

Der Einsatz eines standardisierten Assessments für die Schmerzbehandlung von Menschen mit schwerer Demenz in stationären Einrichtungen der Altenhilfe

Helga Nottebohm – September 2015

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Wilfried Schnepf
Zweitgutachter: Herr Martin Dichter, MScN

Fakultät für Gesundheit – Department für Pflegewissenschaft
Multiprofessioneller M.A. Studiengang „Versorgung von
Menschen mit Demenz“

Überblick

- Theoretischer Bezugsrahmen
- Das Instrument *H.I.L.DE. Palliativ*
- Ziele der Studie – Forschungsfragen – Design
- Setting und Stichproben
- Ethische Aspekte und Datensicherheit
- Datenaufbereitung und –analyse
- Ergebnisdarstellung
- Limitationen und Einschränkungen
- Schlussfolgerungen
- Fazit und Ausblick

Theoretischer Bezugsrahmen

Schmerzsituation in der stationären Altenhilfe

- „Insgesamt gesehen, handelt es sich bei Heimbewohnern (...) um eine in psychischer und somatischer (körperlicher) Hinsicht multimorbide Population mit hohem Behandlungsbedarf“ (Balzer et al. 2013 S. 17)
- Die mittlere Verweildauer ist stark rückläufig, viele Menschen leben weniger als ein halbes Jahr in der Einrichtung und haben einen hohen Versorgungsbedarf im Sinne von Palliative Care (DGP & DHPV 2008, Riedel 2010)
- Die Schmerzprävalenz bei den Bewohnern liegt zwischen 50-80%, MmD erhalten signifikant weniger Schmerzmittel (Beckers 2006 S. 4 f., Osterbrink et al. 2012)
- Unbehandelte Schmerzen haben negative Auswirkungen für MmD (ebd.)
- Verschiedene Behandlungsproblematiken wie z.B. verschiedene Behandler, Zeitdruck, verschiedene Kommunikationsproblematiken zwischen Medizinern und Pflegenden, Dokumentationsprobleme, Einholung der informierten Zustimmung, unterschiedliche Wissensstände / Kompetenzen in Bezug auf die Phänomene „Schmerz“ und „Lebensqualität“

Theoretischer Bezugsrahmen

Menschen mit schwerer Demenz (MmD)

- Im Stadium der schweren Demenz (Stadium 3) besteht ein „hochgradiger geistiger Abbau“, die körperliche Symptome nehmen zu, das Verhalten verändert sich, die verbale Kommunikation wird schwieriger / unmöglich und MmD sind zunehmend auf Pflege und Betreuung sowie eine adäquate medizinische Behandlung angewiesen (Kruse 2012, Rieckmann et al. 2009 S. 12)
- Versorgung von MmD findet häufig in Einrichtung der stationären Altenhilfe statt
- Neben der Grund- und Behandlungspflege, wird dort die individuelle Lebensqualität der MmD fokussiert (Bartholomeyczik et al. 2007, Behr et al. 2014)
- Verschlechterung der Lebensqualität durch die Symptomlast, insbesondere durch Schmerzen

Theoretischer Bezugsrahmen

Schmerzen bei MmD – Besondere Problematiken

- Demenz wird zur bestimmenden Diagnose, andere Erkrankungen werden nicht ausreichend beachtet (James 2013 S. 37, Kaspar 2009 S. 80 ff., Ridgway 2014)
- MmD können ihr Schmerzerleben nicht oder nicht ausreichend kommunizieren, Schmerzempfindungen können nicht mehr den entsprechenden Körperregionen zugeordnet werden (Shega et al. 2014)
- Die Reliabilität der Selbstauskunft ist mindestens ab einem MMST-Wert unter 12 (von 30) Punkten deutlich eingeschränkt (Hadjistavropoulos et al. 2007)
- Schmerzbelastungen müssen über Pflegende und Betreuende wahrgenommen werden, z.B. über Mimik, Körpersprache, stimmlicher Ausdruck, Abwehrbewegungen, physische Anzeichen, Verhalten
- „Schmerz ist ein subjektives, komplexes und mehrdimensionales Phänomen, dessen Erfassung nicht wirklich objektiv geschehen kann“ (Pipam et al. 2009 S. 36)
- Psychopharmaka statt Schmerzmedikation – fehlende Reflektion

