Nullnummer / 2016

Schmerz und Schmerzmanagement

Herausgeberinnen und Herausgeber
André Ewers
Irmela Gnass
Nadja Nestler
Nadine Schüßler
Erika Sirsch

Themenschwerpunkt
Implementierung von Schmerzmanagement

Verantwortliche Herausgeberinnen
Irmela Gnass
Nadine Schüßler

hogrefe

Wie Schmerzpatienten zu mehr Lebensqualität finden

Monika Specht-Tomann / Andreas Sandner-Kiesling

Schmerz

Ganzheitliche Wege zu mehr Lebensqualität

2. überarb. Aufl. 2014.
256 S., 31 Abb., 12 Tab., Kt
€ 19,95 / CHF 28.50
ISBN 978-3-456-85314-7
Auch als eBook erhältlich

Schmerzen – von der Geburt bis in den Tod begleiten sie unser Leben. Wer kennt nicht das bohrende, klopfende oder nagende Gefühl? Besonders chronischer Schmerz stellt eine enorme körperliche, aber auch psychische Belastung dar. Oft bringt er Gefühle wie Wut oder Traurigkeit mit sich.

Die Psychologin Monika Specht-Tomann und der Intensivmediziner Andreas Sandner-Kiesling erklären in diesem Ratgeber in klarer, verständlicher Sprache das Phänomen aus interdisziplinärer Sicht. Sie beschreiben die verschiedenen Formen und die wichtigsten Ursachen von Schmerzen sowie insbesondere die neuesten Therapien zu deren Behandlung. Einfühlsam geben sie Betroffenen wie auch Angehörigen in zahlreichen Fallbeispielen einen Überblick über die Möglichkeiten, im Alltag damit umzugehen. Wie lässt sich der Schmerz überhaupt mitteilen, wie kann man mit dem Arzt richtig darüber sprechen? Wie lässt sich die lähmende Wirkung von Schmerzen auflösen? Die Autoren klären auf über den richtigen Gebrauch und die Wirkung von Medikamenten und stellen wichtige Komplementärmaßnahmen zur Schulmedizin vor, wie z.B. Physiotherapie, Naturheilverfahren, Konzentrations- und Entspannungsübungen.

hogrefe

Schmerz und Schmerzmanagement

Nullnummer / 2016

Themenschwerpunkt
Implementierung von Schmerzmanagement

Herausgeberinnen und Herausgeber
André Ewers
Irmela Gnass
Nadja Nestler
Nadine Schüßler
Erika Sirsch

hogrefe

Herausgeber/innen
Ass.-Prof. Dr. André Ewers, Salzburg
Dr. Irmela Gnass, Salzburg
Dr. Nadja Nestler, Salzburg
Nadine Schüßler, Hamburg
Jun.-Prof. Dr. Erika Sirsch, Vallendar

Redakteurin
Barbara Müller, Hogrefe AG, Bern
Tel. +41 (0) 31 300 45 46
barbara.mueller@hogrefe.ch

Verlag
Hogrefe AG, Länggass-Strasse 76, 3000 Bern 9, Tel. +41 (0) 31 300 45 00
zeitschriften@hogrefe.com, www.hogrefe.ch

Herstellung
Reto Mastria
Tel. +41 (0) 31 300 45 73
reto.mastria@hogrefe.ch

Anzeigenleitung
Josef Niedlispach, Tel. +41 (0) 31 300 45 69, inserate@hogrefe.com

Abonnements
Tel. +41 (0) 31 300 45 74, zeitschriften@hogrefe.ch

Satz
punktgenau GmbH, Bühl, Deutschland

Druck
Kraft Druck GmbH, DE-76275 Ettlingen

Bezugsbedingungen
Jahresabonnement
Institute: € 145,–/CHF 160.–
Private: € 69,–/CHF 75.–
Lernende: € 49,–/CHF 54.–

Porto und Versandgebühren: Europa € 8,–/Schweiz CHF 10.–

Einzelheft: € 24,–/CHF 27.–

Erscheinungsweise
4 Hefte jährlich

© 2016 Hogrefe AG
ISSN-L 2504-1037
ISSN 2504-1037 (Print)
ISSN 2504-1320 (online)

Inhalt

Editorial	Schmerzmanagement aus pflegerischer Sicht: gestern, heute und morgen *Jürgen Osterbrink*	5
Schwerpunkt	Schmerzmanagement – die Positionen des Herausgeber-Quintetts *Erika Sirsch, Nadine Schüßler, Nadja Nestler, Irmela Gnass & André Ewers*	7
	Die Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen *Heiko Stehling*	11
	Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen *Dagmar Schäfer*	17
	Etablierung standardgemäßen Schmerzmanagements in der ambulant-pflegerischen Praxis *Monika Klau-Fischer*	21
	Zunehmend und bundesweit aktiv – die Fachgruppe Pflegeexperten Schmerz im DBfK *Johanna Knüppel*	25
	Innovation – aus der Not geboren *André Ljutow & Barbara Jost-Sutter*	29
	Schritt für Schritt zum interprofessionellen Schmerzmanagement *Ursina Schmid*	33
Interview	„Die größte Herausforderung? – Patienten mit chronifizierten Schmerzen“ *Prof. Dr. Michael Schäfer*	36
Praxisbeispiel	Herausforderung Schmerzforum – packen wir es an! *Marcel Schelonsek*	37
Aktuelle Praxisfrage	Pain Nurse im Alltag *Rita Görlich*	40
Journal Club	Schmerzmanagement in österreichischen Altenheimen *Nadine Schüßler & Irmela Gnass*	41
Schmerz medial	Chronische Schmerzen und Migräne einfach erklärt Deutsches Kinderschmerzzentrum veröffentlicht zwei Animationsfilme *Bettina Hübner-Möhler & Ann-Kristin Ruhe*	46
	Pflegewissen Schmerz *Meike Schwermann*	47
Rätsel/Vorschau		48

© 2016 Hogrefe

Professionelle Pflege von Menschen mit Wunden

Eva-Maria Panfil / Gerhard Schröder (Hrsg.)

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten

3., korr. u. erg. Aufl. 2015.
664 S., 104 farbige Abb., 79 farbige Tab., Gb
€ 59.95 / CHF 79.00
ISBN 978-3-456-85194-5
AUCH ALS E-BOOK

Die Pflege von Menschen mit diabetischem Fußsyndrom, Dekubitus und Ulcus cruris venosum ist mehr als die Behandlung und Versorgung von Wunden oder die Wahl der richtigen Wundauflage. Die Lebensqualität der Betroffenen ist häufig stark eingeschränkt, die Behandlung ist aufwendig, langwierig und teuer. Die bisherigen Werke zum Thema sind sehr stark medizin- und wundbezogen und berücksichtigen pflegerische und patientenorientierte Aspekte nur unzureichend.

Dieses erfolgreiche und zum Standardwerk avancierte Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten zeigt, was Pflege kann und leisten möchte, um Menschen mit chronischen Wunden gemeinsam zu versorgen und zu unterstützen. Ziel professionell Pflegender ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und ihre Selbstkompetenz zu stärken.

Die dritte Auflage wurde vollständig überarbeitet, aktualisiert und ergänzt und thematisch erweitert.

www.hogrefe.com

hogrefe

Schmerzmanagement aus pflegerischer Sicht: gestern, heute und morgen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dies ist die Nullnummer der Zeitschrift *Schmerz und Schmerzmanagement* aus pflegerischer Perspektive. Manche werden sich fragen, warum ist, neben den etablierten Journalen im internationalen und deutschen Sprachraum, ein weiteres Journal erforderlich?

Die Jahre 2016 und folgende sind für die Patientenversorgung ein Meilenstein, da die Grundsätze der Begleitung und Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen auf eine völlig neue Basis gestellt werden müssen. Ein kurzer Rückblick: Wenn noch vor gut 25 Jahren die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 12 Tage betrug, so liegt sie heute (Stand 2014) lediglich bei 7,4 Tagen (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016[1]). Die Patientinnen und Patienten, die heute versorgt werden, sind, im Gegenteil zur Kohorte in den 1990er Jahren, multimorbide, damit fragiler und oftmals im ambulanten Bereich oder in der Heimversorgung nicht ausreichend versorgt. Darüber hinaus sehen wir eine deutliche Zunahme von Menschen mit chronischen und oftmals dauerhaften Schmerzen, zum Beispiel chronischen Rückenschmerzerkrankungen oder tumorbedingten Schmerzen (Rothstein/Zenz, 2009[2]; Kindler/Maier, 2008[3]).

Erste Anzeichen eines derartigen Wandels konnten schon bei der Einführung der DRGs ab 2002 gesehen werden, wo eine deutliche Veränderung im deutschen Gesundheitssystem erkennbar war. Dies war unter anderem der Anlass, dass das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege[4] 2002 eine Gruppe von Pflegepraktikerinnen und -praktikern und Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern beauftragt hat, den ersten bundesweit gültigen Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege zu entwickeln. Dieser wurde im Februar 2005 verabschiedet. Der Expertenstandard wurde mit Fokus auf den akuten Schmerz 2011 aktualisiert. 2015 erschien der Expertenstandard zum chronischen Schmerz.

