819	1.000
41	0.034002	0.952
48	0.024319	0.778
49	0.408634	1.000
50	0.187986	1.000
51	0.769331	1.000

Orange: signifikanter Unterschied nach Adjustierung

9 Publikationen

In Planung.

10 Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Sven Gottschling für das Vertrauen und die Überlassung dieses spannenden und wichtigen Themas, seine Unterstützung und Anregungen sowie für die gute Betreuung herzlich bedanken.

Frau Prof. Dr. Susanne Grundke von der HTW Saar danke ich für ihre bereichernde Hilfestellung zum Thema Pflegewissenschaften und die freundliche Überlassung der Nationalen Expertenstandards.

Herrn Prof. Dr. med. Jäger und Frau Désirée Schäfer danke ich für ihre Ideen und Hilfe bei der Ausgestaltung des Fragebogens.

Herrn Jakob Schöpe vom Institut für Biometrie möchte ich für die Beratung in Fragen Statistik Danke sagen.

Ein großer Dank gilt allen befragten Pflegeeinrichtungen für die freundliche Mitarbeit und Unterstützung.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meiner Familie bedanken.

Meinen Eltern danke ich für die emotionale, motivierende und auch finanzielle Unterstützung während der Durchführung dieser Arbeit und zu jeder Zeit in meinem Medizinstudium. Meinem Vater danke ich besonders für sein kritisches Korrekturlesen.

Meinen Brüdern Thorsten und Michael danke ich für ihre Hilfe bei Computerfragen und für ihren wissenschaftlichen Blick beim Korrekturlesen.

Ein großer Dank gilt auch meiner Schwägerin Geza für ihre ordentliche Korrektur.

Meinem Freund Moritz danke ich für seine Unterstützung und fortwährende Geduld während der Durchführung dieser Arbeit und zu jeder Zeit im Studium.