Theoretischer Bezugsrahmen

Demenz und Lebensqualität

- Lebensqualität generiert sich aus objektiven und subjektiven Faktoren – Multidimensional (Lawton 1996)
- Lebensqualität ist ein wichtiger Parameter für Ergebnisqualität in der Pflege (Dichter et al. 2014)
- Zunehmend durch das Auftreten chronischer Erkrankungen und daraus folgenden Symptomen – insbesondere Schmerz – beeinflusst
- MmD sind mit zunehmender Erkrankung kognitiv nicht umfänglich in der Lage, „...innere Zustände wahrzunehmen und ihre QoL zu beurteilen...“ (Kunz 2006)
- Erfassung und Bewertung über verschiedene Assessmentinstrumente, unterscheiden sich z.B. durch das Verständnis von Lebensqualität, Versorgungsform, testtheoretische Güte, Self- oder Proxyreport (Becker et al. 2011)

Theoretischer Bezugsrahmen

Palliative Care

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten (...) die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen und zwar durch (...) frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden...“ (WHO 2002)

- MmD hätten mit der Diagnosestellung Anspruch auf Palliative Care
- Die „ ...Care-Bedürftigkeit bei fortgeschrittener Multimorbidität sollte Maßstab für die Palliativbedürftigkeit sein“ – Zeitraum ist unterschiedlich (Kojer & Heimerl 2009)
- MmD erhalten keine ausreichende Symptombehandlung (Gronemeyer et al. 2008)
- Die palliative Versorgung sollte symptomorientiert erfolgen, den Willen (mutmaßlichen Willen) des MmD berücksichtigen und vor einer „...unreflektierten naturwissenschaftlich orientierten Medizin, die das Machbare vor das Sinnvolle stellt“ schützen (Nehen et al. 2012)

Theoretischer Bezugsrahmen

Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung

- Mit der Nutzung eines Assessments erfolgt keine exakte Beschreibung der Realität, Sachverhalte werden vereinfacht und in Teilaspekten dargestellt und „...neutralisiert weitgehend die Bedeutungs- und Relevanzstrukturen der Erhebungspersonen“ (Schrems 2007)
- Ergebnisse meist in Form eines Zahlenwertes oder einer Beschreibung und müssen „...als ein zu interpretierender Text definiert ...“ werden (ebd.)
- Der Einsatz muss zielgerichtet und reflektiert erfolgen und es wird umfassendes Wissen zum Phänomen „Schmerz“ und zur korrekten Handhabung des Instruments benötigt (Dialog- und Transferzentrum Demenz 2007 S. 5f.)
- Unterschiedliche Cut-Off-Werte beachten, ggf. bewohnerindividuell festlegen
- Das jeweils gewählte Instrument sollte nicht nur praxistauglich sein, sondern auch als reliabel und valide eingeschätzt worden sein (Mayer et al. 2004)

Das Instrument - *H.I.L.DE. Palliativ* (I)

Modifikation von H.I.L.DE. (**H**eidelberger **I**nstrument zur Erfassung der **L**ebensqualität **D**emenzkranker) – Borbecker Schmerzhilfe e.V. in Zusammenarbeit mit Frau Prof. Dr. Becker (2011)

Zentrale Annahme: Emotionsfähigkeit von MmD bleibt erhalten, auch wenn kognitive und funktionale Fähigkeiten verloren gehen – MmD sind in der Lage ihre momentane Stimmungslage auszudrücken

Ziele:

- Individuelle Wahrnehmung der ganzheitlichen Situation
- Verbesserung der Kommunikation zwischen MmD und betreuender Person
- Abgeleitete Maßnahmen für pflegerisches und ärztliches Handeln

(Nehen et al. 2012)

Das Instrument - *H.I.L.DE. Palliativ* (II)

Dimensionen des Instruments

- Medizinische Betreuung und Schmerzerleben
- Symptomkontrolle
- Emotionales Erleben und Zufriedenheit

Proxy-Report - Beobachtung in Ruhe- und Belastungssituation

Erfassungsbogen: bewohnerbezogene Daten, Schmerzbelastung /-
lokalisation, Symptomerfassung, Interventionen, Arztkontakte,
Emotionalität, positiv oder negativ erlebte Alltagssituationen,
Gesamteindruck in Ruhe- und Pflegesituation, Zufriedenheit, BESD

Referenzbogen: 6-Wochen Verlauf, Entwicklungen erkennbar, Nutzen von
Interventionen sichtbar

(Nehen et al. 2012)

Ziele der Studie – Forschungsfrage1 - Design

Überprüfung der Interrater-Reliabilität von *H.I.L.DE. Palliativ* anhand einzelner Items – Zuverlässigkeit des Instruments wird überprüft (Mayer et al. 2011 S. 231)

1. Ist die Einschätzung der Schmerzbelastung, der Schmerzlokalisierung, der Schmerzsymptomatik (BESD), der emotionalen Lage in Ruhe und der emotionalen Lage in Pflegesituationen anhand des standardisierten Assessments *H.I.L.DE. Palliativ* interrater-reliabel?