Insbesondere zwei Institutionen, die Deutsche Schmerzgesellschaft wie auch das Klinikum Nürnberg, haben schon seit über 15 Jahren Grundlagen geschaffen, um Pflegende im Fachbereich Schmerz umfassend hinsichtlich eines suffizienten, zeitgerechten und sektorenübergreifenden Schmerzmanagements zu qualifizieren. Schmerzassessments, medikamentöse, nicht-medikamentöse Maßnahmen, Prophylaxe von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen wie auch Beratungs- und Schulungskompetenz standen und stehen auch noch heute im Zentrum der schmerzbezogenen Expertenstandards und den existierenden Weiterbildungen. Mittlerweile gibt es an verschiedenen weiteren Orten in den deutschsprachigen Ländern Weiterbildungsmöglichkeiten und über 12000 Pflegende haben diese Kurse bereits erfolgreich abgeschlossen.

12000 pflegerische Schmerzexperten haben im deutschen Gesundheitssystem eine Änderung bewirkt. Es gibt viele pflegegeleitete Akutschmerzdienste, die teilweise ärztlich begleitet werden. Im ambulanten wie auch in der stationären Langzeitversorgung existieren neben etablierten pflegerischen Arbeitsgruppen enge Kommunikationsstrukturen mit behandelnden Kolleginnen und Kollegen aus dem ärztlichen Bereich. Pflegerisch basierte Schmerzforschung ist national und international keine Seltenheit, sondern eine aufstrebende und erfolgreiche Disziplin, die dazu führt, dass sich die Behandlung mit Menschen mit akuten und chronischen Schmerzen über Altersgrenzen hinweg stetig verbessert.

Die Bundesarbeitsgruppe der pflegerischen Schmerzexperten ist 2014 an den DBfK in Berlin angeschlossen worden und erarbeitet erfolgreich versorgungsbezogene Grundlagen, die national durch Landesarbeitsgruppen weitergeführt und -gedacht werden. Am bundesweiten Tag gegen den Schmerz werden in ganz Deutschland Aktionen durch pflegerische Schmerzexperten, oftmals in Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, durchgeführt.

---

[1] Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Glossar/Verweildauer.html

[2] Rothstein, D./Zenz, M. (2009). Therapie chronischer Schmerzen. Der Internist, Volume 50, Issue 9, pp 1161–1168, DOI: 10.1007/s00108-009-2474-z.

[3] Kindler, D./Maier, CH. (2008). Postoperative Schmerztherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen und Tumorerkrankungen. In: Pogatzki-Zahn, E. M./Van Aken, H. K./Zahn, P. K. (Hrsg.). Postoperative Schmerztherapie. Pathophysiologie, Pharmakologie und Therapie. Thieme Verlag: Stuttgart

[4] www.dnqp.de

© 2016 Hogrefe

Sie sehen also, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass in den vergangenen 15 Jahren das Schmerzmanagement aus pflegerischer Perspektive ent- und weiterentwickelt wurde, Grundlagen und Forschungsergebnisse in die versorgende Praxis Einzug gehalten haben und wir gemeinsam mit anderen patientennah tätigen Berufen auf einem guten Weg sind, die sektorenübergreifenden therapeutischen Angebote umfassender anbieten zu können. Können wir uns zufrieden zurücklehnen und sagen: Alles ist gut? Mitnichten! Ein Teilziel ist erreicht, nämlich die nach und nach gelingende Qualifikation einer relevanten Berufsgruppe. Die Behandlung von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten ist aber noch immer zu sektoral, in der Regel krankenhausbasiert oder in vereinzelten Schmerzpraxen und -netzen organisiert. Kommunikation und regelhafter Austausch der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehöriger findet in den seltensten Fällen strukturiert und zielgerichtet statt. Eine Zusammenführung von medizinscher und pflegewissenschaftlicher Forschung ist nur in den allerseltensten Fällen gegeben. Und da liegt die Herausforderung. Wie Michael Schäfer, der scheidende Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft richtig beschreibt (Schäfer, 2016[5]), ist eine adäquate Versorgung von Menschen mit Schmerzen eher zufällig und unstrukturiert.

Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, wo wir gemeinsam mit anderen Berufsgruppen strukturiert an dieser großen Aufgabe arbeiten sollten. 12000 pflegerische Schmerzexperten, einige Tausend Ärzte, Psychologen und Physiotherapeuten und weitere Berufsgruppen sollten es schaffen, in den nächsten 15 Jahren in den oben genannten Herausforderungen schmerzgeplagte Menschen, und unter Umständen auch deren Angehörige, zu identifizieren und deren Schmerzen zu lindern. Weiterhin sollte es gelingen, dass die therapeutisch tätigen Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Pflegende ebenfalls frühzeitig identifizieren, was unsere Berufsgruppen in diesem Behandlungsprozess eint und eben nicht das, was sie unterscheidet. Wenn uns dieser Schritt gelingt, und dazu soll dieses Journal einen Beitrag leisten, wird Schmerz früher identifiziert, effektiver therapiert und der Behandlungsprozess einem systematischen Monitoring unterworfen, das Ergebnis letztendlich verbessert und damit auch finanzierbarer.

Wenn wir den Rückblick in dieser Entwicklung des rasanten Aufschwungs des pflegebasierten Schmerzmanagements betrachten, kann man eigentlich nur ermutigt in die Zukunft schauen und genau dazu wünsche ich Ihnen den nötigen Mut, Durchhaltevermögen und viel Erfolg bei Ihren Bestrebungen. Erfolg dazu wünsche ich dem Herausgeberteam des Journals.

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c.
Jürgen Osterbrink
Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Salzburg/Österreich. Director WHO CC for Nursing Research and -practice

[5] Schäfer, M. (2016). Eine einheitliche schmerzmedizinsche Versorgungsstruktur in Deutschland. In: Der Schmerz. 30:215–217, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., DOI 10.1007/s00482-016-0120-y.

© 2016 Hogrefe

Schmerzmanagement – die Positionen des Herausgeber-Quintetts

Erika Sirsch, Nadine Schüßler, Nadja Nestler, Irmela Gnass & André Ewers

Um das Kernkonzept dieser Zeitschrift von Beginn an sowohl in dessen Vielfalt auszubreiten als auch in seiner Präzisierung zu schärfen, zeigen die fünf Herausgeberinnen und Herausgeber des Journals *Schmerz und Schmerzmanagement* im folgenden Artikel, welche Dimensionen und Spezifizierungen der Begriff *Schmerzmanagement* für sie jeweils aufweist.

Befasst man sich praktisch oder auch literatur-basiert mit Schmerz*management* lässt sich eine außerordentliche Vielfalt an Formen und Verständnissen dieses Konzeptes finden. Unter dem Begriff wird eine große Zahl an unterschiedlichsten Dingen zusammengefasst. So werden Anpassungen an die Schmerzart, an die das Management durchführende(n) Personengruppe(n) oder die Haltung im Schmerzmanagement-Handeln nötig, um Schmerzmanagement konkreter zu spezifizieren: Wir sprechen von *Schmerzmanagement bei Menschen mit akuten Schmerzen* oder *pflegerischem* Schmerzmanagement.

Bei der Erarbeitung der Expertenstandards *Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen* und später auch *bei chronischen Schmerzen* wurde im Rahmen der Literaturanalyse deutlich, dass sich *Schmerzmanagement* als Begriff stark an den praktischen Gegebenheiten und Möglichkeiten sowie im Schmerzmanagement durchgeführten Handlungen orientiert. Nur wenige Autorinnen und Autoren wissenschaftlicher Publikationen machen sich die Mühe, dem Begriff eine Definition an die Seite zu stellen, die neben *Schmerz* als Grundphänomen auch das Schmerz*management* aufgreift. So werden in Lehr- und Handbüchern unter der Überschrift *Schmerzmanagement* konkrete klinische Umsetzungsprogramme, wie Schmerzambulanzen (vgl. z. B. Hein 2012) aber auch Maßnahmenkataloge/-empfehlungen und vor allem um den professionellen Schmerzmanager zentrierte Handlungen aufgeführt.

In der folgenden Darstellung handelt es sich um individuell formulierte Facetten und Stimmen, die von den jeweiligen Autorinnen und Autoren zu drei Fragen formuliert wurden. Dabei drehten sich die ersten beiden Fragen um das individuelle Verständnis von und der Sichtweise auf das Schmerzmanagement und die letzte Frage auf die Visionen und Zielperspektiven für das Schmerzmanagement und die Ausrichtung der Zeitschrift.

Solo-Stimmen

Die Betrachtung der Statements der Herausgeberinnen und Herausgeber erfolgt in umgekehrter alphabetischer Reihenfolge.

Erika Sirsch

Pflegende sind seit jeher mit dem Schmerzmanagement betraut. So beschreibt schon Liliane Juchli (1976, S. 241–242) im Lehrbuch der *Allgemeine(n) und spezielle(n) Krankenpflege*, dass Pflegende sich in den anderen hineindenken und zuhören, ihn ernst nehmen sollen und nicht auf Schmerzmittel vertrösten und dann absichtlich oder unabsichtlich „vergessen“. Der Patient sei in seiner ganzen Situation zu erfassen. Ein mehr als 40 Jahre alter Ansatz von Juchli gilt für Patientinnen und Patienten in schmerzhaften Situationen heute noch genauso: „[…] es kann für sie von großer Bedeutung sein, wie die Schwester ihnen in dieser Situation begegnet.“ Auch wenn die „Schwestern“ von einst heute hoch spezialisierten Pflegenden gewichen sind, sind sie heute wie früher meist erste Kontaktpersonen beim Schmerzmanagement, und ein gelingendes Schmerzmanagement hängt immer noch von der Haltung der Pflegenden, ihrem Wissen und ihrer Kompetenz ab.