Querschnittstudie: Beobachtung / Einschätzung / Dokumentation durch zwei Fachkräfte zum gleichen Zeitpunkt bei MmD in einer stationären Einrichtung, *H.I.L.DE. Palliativ* wird seit mindestens vier Wochen bei dem Bewohner genutzt

Ziele der Studie – Forschungsfrage 2 – Design

Analyse der Effekte auf die Regel- und Bedarfsschmerzmedikation (Schmerzbehandlung) sowie auf die Schmerzbelastung und –lokalisierung

2a. Welchen Effekt hat die Anwendung von *H.I.L.DE. Palliativ* auf die Regel- und Bedarfsschmerzmedikation von MmD im Verlauf von sechs Wochen?

2b. Welchen Effekt hat die Anwendung von *H.I.L.DE. Palliativ* auf die Schmerzbelastung und –lokalisierung von MmD im Verlauf von sechs Wochen?

Sekundärdatenanalyse im Design einer Längsschnittstudie: Daten wurden zwischen 09/2013 und 03/2015 erhoben (Erfassungs- und Referenzbögen), jeder bewohnerbezogene Datensatz enthält sechs aufeinanderfolgende Messpunkte (ersten sechs Wochen des Instrumenteneinsatzes), ggf. Nutzung weiterer bewohnerbezogener Dokumente, Nutzung der Items zu der jeweiligen Fragestellung

Setting und Stichproben

H.I.L.DE. Palliativ wird aktuell in drei Einrichtungen in Essen genutzt (Projektstatus), nur in einer Einrichtung erfolgt die Nutzung regelhaft und nach einer definierten Systematik

Setting: eine Einrichtung – 95 Plätze – keine Spezialisierung, seit September 2013 wird *H.I.L.DE Palliativ* zur Schmerzeinschätzung (im Kontext Lebensqualität) eingesetzt (Bewohnerauswahl in Fallbesprechungen)

Fragestellung 1: Datensätze der MmD, die von den Fachkräften an den Erfassungszeitpunkten doppelt erhoben wurden, mindestens seit vier Wochen ist das Instrument im Einsatz, Zustimmung Bevollmächtigte / Betreuer liegt vor

Fragestellung 2: Datensätze der MmD, die mit dem ersten Einsatz des Instruments an insgesamt mindestens sechs darauf folgenden Wochen (ohne Unterbrechung) mittels *H.I.L.DE. Palliativ* eingeschätzt wurden, Erhebungszeitraum 09/2013 bis 03/2015

Ethische Aspekte und Datensicherheit

- Erfassungs- und Referenzbögen liegen anonymisiert vor
- Datensparsamkeit wurde beachtet (Geburtsdatum)
- Informierte Zustimmungen der teilnehmenden Mitarbeiter wurden eingeholt, MAV stimmte der Untersuchung zu
- Informierte Zustimmungen der Bevollmächtigten / Betreuer (Bereich „Gesundheitsfürsorge“) der teilnehmenden MmD wurden eingeholt
- Datenmaterial wird an einem sicheren Ort aufbewahrt
- Über den Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahere Pflege wurde ein Ethikantrag an die Ethik-Kommission der Universität Witten / Herdecke gestellt (Antrag Nr. 87/2015) – ein positives Ethikvotum wurde erteilt

Datenaufbereitung und -analyse I

- Aufbereitung (Kodierung) und Berechnung: überwiegend SPSS (Version 22), gewichtete Kappa-Werte Open Software R, prozentuale Übereinstimmung wurde händisch berechnet
- Deskriptive Analysen (Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum- und Maximumwerte, Häufigkeiten und Prozentwerte)
- Fragestellung 1: Reliabilitätskennzahlen – Berechnung Cohen´s Kappa (K) bei nominalskalierten Daten (Schmerzlokalisierung, Gesamteindruck in Ruhe und Gesamteindruck in Pflegesituation), bei ordinalskalierten Items (Schmerzbelastung und BESD) wurde der gewichtete Kappa-Wert berechnet
- Kappa-Werte sind immer in den Zusammenhang mit den prozentualen Übereinstimmungen (P_0) zu setzen / zu interpretieren
- $K = +1$ entspricht einer perfekten (sehr guten) Übereinstimmung
- P_0 sollte mindestens 70% erreichen

(Gattinger et al. 2014, Grouven et al. 2007, Mayer 2011 S. 235 ff.)