Jedes Schmerzmanagement beginnt mit dem Schmerzassessment, bei dem der Patient, die Patientin im Mittelpunkt steht. Der Schmerzeinschätzung folgen die gemeinsame Zielsetzung im multiprofessionalen Team mit der betroffenen Person, die Auswahl und Festlegung der Maßnahmen sowie die Evaluation. Schmerzassessment ist eine genuine pflegerische Aufgabe, die ein entscheidender Teil des multidisziplinären Schmerzmanage-

© 2016 Hogrefe

ments ist. Das bedeutet, dass Schmerzmanagement nicht durch Angehörige einer Disziplin allein zu managen ist, weder durch Pflegende noch durch Medizinerinnen und Mediziner.

Nadine Schüßler

Schmerzmanagement entwickelt sich mehr und mehr zur hohen Kunst professioneller Helfer im Gesundheitswesen auf Schmerzäußerungen, einen Verdacht auf Schmerz oder die Bedrohung durch Schmerz adäquat zu reagieren. Linderung und/oder Schmerzstillung herbeizuführen, steht hier als ein Ziel zwischen mehreren im Fokus. Verfolgt werden diese Ziele oftmals, indem so viele Ressourcen und Aktivierungspotentiale des Betroffenen wie möglich identifiziert und nutzbar gemacht werden – und dies alles in umfänglich multiperspektivischer, interdisziplinärer, dynamischer und bio-psycho-sozialer Breite, die das Phänomen Schmerz mit sich bringt. Dabei gilt für die allermeisten Fälle von Schmerz, dass dieser im Kontext komplexen Symptomgeschehens auftritt und betrachtet werden muss. Damit stellt Schmerzmanagement das mit hohem fachlichen Wissen einhergehende partnerschaftliche Analysieren, Planen und Agieren verschiedener professioneller Akteure und Laien dar, welches begleitet wird vom Anwenden schmerzlindernder oder schmerzvermeidender Maßnahmen. Auswahl und Durchführung dieser Maßnahmen folgen dabei gleichermaßen kurz- wie auch langfristigen Zielen.

Geht es um das Verständnis des Begriffes *Schmerzmanagement*, halte ich die anhand einer Konzeptanalyse aus Sicht von Schmerzbetroffenen entwickelte Definition von Davis (1992) als Orientierung für sinnvoll: „pain management“ ist das erfolgreiche Kümmern um oder Umgehen mit Schmerz mittels der Anwendung bestimmter Maßnahmen. Sich selbst dabei in die Lage zu versetzen und selbstreflektierend zu beobachten, wie eine Schmerzkontrolle gelingt beziehungsweise die Handlungen des Schmerzmanagements zu steuern, zählt ebenfalls zum Schmerzmanagement. Die Konzepte Schmerzlinderung, Schmerzmodulation sowie Selbstwirksamkeit sind laut Davis zum Schmerzmanagement gehörende Aspekte. Dieser Definition ist zu eigen, dass es sich um eine Perspektive handelt, die den Patienten ins Zentrum stellt und die zunächst keinen Imperativ für professionelles Handeln beinhaltet. Schmerz ist zunächst eines jeden Menschen eigene Aufgabe und damit ist Schmerzmanagement Teil der Selbstsorge. Es sollte jedoch geklärt werden, ob und inwieweit es zum Beispiel bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen im Schmerzmanagement mehr um den selbstbestimmten und -verantworteten Anteil des Handelns für die individuellen Ziele geht und im akuten Schmerzgeschehen um das Kontrollieren des Schmerzes. Es fällt schwer, beides unter dem Begriff Schmerzmanagement zu subsummieren (Davis 1992).

Nadja Nestler

Schmerzmanagement bedeutet für mich eine organisatorische und inhaltliche Gestaltung der Beeinflussung von Schmerzen der Patienten. Dabei haben Pflegende eine eigene pflegerische Sichtweise und tragen so zum Gelingen einer interprofessionellen Schmerzbeeinflussung bei. Die pflegerischen Aufgabenbereiche sind durch die Erarbeitung der Nationalen Expertenstandards festgelegt, wobei auch die inhaltlichen wie organisatorischen Aufgaben berücksichtigt sind. Schmerzmanagement bedeutet für sie, dass der Umgang mit Schmerz berufsgruppenübergreifend organisiert wird und auf der inhaltlichen Ebene eine Abstimmung zwischen den Berufsgruppen stattfindet, sodass das Phänomen Schmerz gemeinsam eingeordnet und bearbeitet wird. Dabei ist vom Setting abhängig, wie Organisation und inhaltliche Ausgestaltung vorgenommen werden. Die Ziele des Schmerzmanagements differieren je nach Versorgungsbereich, die Berufsgruppen haben dabei ihre eigene Betrachtungsweise aufgrund ihrer Ausbildungen, aber auch ihrer Sozialisationen. Das bedeutet auch, dass gemeinsame Sichtweisen und Ziele für den Umgang mit Schmerzen fehlen können.

Häufig wird davon ausgegangen, dass alle Berufsgruppen das Gleiche meinen, wenn von Schmerzmanagement oder Schmerztherapie gesprochen wird. Die Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen zeigen aber, dass nicht nur unterschiedliche Wissensstände zum Thema vorliegen, sondern auch die gleiche Schmerzversorgung unterschiedlich beurteilt wird. Das lässt mich vermuten, dass Schmerzmanagement unter Umständen nicht gleich von den verschiedenen Akteuren verstanden wird. Auch das Problem der Zuständigkeiten zeigt im Alltag, dass trotz der von der Pflege proklamierten Aufgaben in der Versorgung von Menschen mit Schmerzen keine eindeutige Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen vorhanden ist und wahrscheinlich auch nicht sein kann. Aufgrund der Komplexität des Phänomens lässt sich nicht klar und eindeutig regeln, wer welchen Part in der Versorgung übernehmen muss und kann. Diese Problematik wird in Deutschland noch dadurch unterstützt, dass es bisher klare Grenzen für pflegerische Aufgaben gab, die aber gleichzeitig auf Unwissenheit der Ärzte stießen, sodass teilweise eine Versorgung von Menschen mit Schmerzen nicht oder nicht adäquat möglich war (Stichwort Anordnungshoheit des Arztes).

© 2016 Hogrefe

Irmela Gnass

Das Schmerzmanagement dient alleinig der optimalen Versorgung von Menschen mit Schmerzen. Es verfolgt das Ziel, diesen zu reduzieren beziehungsweise wieder eine schmerzfreie Situation herzustellen oder ein erträgliches „Leben mit dem Schmerz" zu schaffen. Zum Management von Schmerz gehören unterschiedliche Bestandteile/Phasen, die eng mit einander verzahnt sind. Dies sind im weitesten Sinne:

- das Erkennen von Schmerz, in all seinen Dimensionen
- die Behandlung von Schmerz, mit allen Möglichkeiten
- die Überprüfung der Wirkung der gewählten Maßnahmen, zum angemessenen Zeitpunkt
- sowie die planvolle Vermeidung von prozeduralem Schmerz, im Sinne der Vorbeugung.

Das Schmerzmanagement ist als ein Prozess im Sinne eines Kreislaufs zu betrachten, der sich über die gesamte Lebenspanne eines Menschen erstreckt. Die aufgeführten Bestandteile beziehungsweise Phasen sind relevante Forschungsbereiche, die gewonnenen Erkenntnisse prägen die Praxis der Schmerzversorgung beziehungsweise des Schmerzmanagements. Es zeigen sich für die verschiedenen Phasen unzählige Aspekte, die sprichwörtlich mit „Der Teufel steckt im Detail" beschreibbar sind. Insbesondere dort, wo das Schmerzmanagement in professionellen Bezügen Erwähnung findet, zeigt die detaillierte Betrachtung, dass sich die dargestellten Phasen nicht einheitlich in den unterschiedlichen Versorgungssituationen und -settings umsetzen lassen.

Des Weiteren ist zur Verbesserung der Schmerzsituation der Blick auch auf die Eigenverantwortung der von Schmerz betroffenen Personen im Schmerzmanagement notwendig. In diesem Zusammenhang sind die Fähigkeiten der Selbstmanagementkompetenz zu erwähnen, da zu beobachten ist, dass in der öffentlichen Diskussion eine gewisse Eigenverantwortung für die Gesundheit des Individuums in den Fokus rückt.

Irmela Gnass: Die Behandlung bzw. Vermeidung von Schmerz ist natürlich ein Teil des professionellen Schmerzmanagements und es stellt sich die Frage, ob notwendige Handlungen für die Entwicklung von Selbstmanagementkompetenzen eines von Schmerz betroffenen Menschen zu kurz kommen. Das Schmerzmanagement sollte einen patienten-zentrierten Ansatz verfolgen, um betroffene Person in erster Linie zu befähigen, ihren Schmerz „selbst zu managen". Hierfür sollten die Gründe (Ursache) für den Schmerz als auch die Möglichkeiten für die Behandlung vermittelt werden und vor dem Hintergrund: „wie damit leben" geeignete Fähigkeiten erworben werden, auch wenn das „Warum?", und das „Was tun?", sehr komplex sind. Die Umsetzung eines lebensweltbezogenen Schmerzmanagements erscheint dabei als ein Aufgabenfeld von Pflegenden, das diese zukünftig als professionelle Versorger auf den Versorgungsebenen Individuum, Familie, Gemeinde und in der Politik aktiv mitgestalten.

Erika Sirsch: Schmerzmanagement erfordert hohe Fachlichkeit aller beteiligten Personen. Für die Zukunft wünsche ich mir dazu einen verstärkten Austausch zu pflegewissenschaftlicher und pflegepraktischer Expertise. Mit dieser Zeitschrift verbinde ich die Hoffnung, dass für diesen Diskurs ein weiteres Medium für Pflegende zur Verfügung steht. Denn Pflege braucht Wissen und Kompetenz im Schmerzmanagement und für diesen Austausch eine Plattform.