Datenaufbereitung und –analyse II

- Fragestellung 2a: Daten der Items „Schmerzbelastung“, „Intervention“ und „BESD“, Berechnung mittels Chi-Quadrat (χ^2) ob die jeweilige Häufigkeit (Intervention folgt auf Schmerzbelastung) zufallsbedingt ist
- Chi-Quadrat berechnet die Abweichung wirklicher und erwarteter Häufigkeiten bei nominal oder ordinal vorliegenden Daten, je größer die Abweichung, desto höher χ^2 , ist der Wert ausreichend hoch ist die Häufigkeit nicht zufallsbedingt
- Fragestellung 2b: Daten der Items „Schmerzbelastung“, „Schmerzlokalisierung“ und „Intervention“

(LoBiondo-Wood & Haber 2005 S. 571, Mayer 2011 S. 250)

Ergebnisdarstellung

Interrater-Reliabilität

- 26 doppelte Beobachtungen / Einschätzungen, fünf verschiedene Erhebungszeitpunkten, neun (geschulte) Fachkräfte / zwei Bereichsleitungen, vier Wohngruppen - alle Items formal korrekt ausgefüllt
- 14 MmD – 3 Männer (21,4%) und 11 Frauen (78,6%), Alter zwischen 78 und 95 Jahren, durchschnittliches Alter 86,5 Jahre (SD 4,7)
- Bei ca. 70% der Einschätzungen wird Schmerzverhalten über das Item „Schmerzbelastung“ von beiden Fachkräften wahrgenommen, über den BESD (Cut-off ≥ 2) etwas weniger (65% / 56%) (Zwakhalen et al. 2012)
- Schmerzlokalisierung am häufigsten „unterer Rücken/Gesäß“ (11/11), „Hüfte/Beine/Füße“ (5/6), „Oberer Rücken“ (5/5)
- Keine Berechnung von K wenn die Einschätzungen „Konstante“ sind (z.B. „Freude“ in der Gesamteindruck der emotionalen Lage Pflegesituation)
- Überwiegend gute bis sehr gute Interrater-Reliabilität, bei einer mindestens ausreichenden, meist hohen bis sehr hohen prozentualen Übereinstimmung

Ergebnisdarstellung

Fragestellungen 2a und 2b - Effekte

- 6-Wochen Verläufe von 42 MmD (252 Datensätze), Drop-out 8 Verläufe
- 19 (geschulte) Fachkräfte – zwischen 2 und 47 Erfassungsbögen
- 8 Männer (19%) und 34 Frauen (81%), Alter zwischen 75 und 102 Jahren, durchschnittliches Alter 87,8 Jahre (SD 6,6)
- Bei ca. 60% der Einschätzungen wird Schmerzverhalten über das Item „Schmerzbelastung“ und den BESD (Cut-off ≥ 2) wahrgenommen, in den einzelnen Dimensionen des BESD bei ca. 50% Bewertung mit „1“ oder „2“ (Ausnahme Atmung 20%)
- Schmerzlokalisierung zwischen 0 (102/40,5%) und 9 (3/1,2%) Optionen wurden genutzt (ein Fehleintrag), am häufigsten „unterer Rücken/Gesäß“ (81), „Hüfte/Beine/Füße“ (43), „Schulter/Arm/Hand“ (27)

Effekte – medikamentöse Interventionen

- In 131 Erfassungsbögen wurden Interventionen dokumentiert, bei 86,7% der MmD bei denen eine Schmerzbelastung wahrgenommen wurde, kam es zu einer Intervention, 36 Bögen mit 2 Interventionen

Interventionen im 6-W ochen Verlauf (N=252)			
Art der Intervention	Schmerzbezogen	Keine Zuordnung	Gesamt
Bedarfsmedikation (alt)	107	2	109
Medikamentöse	39	1	40
Andere	15	3	18
Gesamt	161	6	167

Tabelle 9: Interventionen gesamt im 6-Wochen Verlauf (eigene Darstellung 2015)