André Ewers: Meine Vision für ein effektives Schmerzmanagement ist die noch stärkere Verzahnung der einzelnen Professionen im Gesundheitswesen zum Thema Schmerz. Die Zeitschrift soll dabei den Beitrag der Pflege im Schmerzmanagement abbilden.

Nadine Schüßler: In einer Zeitschrift Schmerz und Schmerzmanagement steht die an konkreten Schmerzthemen ausgerichtete Verknüpfung von literatur- und forschungsbasierten Erkenntnissen und den Fragen und Bedürfnissen der Praxis im Mittelpunkt. Daher werden Praxisfragen und konkrete Fälle in dieser Publikation eine große Rolle spielen. Die gelungene Synthese theoretischer Erkenntnisse und inspirierender Pflegepraxis ist zugleich die beste Chance für Menschen mit Schmerz eine Verbesserung ihrer Situation zu erfahren.

Nadja Nestler: Aus meiner Sicht gilt es, die Position der Pflege und damit der Pflegenden für dieses Aufgabenfeld zu stärken. Es braucht weiter eine Sensibilisierung gegenüber dem Phänomen Schmerz und eine Einordnung für die pflegerische Versorgung. Dabei muss die Einordnung über die Aufgaben der spezialisierten Pflegenden hinaus erfolgen, denn nur, wenn sich die Haltung aller Pflegenden weiter verändert und Schmerz als ein häufig vorhandenes Phänomen wahrgenommen wird, kann eine Bearbeitung erfolgen. Darüber hinaus braucht es eine stärkere interprofessionelle Einordnung, die wahrscheinlich nur gelingen kann, wenn die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen sich miteinander zum Thema austauschen und, wenn möglich, ein gemeinsames Problembewusstsein entwickeln.

© 2016 Hogrefe

André Ewers

Das Schmerzmanagement ist die präventive, kurative, rehabilitative oder palliative Bekämpfung von Schmerzen in einem multiprofessionellen Team. Der Patient steht dabei mit seiner Person und seinem Lebensumfeld im Mittelpunkt des Handelns. Hinter dem Begriff *Schmerzmanagement* verbirgt sich das Recht des Menschen auf die Bekämpfung seiner Schmerzen. Dabei muss der Anspruch der Akteure im Schmerzmanagement sein, möglichst eine Reduktion der Schmerzen oder gar Schmerzfreiheit zu erreichen, wobei die Schmerzfreiheit des Patienten nicht garantiert werden kann.

Quintett: Visionen und Perspektiven für die Zeitschrift

Die Zeitschrift *Schmerz und Schmerzmanagement* wurde entwickelt, um fachliche Themen des Schmerzmanagements aufzugreifen. Im Detail verfolgen die Herausgeberinnen dabei verschiedene Ziele und Visionen:

Schmerzmanagement gemäß Expertenstandard

Diese erste Ausgabe der Zeitschrift thematisiert besonders die Expertenstandards des Deutschen Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) zum Schmerz. Daher soll noch ein Blick auf die begriffliche Ausdifferenzierung von Schmerzmanagement in diesen Qualitätsniveaus zum Schmerzmanagement im schmerzbezogenen Pflegehandeln geworfen werden. Sie beschreiben den „*pflegerischen Beitrag zum Schmerzmanagement*“ (DNQP 2004, S. 14), der sich in allen drei Veröffentlichungen (DNQP 2004, 2011, 2014) immer in den folgenden Themenblöcken wiederfindet:

- Informationssammlung und Assessments
- Beratung, Schulung, Anleitung und/oder Information
- Medikamentöse therapeutische Maßnahmen
- Maßnahmen aus dem nicht-medikamentösen Bereich sowie
- Maßnahmen der Koordination und Transparenz von Zuständigkeiten im Kanon mit anderen Professionen.

In der ersten Aktualisierung des Expertenstandards zum akuten Schmerz findet sich ein Anhaltspunkt dazu, was unter Schmerzmanagement verstanden werden sollte: Es wird der Beginn pflegerischen Schmerzmanagements im Versorgungsgeschehen thematisiert, nämlich mit Beginn des pflegerischen Auftrages. Außerdem wird verdeutlicht, dass dem pflegerischen Schmerzmanagement eine gestalterische Aufgabe innewohnt, die aktiv und in Partnerschaft mit den von Schmerz betroffenen Personen auf das Schmerz*erleben* Einfluss zu nehmen versucht (DNQP 2011:22).

Eine weitere wichtige Komponente des Schmerzmanagements in der Pflege wird der Vorbeugung zugeschrieben. Damit wird Schmerzmanagement um das Handeln gegen die Entstehung von Schmerz erweitert (DNQP 2011, S. 25) und damit ein umfänglicher Bereich der Pflege hinzugefügt. In der definitorischen Auseinandersetzung wird dem Schmerz*management*-Aspekt bisher somit kaum Aufmerksamkeit geschenkt, stattdessen beziehen sich alle weiteren definitorischen Auseinandersetzungen des Expertenstandards auf Schmerz oder andere naheliegende Konzepte. Insbesondere eine einheitliche Zielsetzung des Schmerzmanagements zu identifizieren, stellt sich als schwierig heraus: Ist es Schmerzfreiheit oder Linderung? Akzeptables Schmerzmaß, Aktivierung der Selbstmanagementfähigkeiten oder die Übernahme der medikamentösen Schmerztherapie zur schnellstmöglichen Symptomlastreduktion? Lebensqualität oder Schmerzfreiheit oder beides? Daran zeigt sich auch in den Expertenstandards, dass ein professioneller Diskurs nötig ist über die Bestandteile und Inhalte des Schmerzmanagements, sowohl aus Sicht der professionellen Berufsgruppen als auch der betroffenen Akteure.

Schlussakkord

Die Begrifflichkeit *Schmerzmanagement* bedarf einer vertieften Auseinandersetzung und Differenzierung, wenn es darum geht, einen über mehrere Professionen hinweg und aus den verschiedenen Perspektiven heraus anzuwendenden Begriff zu schärfen. Nicht zuletzt zu diesem Zweck tritt die Zeitschrift und ihre fünf Herausgeberinnen und Herausgeber an. Die Fachexpertinnen und Fachexperten im Schmerzmanagement sind es jedoch, die sich den Inhalten dieser Zeitschrift widmen sollten und auch dabei mitwirken. Daher wünschen wir Ihnen viel Freude und Inspiration beim Lesen und freuen uns auf Ihren Beitrag!

Literatur

Davis, G.C. (1992). The meaning of pain management: a concept analysis. ANS. Advances in Nursing Science, 15(1), 77–86.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2005). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Osnabrück: DNQP

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2014). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Osnabrück: DNQP

Juchli, L./Vogel, A. (1976). Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch. Stuttgart: Thieme Verlag

© 2016 Hogrefe

Die Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

Heiko Stehling

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (DNQP 2015a) beschreibt den Beitrag der Pflege zu einem gelingenden Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen. Zielsetzung ist ein individuelles Schmerzmanagement, das zu Schmerzlinderung, Erhalt von Lebensqualität und einer stabilen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt.

Nach seiner Entwicklung und Konsentierung ist der Expertenstandard im Rahmen eines Modellprojekts in zehn Krankenhäusern, neun Pflegeheimen und sechs ambulanten Pflegediensten mit dem Ziel eingeführt worden, Erkenntnisse über seine Einführbarkeit und Praxistauglichkeit und über bedeutsame Voraussetzungen für seinen nachhaltigen Einsatz zu gewinnen. Dieser Artikel bietet einen Überblick über das Vorgehen und die Ergebnisse des Implementierungsprojekts und berücksichtigt dabei vor allem die innovativeren Aspekte des Expertenstandards: die Einschätzung der Schmerzsituation, die Rolle der Schmerzexperten, die Planung und Durchführung schmerzbezogener Maßnahmen und deren Evaluation.

Die Methode der modellhaften Implementierung

Für die Implementierung von Expertenstandards nutzt das DNQP ein mehrfach erprobtes Phasenmodell (siehe Abbildung 1), das ein strukturiertes und systematisches Vorgehen ermöglicht und durch ein abschließendes Audit nachvollziehbare Ergebnisse für das interne Qualitätsmanagement liefert. Dieses Phasenmodell kann uneingeschränkt für jegliche Implementierungsvorhaben von Expertenstandards empfohlen werden, unabhängig davon, ob es sich dabei um einrichtungsübergreifende Modellprojekte oder einrichtungsinterne Qualitätsentwicklungsprojekte handelt (DNQP 2015b).

Individuelles Schmerzmanagement soll dem Leiden des chronischen Schmerzpatienten Einhalt gebieten. Foto: Martin Glauser

Die einrichtungsübergreifende Analyse des Implementierungsprojekts beruht auf Verlaufsprotokollen aus allen Einrichtungen und Ergebnissen einrichtungsinterner Audits. Durch die Verlaufsprotokolle wurden notwendige personelle und zeitliche Ressourcen und das einrichtungsinterne Vorgehen der beteiligten Einrichtungen dokumentiert, während die Auditergebnisse Rückschlüsse auf den Umsetzungsgrad der Standardkriterien erlaubten. Für das Audit stand den Einrichtungen ein standardisiertes und themenspezifisch aufbereitetes Instrument zur Verfügung. (Stehling/Moers, 2015a). Es enthält 24 patienten-/bewohnerbezogene Auditfragen, die durch eine Analyse der Pflegedokumentation, Befragungen der zuständigen Bezugspflegekräfte und der Patienten/Bewohner den Umsetzungsgrad der Ergebniskriterien des Expertenstandards erfassen. Zudem wurde im Rahmen des Audits der Wis-

© 2016 Hogrefe

Abbildung 1. Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards (DNQP 2015b, S. 16).

sensstand und Fortbildungsbedarf der Pflegefachkräfte erhoben. Der folgende Abschnitt zeigt das Vorgehen der Einrichtungen bei der Implementierung auf und stellt die einzelnen Schritte vor.

Vorbereitungsphase

Alle 25 Einrichtungen verfügten über Erfahrungen in der Einführung und Umsetzung von Expertenstandards und zeichneten sich durch die systematische und theoriegeleitete Anwendung der Pflegeprozessmethode und Erfahrungen in systematischer pflegerischer Qualitätsentwicklung aus. Das Spektrum der Patienten- und Bewohnerzielgruppen hingegen war ebenso breitgefächert wie die Gesamtgröße der Einrichtungen. Beteiligt waren Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von knapp unter 100 bis zu etwa 1300 Betten. Die ambulanten Pflegedienste versorgten insgesamt zwischen 97 und 1200 Patienten und in den beteiligten stationären Pflegeeinrichtungen lebten zwischen 80 und 281 Bewohner. In allen Einrichtungen wurden im Vorfeld Modellpflegeeinheiten für die Implementierung des Expertenstandards ausgewählt, auf denen Patienten bzw. Bewohner mit chronischen Schmerzen zu erwarten waren (Stehling/Moers 2015b). Die Projektleitung in den Einrichtungen haben interne Projektbeauftrage übernommen. Ihre Aufgaben lagen in der einrichtungsinternen Steuerung des Projektverlaufs, der Moderation von interdisziplinären Arbeitsgruppen, der Ermittlung von Fortbildungsbedarfen und der Organisation von standardspezifischen Fortbildungsangeboten sowie der Durchführung des abschließenden Audits. Nicht zuletzt waren sie im Rahmen des Projekts ein Bindeglied zwischen Leitungsebenen der Einrichtung und den Pflegefachkräften auf den Stationen und Wohnbereichen. Den Projektbeauftragten, im angloamerikanischen Sprachraum als „facilitators“ bezeichnet, wird im Rahmen des Theorie-Praxis-Transfers – und um nichts anderes geht es bei der Implementierung eines Expertenstandards – hohe Relevanz beigemessen. Der PARISH[1]-Framework zeigt, welchen Einfluss sie auf gelingende Implementierungsprozesse haben (vgl. u.a. Harvey et al., 2002; Harvey/Kitson, 2016). Sie besitzen für die Arbeit mit Expertenstandards hohe Relevanz, da deren Entwicklung und Implementierung durch die Umwandlung von theoretischen Erkenntnissen in handlungsrelevante Inhalte Komponenten der externen und internen Facilitation aufweist und die ebenfalls einflussreichen Aspekte von Evidenz und Kontext berücksichtigt (Moers et al., 2014).

Fortbildungen

Wissensvermittlung spielte während des gesamten Implementierungsprojekts eine große Rolle für die spätere Umsetzung des Expertenstandards. Im Rahmen der modellhaften Implementierung lagen zu Beginn Schwerpunkte auf Fortbildungsangeboten zu Verfahren der Schmerzeinschätzung, zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung und zur Nebenwirkungsprophylaxe.

[1] PARISH: Promoting Action on Research Implementation in Health Services

© 2016 Hogrefe

Zudem waren methodische Fragen der Expertenstandardeinführung Themen der Fortbildungen. Ziel dabei war, eine größere Akzeptanz für das Projekt unter den Pflegefachkräften und anderen beteiligten Berufsgruppen zu erreichen. Im Laufe des Implementierungsprozesses wurden Fortbildungsthemen und -arten an den erreichten Projektfortschritt angepasst.

Konkretisierung einzelner Standardkriterien

Expertenstandards enthalten in praxisorientierte, allgemeingültige Handlungsempfehlungen transformiertes Wissen. Dennoch bedarf es für ihre Anwendung einer weiteren Übersetzungsarbeit, die sich an setting-, zielgruppen- und einrichtungsspezifischen Erfordernissen orientiert (Moers et al., 2014). Diese Übersetzungsarbeit leisteten einrichtungsinterne mono- oder interdisziplinäre Arbeitsgruppen. Größte und zeitintensivste Herausforderungen waren in allen Einrichtungen die Entscheidung für geeignete Assessmentinstrumente und die praktikable Operationalisierung der Differenzierung von akutem und chronischem Schmerz sowie von stabilen und instabilen Schmerzsituationen. Die Ausgestaltung des interdisziplinären Vorgehens und der Verfahren des Hinzuziehens pflegerischer Schmerzexperten waren naturgemäß zwischen den Einrichtungsarten unterschiedlich ausgeprägt. Krankenhäuser mit interdisziplinären Schmerzteams konnten zum Teil bestehende Verfahren durch kleinere Ergänzungen an den Expertenstandard anpassen, während ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegedienste aufgefordert waren, Kooperationen mit Hausärzten und externen Schmerzexperten auszubauen oder anzubahnen, was besonders bei ambulanten Pflegediensten auch die Hürde der Refinanzierung von Maßnahmen und der Frage des pflegerischen Auftrags mit sich brachte.

Anwendung des Expertenstandards

Die erstmalige Anwendung des Expertenstandards in seiner einrichtungsspezifischen Form konnte in dieser Phase der Implementierung nicht mit einer regelhaften Anwendung gleichgesetzt werden. Sie war zu diesem Zeitpunkt häufig von Unsicherheiten, zum Beispiel im Ablauf von Verfahrensschritten oder bei der Anwendung angepasster Pflegedokumentationsmaterialien gekennzeichnet. Die erste Anwendungsphase wurde eng durch die Projektbeauftragten und durch Mitglieder der einrichtungsinternen Arbeitsgruppen begleitet und durch Fortbildungen und Mikroschulungen für die Pflegefachkräfte flankiert. Insbesondere hinsichtlich des Assessments der Schmerzsituation hat sich die gemeinsame Einschätzung und Dokumentation durch mehrere Pflegefachkräfte in Begleitung der Projektbeauftragten, Arbeitsgruppenmitglieder oder Schmerzexperten im Sinne einer Schmerzvisite als das Mittel der Wahl erwiesen. Dies galt vor allem, da sich die erstmalige Anwendung von Einschätzungsinstrumenten, zum Beispiel bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, als Herausforderung für die Pflegefachkräfte erwiesen hat.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung wurden in einigen Einrichtungen zunächst zögerlich eingesetzt. Viele Pflegefachkräfte zeigten sich in Bezug auf schmerzbezogene Maßnahmen sehr auf medikamentöse Maßnahmen konzentriert, sodass bereits im Zuge der einrichtungsinternen Konkretisierung der Standardinhalte versucht wurde, einen Perspektivenwechsel hin zur verstärkten Berücksichtigung nicht-medikamentöser Maßnahmen einzuleiten. Gleichwohl wurde auch beachtet, dass diese Maßnahmen insbesondere in Langzeitpflegesituationen auch für Patienten und Bewohner Neuland bedeuten können und eine Anpassung und Veränderung möglichweiser langjährig angewendeter und vertrauter Maßnahmen viel Fingerspitzengefühl erforderte.

Audit

Mit dem Audit wurde in allen Einrichtungen acht Wochen nach Beginn der ersten Standardanwendung entweder durch Projektbeauftragte, durch Qualitätsexperten oder andere Pflegefachkräfte begonnen. Dabei war in allen Einrichtungen sichergestellt, dass eine Selbstbeurteilung entsprechend der Durchführungshinweise zum Audit durch Mitglieder der Pflegeteams der auditierten Modellpflegeeinheiten ausgeschlossen war (Stehling/Moers, 2015b). In nahezu allen Einrichtungen lagen bereits Erfahrungen mit vergleichbaren Auditverfahren vor, sodass keine nennenswerten methodischen Probleme auftraten. Schwierigkeiten ergaben sich eher durch organisatorische Einschränkungen, zum Beispiel kurze Verweildauern oder unerwartet geringe Belegungszahlen in den Krankenhäusern. Für die einrichtungsübergreifende patienten-/bewohnerbezogene Auditauswertung standen nach Abschluss der Auditphase Auditprotokolle von 809 auditierten Patienten/Bewohnern mit chronischen Schmerzen zur Verfügung. Die Fragen zum Wissensstand wurden von 471 Pflegefachkräften beantwortet, der Rücklauf der ausgegebenen und anonym auszufüllenden personalbezogenen Auditbögen lag damit bei 74,1 Prozent (Stehling & Moers 2015b).

Einrichtungsübergreifende Ergebnisse

Alle Projektbeauftragte bescheinigen dem Expertenstandard Praxistauglichkeit und Akzeptanz und die Auditergebnisse zeichnen ein überwiegend positives Bild der Expertenstandardumsetzung. Dabei zeigt sich allerdings, dass nicht alle Standardkriterien in allen Einsatzfeldern des Expertenstandards gleichermaßen gut umsetzbar sind.