Effekte – Interventionen / Schmerzbelastung

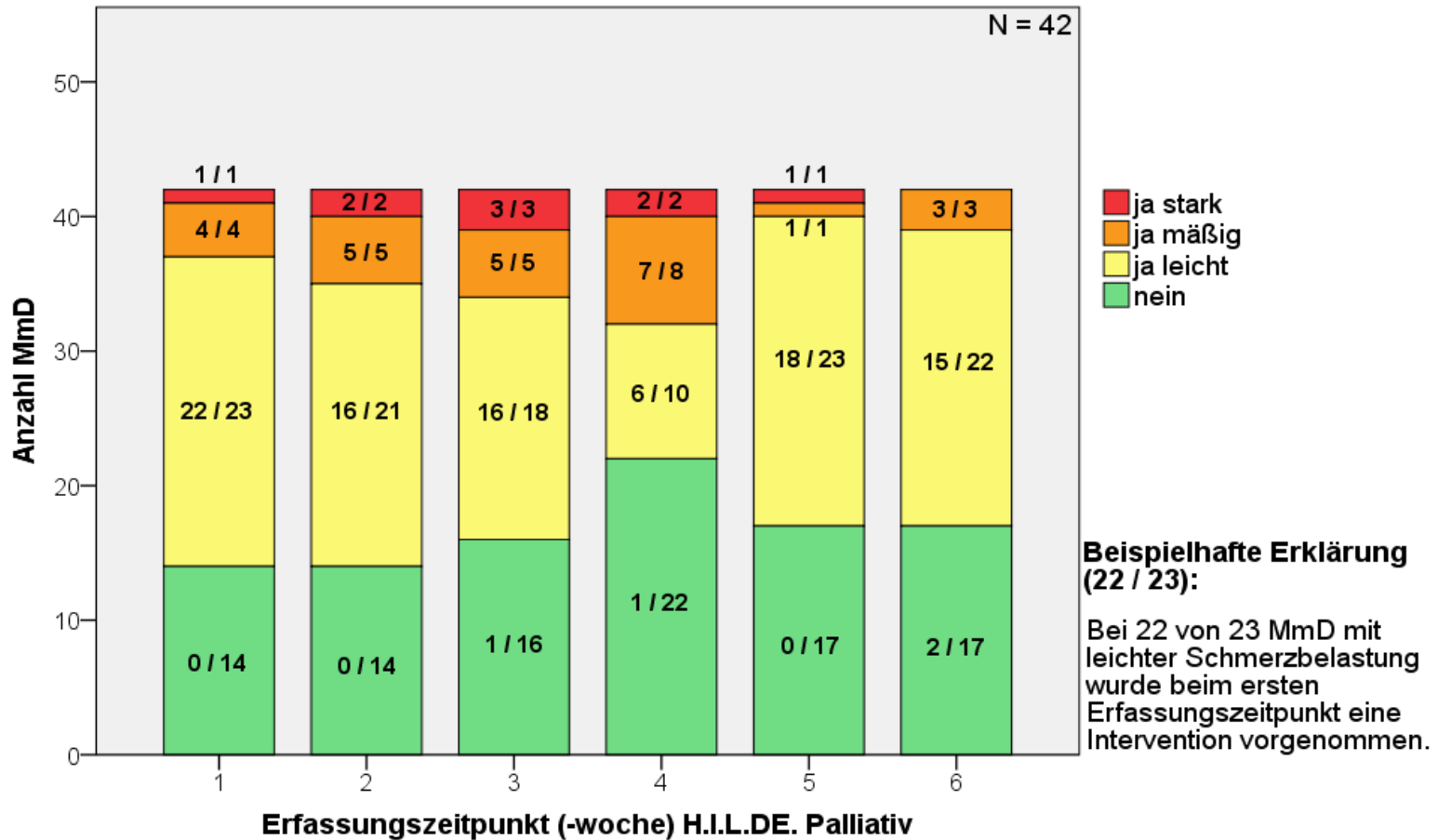


Abb.: Interventionen bei Schmerzbelastungen im 6-Wochen Verlauf (eigene Darstellung 2015)

Effekte – Interventionen

- Chi-Quadrat ist ausreichend hoch ($\chi^2 = 155,7$), es besteht eine signifikante Übereinstimmung ($p = 0,000$)
- Fachkräfte leiten überwiegend Interventionen ein, wenn eine Schmerzbelastung wahrgenommen wird, bei mäßig und stark wahrgenommenen Schmerzbelastung fast immer
- *H.I.L.DE. Palliativ* leitet demnach die Fachkräfte in der medikamentösen Schmerzbehandlung an bzw. unterstützt diesen Prozess
- Pflegerische Interventionen finden bisher wenig Berücksichtigung in der Schmerzbehandlung oder werden nicht im Erfassungsbogen dokumentiert