Einschätzung der Schmerzsituation: Ein initiales Assessment ist in nahezu allen Fällen durchgeführt worden und es liegen in ebenso hohem Maß Hinweise über stabilisierende oder destabilisierende Faktoren der Schmerzsituation vor. Weniger häufig konnten in den Pflegedokumentationen

© 2016 Hogrefe

Nicht-medikamentöse Maßnahmen der Schmerztherapie finden zunehmend ihren Platz im Bewusstsein der Pflegekräfte. Foto: Martin Glauser

Hinweise auf differenzierte Assessments und das Hinzuziehen von Schmerzexperten gefunden werden. Die modellhafte Implementierung basierte auf den Standardkriterien und Kommentierungen des Sonderdrucks zum Expertenstandard. Diese sahen vor, dass unabhängig von Stabilität oder Instabilität der Schmerzsituation mit der differenzierten Einschätzung in jedem Fall Hinweise auf stabilisierende und destabilisierende Faktoren erfasst werden sollten. In der praktischen Anwendung entstanden dadurch Umsetzungsschwierigkeiten, denn in Langzeitpflegesituationen mit einer großen Zahl an stabilen Schmerzsituationen waren entsprechende Faktoren entweder aus dem initialen Assessment oder aus der Pflegeanamnese bereits bekannt und auf ein differenziertes Assessment wurde dementsprechend verzichtet. Dennoch war es allen Einrichtungen möglich, mit ihrem Vorgehen die Schmerzsituationen der Patienten/Bewohner durch individuelle und dem geforderten Expertenstandardniveau entsprechenden Schmerzeinschätzungen zu erfassen. Der große innovative Aspekt der Unterteilung zwischen stabilen und instabilen Schmerzsituationen hat sich als praktikabel für eine handlungsleitende Behandlungsplanung erwiesen. Nach Abschluss der modellhaften Implementierung wurden die Umsetzungsschwierigkeiten dieser Standardebene diskutiert und durch die Expertenarbeitsgruppe eine Anpassung des Standardkriteriums und der Kommentierung konsentiert. Diese Anpassung hat Eingang in die gültige Fassung des Expertenstandards gefunden und wurde von der Pflegepraxis einhellig begrüßt.

Rolle und Einbeziehung von Schmerzexperten. Mit der modellhaften Implementierung konnte die wichtige Rolle der pflegerischen Schmerzexperten bestätigt werden. Sie haben ihre Expertise im Rahmen der Anpassung und Einführung des Expertenstandards in den Implementierungsprozess eingebracht und fungieren als wichtige Ansprechpartner für die Pflegefachkräfte. Durch ihre Expertise entlasten sie die Pflegefachkräfte bei der Schmerzanamnese, der Beratung und der Verlaufskontrolle von Patienten/Bewohnern mit instabiler Schmerzsituation. Sie wurden häufiger als in den Empfehlungen des Expertenstandards vorgesehen an pflegerischen Maßnahmen beteiligt, was im Rahmen von Anleitungs- und Erprobungssituationen bei innovativen Standardinhalten nachvollziehbar erscheint. Befürchtungen, dass durch Schmerzexperten initiierte Maßnahmen Kompetenzen der Pflegefachkräfte überfordert werden könnten, haben sich nicht bestätigt. Die Zusammenarbeit wurde insbesondere dann positiv erlebt, wenn die Schmerzexperten Teil der Pflegeteams oder Mitarbeiter der Einrichtungen waren und nicht von extern hinzugezogen wurden. Problematisch gestaltete sich das Hinzuziehen von Schmerzexperten aus organisatorischen und Ressourcengründen vornehmlich in der ambulanten Pflege.

Planung von Maßnahmen. Behandlungspläne lagen nicht immer vollständig im Sinne des Expertenstandards vor. Als Ergebnis eines multidisziplinären Abstimmungsverfahrens über Behandlungsverfahren und Therapieziele unter Beteiligung der Patienten/Bewohner hat der individuelle Behandlungsplan hohes Innovationspotential und die Entwicklung der Behandlungspläne stellte alle Einrichtungsarten vor Umsetzungsschwierigkeiten. In den Krankenhäusern standen häufig andere Versorgungsschwerpunkte im Vordergrund und in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und den ambulanten Pflegediensten begründeten sich die Schwierigkeiten in strukturellen Gegebenheiten. Der interdisziplinäre Austausch war hier häufig auf das Übermitteln von Anamneseergebnissen und das Einholen ärztlicher Anordnungen beschränkt. Allerdings wurde er in vielen Fällen bereits nach der relativ kurzen Anwendungsphase des Expertenstandards als verbessert erlebt. Dennoch war auch festzustellen, dass sich das Verständnis dafür, dass die Pflegeplanung Teil des Behandlungsplans ist und ihn weder ersetzt noch durch ihn abgelöst wird, nur zögerlich entwickelt.

Information, Schulung und Beratung. Zu pflegerischer Information, Schulung und Beratung kann für das Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen in allen Einrichtungsarten ein positives Fazit gezogen werden. Die Patienten/Bewohner bestätigten zu einem hohen Grad die positiven Auswirkungen der pflegerischen Angebote auf

© 2016 Hogrefe

den Umgang mit ihrer Schmerzsituation. Dennoch kann angemerkt werden, dass dem Thema in den Fortbildungsplänen der Einrichtungen relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und viele Pflegefachkräfte einen bestehenden Fortbildungsbedarf anmeldeten. Für zukünftige Implementierungsvorhaben sollte diesem Themenkomplex verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen. Erfreulich ist, dass die Durchführung nicht-medikamentöser Maßnahmen häufiger dokumentiert wurde als es während der ersten Anwendungsphase des Expertenstandards zu erwarten war und die Möglichkeiten der Schmerzbeeinflussung durch diese Maßnahmen zunehmend ihren Platz im Bewusstsein der Pflegefachkräfte finden. Zudem bewerten Patienten/Bewohner den Beitrag dieser Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Schmerzsituation in hohem Maß positiv.

Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung. Die Ergebnisse zur regelmäßigen oder anlassbezogenen Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung verdeutlichen, dass im Rahmen der Implementierung eine einrichtungs- und zielgruppenbezogene Konkretisierung der Standardkriterien erfolgen sollte. Anlassbezogene Verlaufskontrollen fanden dort regelmäßig statt, wo viele instabile Schmerzsituationen auftraten. In längerfristig ausgerichteten Versorgungskontexten standen regelmäßige Wirkungsanalysen der Maßnahmen im Vordergrund, während anlassbezogene Verlaufskontrollen eher punktuell eingesetzt wurden. Die Beteiligung pflegerischer Schmerzexperten erscheint dabei ausbaufähig. Fortbildungen und geeignete Evaluationsmaterialien in der Dokumentation können diesen Prozess und damit die bessere Umsetzung dieser Standardebene unterstützen.

Fazit

Die Implementierung des Expertenstandards ist in Krankenhäusern leichter gelungen, wenn es sich um schmerzspezialisierte Abteilungen handelte. Bei Implementierungsvorhaben in anderen Abteilungen sollte eine tragfähige Analyse der Adressaten vorgeschaltet werden, um eine ressourcenschonende Einführung des Standards zu gewährleisten. Insbesondere bei geringen Verweildauern sollte dem Entlassungsmanagement besondere Beachtung geschenkt werden. Die Anzahl der Bewohner mit chronischen Schmerzen zeigt die hohe Relevanz des Expertenstandards für die stationäre Altenhilfe. Ihre Schmerzsituation war mehrheitlich von Stabilität gekennzeichnet, was als deutlicher Hinweis auf gelungene schmerzbezogene Maßnahmen vor Expertenstandardeinführung zu werten ist. Der zunehmende Einsatz von Schmerzexperten war insbesondere bei höherem Anforderungslevel hilfreich. Ähnliches gilt für die ambulante Pflege, für die allerdings eine Verbesserung der Verfügbarkeit und Einbindung von Schmerzexperten empfehlenswert ist. Zudem nimmt der größere Selbstbestimmungswunsch vieler Patienten Einfluss auf die Möglichkeiten der Pflegefachkräfte zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen. Daher muss gesteigertes Augenmerk auf die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen gelegt werden, damit die Stabilität von Schmerzsituationen gesichert wird. Einschränkend erschweren Rahmenbedingungen, auf die nur Kostenträger und Politik Einfluss nehmen können, die Umsetzung von Maßnahmen. Die modellhafte Implementierung hat die generelle Anwendbarkeit des Expertenstandards in allen Einrichtungsarten nachgewiesen. Begünstigende Voraussetzungen für eine gelingende Implementierung zeigten sich in der generellen Unterstützung durch Leitungsebenen der Einrichtungen, der Projektsteuerung durch qualitätsmethodisch erfahrene Projektbeauftragte und der fachlichen Unterstützung durch pflegerische Schmerzexperten. Ein bestehendes interdisziplinäres Schmerzmanagement erleichtert die Integration der Verfahrensweisen zum Schmerzmanagement bei chronischem Schmerz.

Literatur

DNQP (Hrsg.) (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. Osnabrück: DNQP

DNQP (Hrsg.) (2015a). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Osnabrück: DNQP

DNQP (2015b). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Osnabrück: DNQP

Harvey, G./Loftus-Hill, A./Rycroft-Malone, J./Titchen, A./Kitson, A./McCormack, B./Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. In: Journal of Advanced Nursing, 37 (6), 577–588

Harvey, G., Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. In: Implementation Science 11:33. DOI 10.1186/s13012-016-0398-2

Moers, M./Schiemann, D./Stehling, H. (2014). Expertenstandards implementieren: Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: Schiemann, D./Büscher, A./Moers, M. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege . Konzepte, Methoden und Instrumente (S. 70–101). Stuttgart: Kohlhammer

Stehling, H./Moers, M. (2015a). Das Auditinstrument zum Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung (S. 182–193). Osnabrück: DNQP

Stehling, H./Moers, M. (2015b). Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung (S. 194–245). Osnabrück: DNQP

Heiko Stehling, Dipl.-Pflegewirt, MScN, Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Geschäftsführer des DNQP

h.stehling@hs-osnabrueck.de

© 2016 Hogrefe

Pflegediagnosen – konkret, kompakt, praktisch

Marilynn E. Doenges / Mary Frances Moorhouse / Alice C. Murr

Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

Deutsche Ausgabe herausgegeben von
Maria Müller Staub / Jürgen Georg / Christoph Abderhalden.
5., überarb. u. erw. Aufl. 2014. 1218 S., 22 Abb., 5 Tab., Gb
€ 64,95 / CHF 89.00
ISBN 978-3-456-85449-6

Das praktische und erfolgreichste Handbuch zur Pflegeplanung hilft Pflegenden, Merkmale und Ursachen von Pflegediagnosen zu erkennen, Daten des Pflegeassessments zu ordnen und Pflegediagnosen mit einheitlichen Begriffen zu benennen. Es bietet begründete Pflegemaßnahmen und -interventionen und gibt Hinweise zur Patientenedukation und Entlassungsplanung.

www.hogrefe.com

hogrefe

Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen

Dagmar Schäfer

Im folgenden Artikel wird über die Einführung des Expertenstandards *Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen* in einer Akutklinik berichtet. Ausgehend von den Erfahrungen auf einer Modellstation wurde eine Vorgehensweise entwickelt, die in allen Fachdisziplinen möglichst niedrigschwellig eingeführt werden kann. Längerfristig betrachtet ist dieses Vorgehen noch ausbaufähig.

Betrachtet man die derzeitige Situation in den Akutkliniken, so ist diese von einer hohen Arbeitsdichte gekennzeichnet. Ökonomische Zwänge erfordern hohe Fallzahlen und die Verweildauer der Patienten ist limitiert. Laut dem Pflegethermometer (DPI, 2014, S. 17) resultiert diese Arbeitsverdichtung im Pflegedienst neben den steigenden Fallzahlen und der abnehmenden Verweildauer aus einer stetigen Reduzierung der Pflegefachkräfte (ebd.). Hier konnte auch der leichte Anstieg der Zahl der Pflegefachkräfte von 2013 auf 2014, bei weiterhin steigenden Fallzahlen und weiterer Reduzierung der Verweildauer, wie aus den Eckdaten der Krankenhausstatistik (DKG, 2015, S. 1) ersichtlich ist, keine Abhilfe schaffen. Unter diesen Rahmenbedingungen ist es zugegebenermaßen nicht gerade einfach, sich auf das Schmerzmanagement bei Patienten mit chronischen Schmerzen zu fokussieren, wo doch gerade diese Patienten eine eher zeitintensive Betreuung und Begleitung benötigen. Die Herausforderung bestand demnach darin, eine Vorgehensweise zu entwickeln, die diesen Gegebenheiten entspricht.

Ausgangssituation in der Klinik

Die Klinikum Lippe GmbH ist eine Klinik der Maximalversorgung mit 1061 Betten, die sich an drei Standorten befinden. Durch die Teilnahme an dem Projekt *Schmerzfreies Krankenhaus* wurde erstmalig die Qualität des Schmerzmanagements durch umfangreiche Patienten- und Mitarbeiterbefragungen erhoben. Eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe ist seitdem bestrebt, das Schmerzmanagement stetig zu verbessern, wobei zunächst die Optimierung der Akutschmerztherapie in allen Abteilungen im Vordergrund stand. Durch die Teilnahme an einem Zertifizierungsverfahren finden regelmäßig umfangreiche Patienten- und Mitarbeiterbefragungen statt, sodass Schwachstellen in der Versorgung aufgedeckt und bearbeitet werden können. Der Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen* ist seit langem implementiert und in allen Fachabteilungen eingeführt. Insgesamt verfügen 41 Pflegefachkräfte über eine Qualifikation als Pflegeexperte Schmerzmanagement, sodass in jedem Großstationsleitungsbereich auf mindestens eine Pflegeexpertin zurückgegriffen werden kann. Zudem wurden flächendeckend die Pflegefachkräfte bezüglich des Schmerzmanagements mit dem Fokus auf den Akutschmerz geschult. Dennoch kam es immer wieder zu Problemen, wenn Patienten Angaben über ihre Schmerzstärke machten, die für die Pflegefachkräfte nicht nachvollziehbar waren. Bei genauerer Betrachtung handelte es sich dabei nicht selten um Patienten, die bereits unter chronischen Schmerzen oder sowohl unter akuten als auch unter chronischen Schmerzen litten. Somit erschien es nur folgerichtig, sich auf das Schmerzmanagement bei Patienten mit chronischen Schmerzen zu konzentrieren, da hier ohnehin ein Interventionsbedarf vorlag.

Informationen zu der Modellstation

Als Modellstation wurde zunächst eine unfallchirurgisch/orthopädische Station mit 33 Betten ausgewählt. Dort werden überwiegend Patienten mit chronischen Gelenkerkrankungen sowie chronischen Rückenschmerzen betreut. Insgesamt wurden 525 Patienten während der modellhaften Implementierung behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten lag auf dieser Station bei zwölf Tagen und damit deutlich über der aus den Eckdaten der Krankenhausstatistik (DKG, 2015, S. 1) durchschnittlichen Verweildauer von 7,4 Tagen in den allgemeinen Kliniken in Deutschland (ebd.). Der Station sind elf Vollzeitstellen zugeordnet, die durch 15 Pflegefachkräfte besetzt sind. Eine Pflegefachkraft verfügt über eine fünftägige Fortbildung zur Pflegeexpertin Schmerzmanagement. Durch die Implementierung des Expertenstandards *Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen* waren die Pflegefachkräfte bereits umfangreich zur Schmerzerfassung, medikamentösen und nicht-medikamentösen Schmerztherapie geschult worden. Eine multimodale Schmerztherapie ist auf der Station bei den konservativ versorgten Patienten üblich, so-

© 2016 Hogrefe

dass auch dieser Ansatz den pflegerischen Mitarbeitern vertraut ist. Dennoch zeigte sich ein weiterer Fortbildungsbedarf bezüglich der Schmerzerfassung, der Differenzierung von akuten und chronischen Schmerzen, und vor allem der medikamentösen Schmerztherapie. Hierzu wurden entsprechende fallbezogene Kurzschulungen durchgeführt, da diese Schulungsform sich in der Vergangenheit aufgrund eines unmittelbaren Transfers in die Praxis bereits bewährt hat. Die auf der Station tätige Pflegeexpertin konnte fortlaufend ein „training on the job" für die Pflegefachkräfte gewährleisten.

Anpassung der Verfahrensanweisungen und Dokumentationsunterlagen

Die bisherige Schmerzerfassung bei der Aufnahme bezog sich allgemein auf Schmerzen, sodass hier eine Differenzierung nach akuten und chronischen Schmerzen vorgenommen werden musste. Hier ergab sich bereits die erste Problematik, denn gerade in der Aufnahmesituation werden die Patienten mit diversen Fragen und Assessmentinstrumenten konfrontiert. Selbst bei einer geplanten Aufnahme sind die zu erhebenden Informationen für einige Patienten zu umfangreich. Insofern wurde entschieden, das initiale Assessment sehr kurz zu halten. Dies hat den Vorteil, dass auch bei nicht geplanten Aufnahmen und dementsprechend oft schlechtem Allgemeinzustand der Patienten die Schmerzerfassung dennoch möglich ist. Die folgende Tabelle 1 zeigt einen Ausschnitt aus dem Stammblatt bei der Aufnahme.

Nach diesem initialen Assessment geht es bei einer stabilen Schmerzsituation um die Erfassung der stabilisierenden Faktoren, soweit diese für den stationären Aufenthalt von Bedeutung sind. Bei einer instabilen Schmerzsituation mit Überschreiten der individuellen Toleranzgrenze steht zunächst die Linderung der Beschwerden im Vordergrund. Auf der Modellstation erfolgte in diesen Fällen ein differenziertes Assessment durch den ärztlichen Dienst, da die Patienten aus diesem Grund zur Aufnahme kamen. Da das Ziel war, ein Procedere zu entwickeln, das flächendeckend in der Klinik eingeführt werden kann, wurde entschieden, dass ein differenziertes Assessment bei einer instabilen Schmerzsituation nur dann erfolgt, wenn während des stationären Aufenthaltes entsprechende Konsequenzen daraus abgeleitet werden können. Bei einem sehr kurzen Aufenthalt, wie er in vielen Fachdisziplinen üblich ist, stehen oft andere diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Vordergrund. Die Häufigkeit der Schmerzerfassung während des stationären Aufenthaltes sollte bei Patienten mit chronischen Schmerzen mit dem jeweiligen Patienten abgesprochen werden, um ein individuelles Vorgehen zu ermöglichen. Lediglich bei den Patienten mit einer instabilen chronischen Schmerzsituation sollte die Schmerzerfassung mindestens einmal täglich erfolgen. Um das weitere Procedere bei den Patienten mit chronischen Schmerzen darzustellen und für die Mitarbeiter transparent zu machen, wurde dazu ein Algorithmus (siehe Tabelle 2) analog zu dem Procedere bei akuten Schmerzen in die Verfahrensanweisung zum pflegerischen Schmerzmanagement aufgenommen.