Effekte – Schmerzbelastung / -lokalisierung

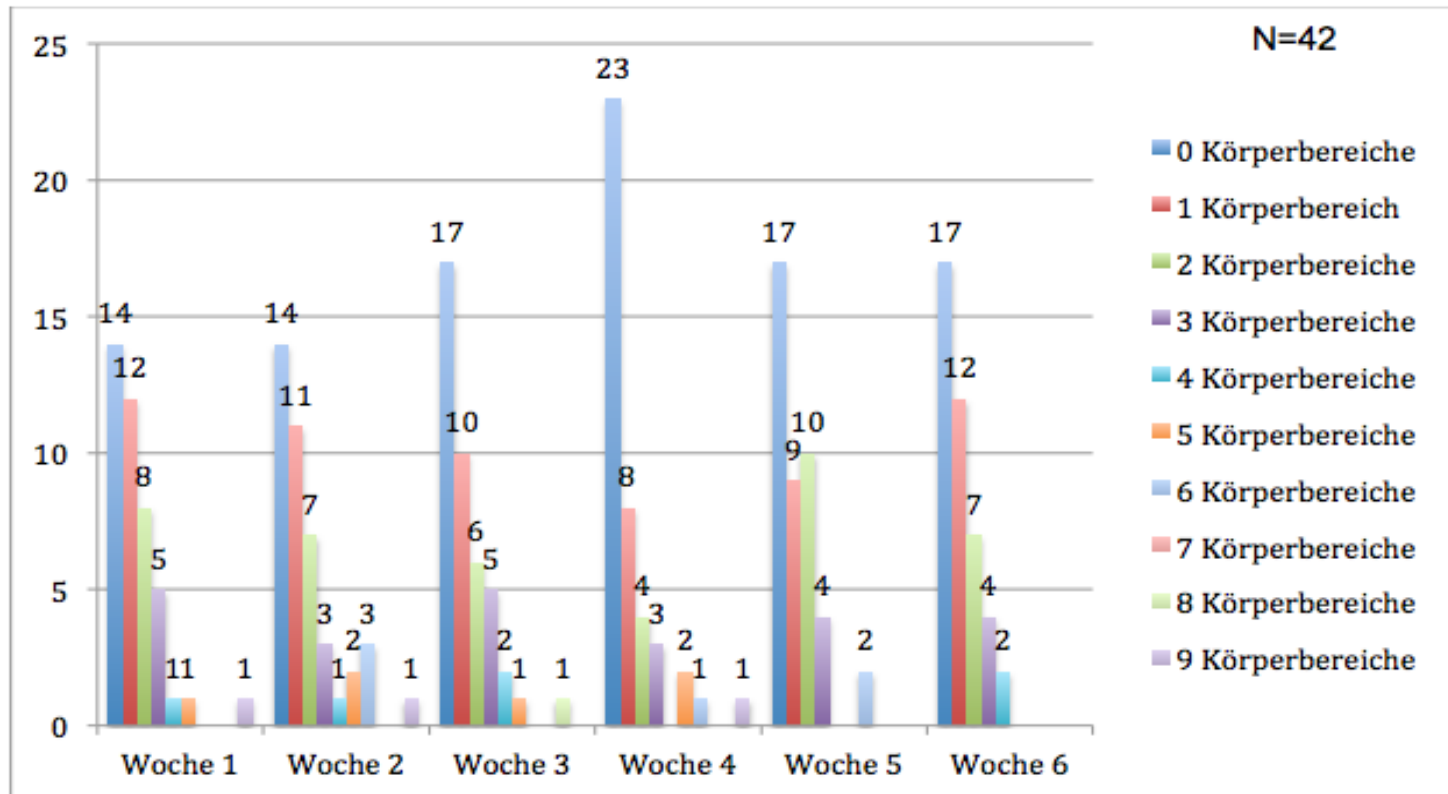


Abb.: Anzahl der Körperbereiche (Schmerzlokalisierung) im 6-Wochen Verlauf (eigene Darstellung 2015)

Effekte – Schmerzbelastung / -lokalisierung

- Schmerzbelastungen nehmen in den ersten Wochen des Einsatzes von *H.I.L.DE. Palliativ* nicht deutlich ab (Kontextfaktoren!)
- Bei der Schmerzlokalisierung gibt es ebenfalls keinen Hinweis auf einen deutlichen Effekt
- Schmerzen bzw. Schmerzverhalten werden von den Fachkräften hinsichtlich der Intensität und der Lokalisation wahrgenommen bzw. eingeschätzt und im Item „Schmerzbelastung“ sowie dem BESD dokumentiert, *H.I.L.DE. Palliativ* unterstützt also die Fachkräfte bzw. leitet diese an

Limitationen und Einschränkungen

- Studiendesign – RCT ethisch nicht vertretbar, „Utrechter Modell“(?)
- Verzerrung der Ergebnisse (z.B. multimorbide Bewohner, Stürze, finale Phase)
- Eine größere Stichprobe und / oder eine Kontrollgruppe hätte die Effekte auf die Schmerzbelastung, -lokalisierung und -behandlung ggf. deutlicher aufzeigen können, es hätte ggf. weniger gleiche Einschätzungen bei den doppelten Beobachtungen gegeben
- Interne Validität ausreichend? (z.B. „äußere Einflüsse“ im Feldexperiment)
- Dokumentation (Kontextfaktoren waren nur schwierig zu finden)
- Mitarbeiterkompetenzen (z.B. zum Phänomen „Schmerz“)

Schlussfolgerungen

- Der Einsatz des Instruments *H.I.L.DE. Palliativ* ist in dieser Einrichtung sinnvoll
- Veränderungen des Instruments könnten die Praktikabilität erhöhen
- Übertragung der Ergebnisse auf andere Senioreneinrichtungen nur eingeschränkt möglich, Empfehlung kann ausgesprochen werden
- Übertragung der Ergebnisse auf andere Settings (z.B. Hospiz) nicht möglich
- Die Qualität des Schmerzmanagements wurde nur ansatzweise untersucht, inwieweit die medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Behandlungsmöglichkeiten im Sinne der MmD ausgeschöpft und passend angewendet werden, ist noch zu untersuchen

Fazit und Ausblick I

- Die Schmerzbehandlung von MmD ist im Kontext von Palliative Care und Lebensqualität zu sehen
- Schmerzbehandlung / Therapieaussteuerung ist ohne Schmerzeinschätzung nicht möglich, Selbstauskunft ist auch bei MmD zu beachten
- Bei MmD ist häufig eine Verhaltensbeobachtung zur Einschätzung notwendig
- *H.I.L.DE. Palliativ* kann ein solches Instrument sein, kann von Medizinern und Pflegenden genutzt werden und damit den Diskurs auf Augenhöhe fördern
- Praxistauglichkeit ist in der Vergangenheit schon positiv bewertet worden, weitere Optimierungen sind möglich

Fazit und Ausblick II

- Folgeuntersuchungen sind notwendig (z.B. zur Validität, zu den Zusammenhängen von Schmerzbelastung und Lebensqualität) oder interessant (Verändert sich die Haltung der Mitarbeiter gegenüber den MmD durch den Einsatz von *H.I.L.DE. Palliativ*?)
- Diese sollten überwiegend erfolgen, bevor das Instrument uneingeschränkt zur Nutzung freigegeben wird
- *H.I.L.DE. Palliativ* ist ein Baustein im palliativen Versorgungsprozess der stationären Einrichtungen
- Zur Schmerzbehandlung braucht es in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe - nicht nur Assessmentinstrumente, sondern auch ausreichende Kompetenzen bei den Anwendern, eine gelungene Interaktion zwischen den Pflegenden und den MmD, gute Arbeitsbedingungen, eine kooperative Zusammenarbeit zwischen den handelnden Akteuren und Raum für Reflektion – passende Rahmenbedingungen

Fazit und Ausblick III

Neben den Aktivitäten auf der Ebene der Einrichtungen braucht es weitere wegweisende Impulse, Initiativen oder Projekte, die dazu dienen, das Schmerzmanagement und damit die Lebensqualität von MmD in den stationären Einrichtungen nachhaltig zu verbessern. Dies sind beispielsweise:

- Erarbeitung der S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (Nr. 145-001) durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. in Kooperation mit dem DZNE (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. 2014)
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland – fünf Leitsätze, Initiativen in den verschiedenen Kommunen (Charta 2015)
- Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung spricht explizit auch die Einrichtungen und die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegenden an (Bundesministerium für Gesundheit 2015)

Quellen I

Balzer, K.; Butz, S.; Bentzel, J.; Boulkhemair, D.; Lühmann, D. 2013. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) In der Bundesrepublik Deutschland. DIMDI. Köln

Bartholomeyczik, S. 2007. Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. In: Pflege. 20. Verlag Hans Huber. Bern. S. 211-217

Behr, A.; Meyer, R.; Holzhausen, M.; Kuhlmei, A.; Schenk, L. 2014. Lebensqualität und Gesundheit – Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern – eine qualitative Studie. In: Pflege. 27 (6). Verlag Hans Huber. Bern. S. 369-380

Gronemeyer, R.; Fink, M.; Jurk, C. 2008. Palliative Praxis bei Demenz. Studien und Modelle in der internationalen Literatur. Recherche im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Gießen

Hadjistavropoulos, T.; Herr, K.; Turk, D.; Fine, P.; Dworkin, R.; Helme, R.; Jackson, K.; Parmlee, P.; Rudy, T.; Beattie, B.; Chibnall, J.; Craig, K.; Ferrell, Be.; Ferrell, Br.; Filingim, R.; Gagliese, L.; Gallagher, R.; Gibson, S.; Harrison, E.; Katz, B.; Keefe, F.; Lieber, S.; Lussier, D.; Schmader, K.; Tait, R.; Weiner, D.; Williams, J. 2007. An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons. In: Clinical Journal of Pain. 23 (1). S. 1-43

James, I. 2013. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Detlef Rüsing. Verlag Hans Huber. Bern

Kaspar, R. 2009. Psychometrische Beurteilung verhaltensgestützter Schmerzassessments für Menschen mit Demenz. Potenziale von Item-Response-Theorie und Latent Variable Modellen am Beispiel der Verhaltensinventare CNPI und BESD. Inauguraldissertation. Heidelberg

Quellen II

Kojer, M. & Heimerl, K. 2009. Palliativ Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen - Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 10 (3). S. 154-161

Kruse, A. 2012. Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen – eine fachliche und ethische Herausforderung. In: Deutscher Ethikrat (Hrsg.). Demenz – Ende der Selbstbestimmung. Tagungsband. Deutscher Ethikrat. Berlin. S. 27-50

Lawton, M.; van Haitsma, K.; Klapper, J. 1996. Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. In: Journal of Gerontology. 51. S. 3-14

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 2005. Pflegeforschung. Urban & Fischer. München

Mayer, Ha. 2011. Pflegeforschung anwenden. Facultas. Wien

Mayer, He.; Nonn, C. Osterbrink, J.; Evers, G. 2004. Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten – Cohen's Kappa als Maß der Interrater-Reliabilität (Teil 1). In: Pflege. 17. S. 36-46

Nehen, H.; Hesse, M.; Wagner, K. 2012. „H.I.L.DE. Palliativ“. Präsentation der Ergebnisse der Projektphase. Borbecker Schmerzhilfe e.V. (unveröffentlichtes Manuskript, mit freundlicher Genehmigung der Autoren zur Nutzung für diese Arbeit freigegeben)

Osterbrink, J.; Hufnagel, M.; Kutschar, P.; Mitterlehner, B.; Krüger, C.; Bauer, Z.; Aschauer, W.; Weichbold, M.; Sirsch, E.; Drebenstedt, C.; Perrar, K.; Ewers, A. 2012. Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Springer Verlag. Wien, New York

Quellen III

Pipam, W.; Bernatzky, G.; Likar, R. 2009. Schmerzmessung und Dokumentation. In: Likar, R.; Bernatzky, G.; Märkert, D.; Ilias, W. (Hrsg.). Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Springer Verlag. Wien, New York

Ridgway, V. 2014. Alte Menschen versorgen. In: Baldwin, M. & Woodhouse, J. (Hrsg.) 2014. Palliative-Care-Konzepte. Verlag Hans Huber. Bern. S. 34-40

Rieckmann, N.; Schwarzbach, C.; Nocon, M.; Roll, S.; Vauth, C.; Willich, S.; Greiner, W. 2009. Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. DIMDI. Köln

Riedel, A. 2010. Komponenten des Palliative Care Ansatzes als konzeptionelle Grundlage. In: Heller, A. & Kittelberger, F. (Hrsg.). Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Lambertus Verlag. Freiburg. S. 52-83

Schrems, B. 2007. Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik. In: Pflege. 20. Verlag Hans Huber. Bern. S. 218-224

Shega, J.; Hougham, G.; Stocking, C.; Cox-Hayley, D.; Sachs, G. 2004. Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia: Frequency, Intensity and Congruence Between Patient and Caregiver Report. In: Journal of Pain and Symptom Management. 28 (6). S. 585-592

Quellen IV - Internet

Bundesministerium für Gesundheit 2015. Homepage. Gesetzesentwurf „Schwerstkranke Menschen gut versorgen und betreuen“. URL:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Kabinettvorlage_HPG_18-15032.pdf Zuletzt besucht: 07.09.2015

Charta 2015. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. URL: <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de> Zuletzt besucht: 30.08.2015

DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) e.V. & DHPV (Deutscher Hospiz- und Palliativverband) e.V. (Hrsg.) 2012. Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen im hohen Alter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. URL: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/PositionspapierErgWorkshop_060612.pdf Zuletzt besucht: 17.06.2015

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. 2014. Jahresbericht 2014. URL: <http://www.dgss.org/die-gesellschaft/arbeitskreise/schmerz-und-alter/jahresbericht-2014/> Zuletzt besucht: 08.06.2015

Dialog- und Transferzentrum Demenz 2007. Assessments in der Versorgung von Menschen mit Demenz. URL: http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments_DZD.pdf Zuletzt besucht: 04.01.2015

WHO (World Health Organization) 2002. WHO Definition of Palliative Care. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Zuletzt besucht: 05.04.2015

Zwakhalen, S.; Hamers, J.; Abu-Saad, H.; Berger, M. 2006. Pain in Elderly People with Severe Dementia: A Systematic Review of Behavioural Pain Assessment Tools. In: BMC Geriatrics. 6 (3). URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3> Zuletzt besucht: 10.07.2015