Tabelle 1. Schmerzerfassung bei der Aufnahme

Haben Sie zurzeit Schmerzen?	☐ Ja	☐ Nein
Liegt ein chronisches Schmerzproblem vor?	☐ Ja	☐ Nein
Bei vorhandenen Schmerzen: Lokalisation der Schmerzen Schmerzintensität (NRS 0–10) jetzt: _____ durchschnittlich:		
Nehmen Sie Schmerzmedikamente ein?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn Ja, welche?		
Weitere Maßnahmen zur Schmerztherapie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn Ja, welche?		
Bei akuten Schmerzen: Sind Ihre Schmerzen ausreichend gelindert?	☐ Ja	☐ Nein
Bei chronischen Schmerzen:		
Stabile Schmerzsituation	☐ Ja	☐ Nein
Instabile Schmerzsituation	☐ Ja	☐ Nein

Handelt es sich um eine stabile Schmerzsituation, so steht im Vordergrund, den Behandlungsplan beizubehalten und die stabilisierenden Faktoren sicherzustellen sowie potentiell destabilisierende Faktoren zu vermeiden. Die jeweilige Expertise des Patienten ist hier zu beachten und es sollte ihm ermöglicht werden, sein bisheriges Selbstmanagement beizubehalten. Sollten sich hier aufgrund der aktuellen Erkrankung Probleme ergeben, so ist das Vorgehen interdisziplinär und mit dem Patienten gemeinsam abzustimmen. Aufgabe der Pflegefachkräfte ist es, den Patienten in seinem Selbstmanagement zu unterstützen. Ist die Schmerzsituation instabil, wird die pflegerische Schmerzexpertin hinzugezogen, je nach Situation erfolgt jetzt ein differenziertes Assessment. Bei Überschreiten der individuellen Toleranzgrenze des Patienten werden zeitnah Maßnahmen zur Linderung initiiert und gegebenenfalls der vorherige Behandlungsplan durch ein interdisziplinäres Team angepasst. Idealerweise wird ein ärztlicher Schmerztherapeut einbezogen, was allerdings bei einer sehr kurzen Verweildauer nicht immer realisiert werden kann. In diesen Fällen muss die langfristige Anpassung des Behandlungsplans poststationär in der Schmerzambulanz erfolgen, sofern dieses von dem Patienten gewünscht ist. Ein solches Vorgehen hat den Vorteil, dass der Behandlungsplan stärker auf den normalen Alltag des Patienten abgestimmt werden kann und der Patient längerfristig gesehen davon stärker profitiert. Bei der Entlassung des Patienten aus der Klinik, sollte das aktuelle Schmerzmanagement in dem Entlassungsbrief aufgeführt werden. Wird ein Pflegeüberleitungsbogen ausgefüllt, so wird auch dort ein Vermerk zu der chronischen Schmerzsituation einschließlich des Behandlungsplans

© 2016 Hogrefe

Tabelle 2. Algorithmus pflegerisches Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen

Aufnahme des Patienten
→
Initiales Assessment
Hinweis auf ein chronisches Schmerzproblem?
Wenn ja: Einschätzung ob diese Schmerzsituation stabil oder instabil ist

Stabile Schmerzsituation	**Instabile Schmerzsituation**
	Pflegerischen Schmerzexperten hinzuziehen
Stabilisierende Faktoren erfassen Den bisherigen Behandlungsplan beibehalten, dabei stabilisierende Faktoren berücksichtigen	Individuelle Interventionsgrenze erfassen Differenziertes Assessment bei Bedarf
↓	↓
Häufigkeit der Schmerzerfassung erfolgt nach Absprache mit dem Patienten	Schmerzerfassung erfolgt mindestens einmal täglich
↓	↓
Bei Überschreiten der individuellen Interventionsgrenze für geeignete Maßnahmen zur Schmerzlinderung sorgen	Bei Überschreiten der individuellen Interventionsgrenze für geeignete Maßnahmen zur Schmerzlinderung sorgen Bei Bedarf einen multiprofessionellen Behandlungsplan einleiten
↓	↓
Wirksamkeit der Maßnahmen in individuell festzulegendem Zeitabstand überprüfen Bei nicht ausreichender Linderung weitere Maßnahmen einleiten	Regelmäßige Verlaufskontrolle, eventuell eingeleitete Maßnahmen anpassen
↓	↓
Wird ein Pflegeüberleitungsbogen ausgefüllt, so wird ein Vermerk zu der chronischen Schmerzsituation einschließlich des Behandlungsplans gemacht	Wird ein Pflegeüberleitungsbogen ausgefüllt, so werden die eingeleiteten Maßnahmen dort aufgeführt. Bei Entlassung Hinweis auf die Schmerzambulanz (Flyer chronische Schmerzen)

für die nachfolgend versorgende Einrichtung gemacht. Auf diese Weise soll ein Versorgungsbruch und damit eine Destabilisierung der Schmerzsituation nach der Entlassung aus der Klinik verhindert werden.

Patientenedukation

Jeder Patient mit chronischen Schmerzen erhält bei der Aufnahme einen in der Klinikum Lippe GmbH selbst entwickelten Informationsflyer über chronische Schmerzen. Dieser Flyer enthält neben allgemeinen Informationen zu dem Thema „chronische Schmerzen“ auch die Kontaktdaten der Schmerzambulanz, die von den Patienten nach der Entlassung in Anspruch genommen werden kann. Bei einer instabilen Schmerzsituation steht die hinzugezogene pflegerische Schmerzexpertin, in Absprache mit den anderen Berufsgruppen, dem Patienten für eine weiterführende Beratung zur Verfügung. Ungeachtet dessen müssen diese edukativen Maßnahmen situationsadaptiert erfolgen und sich an dem Allgemeinzustand des Patienten und dem damit verbundenen Auffassungsvermögen orientieren.

Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen

Die Komplexität bei der Schmerzerfassung erhöht sich, wenn der Patient sowohl unter einem akuten als auch unter einem chronischen Schmerz leidet. Hier zeigte sich häufig die Dominanz einer Schmerzform, wobei es sich dabei sowohl um die akuten als auch um die chronischen Schmerzen handeln kann. Bei der Schmerzerfassung ist genau zu eruieren, auf welchen Schmerz sich die Angaben des Patienten beziehen. Wie das folgende Beispiel zeigt, kann eine Destabilisierung einer chronischen Schmerzsituation mit sehr einfachen Mitteln verhindert werden. Eine 46-jährige Patientin mit bekannten Migräneanfällen berichtete bei dem Audit, dass sie durch eine Pflegefachkraft unterstützt wurde, gegenüber der Anästhesie auf ihr bisheriges Selbstmanagement hinzuweisen, was unter anderem darin bestand, regelmäßig über den Tag verteilt eine Trinkmenge von 2,5 Litern zu sich zu nehmen. In der Vergangenheit hatte die Patientin mehrfach die Erfahrung gemacht, dass sie postoperativ unter Migräne litt, was sie auf die reduzierte Flüssigkeitszufuhr am Operationstag

© 2016 Hogrefe

zurückführte. Im Gespräch mit der prämedizierenden Anästhesistin hat die Patientin auf ihre gewohnte Trinkmenge verwiesen und dieses wurde am Operationstag durch eine Infusionstherapie entsprechend berücksichtigt. Erfreulicherweise kam es unter diesen Maßnahmen postoperativ zu keinem Migräneanfall. Ebenso konnte der durch die Operation bedingte Akutschmerz mit einer effektiven Schmerztherapie erfolgreich therapiert werden.

Fazit

Resümierend lässt sich festhalten, dass das Schmerzmanagement bei akuten und chronischen Schmerzen in der Akutklinik machbar ist, gleichwohl muss eine situative Anpassung erfolgen. Angesichts der kurzen Verweildauer und der ohnehin damit verbundenen Dichte an Maßnahmen ist im Einzelfall abzuwägen, was jetzt Priorität hat. Die Beibehaltung stabilisierender Faktoren bei einem chronischen Schmerzproblem ist von essentieller Bedeutung. In einigen Situationen sollte dem Patienten die Überleitung in eine Schmerzambulanz für die poststationäre Versorgung in Aussicht gestellt werden, vor allem, wenn es sich um eine instabile Schmerzsituation handelt. Die niedrigschwellige Einführung des Expertenstandards hat sich bewährt und das Schmerzmanagement kann darauf aufbauend sukzessive weiterentwickelt werden.

Literatur

DKG (2015): Eckdaten der Krankenhausstatistik. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/22407.Eckdaten_Krankenhausstatitsik_Stand_2015-12-10.pdf. Letzter Abruf am 24.06.2016

Pflegethermometer (2014). Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf. Letzter Abruf am 24.06.2016

Dagmar Schäfer, Bildungsreferentin, Diplom-Berufspädagogin (FH), MPH, Pain Nurse, Pain Nurse Plus, Projektleitung zur Verbesserung der Schmerztherapie an der Klinikum Lippe GmbH
Bildungszentrum und Personalentwicklung für Berufe im Gesundheitswesen, Gesundheitsholding, Lippe GmbH, Röntgenstraße 18, 32756 Detmold

Dagmar.Schaefer@bzg-lippe.de

© 2016 Hogrefe

Etablierung standardgemäßen Schmerzmanagements in der ambulant-pflegerischen Praxis

Praktische Erfahrungen mit der Implementierung des Expertenstandards Pflege bei akuten und chronischen Schmerzen

Monika Klau-Fischer

Der Anteil der Pflege im multiprofessionellen Kontext bei der Gewährleistung einer optimalen Schmerzbehandlung von pflegebedürftigen Menschen ist sehr hoch. Die konstante Aufmerksamkeit der Pflegenden muss auf die Aufrechterhaltung einer größtmöglichen Schmerzfreiheit liegen sowie auf das Wohlbefinden, die Alltagsbewältigung und Lebensqualität des Patienten ausgerichtet sein. Um dieses zu erreichen, ist ein aktives Handeln der Pflegenden erforderlich und nicht ein Warten darauf, dass der Patient klagt. Ein differenziertes Schmerzmanagement ist daher notwendig, um präventiv und umfassend Schmerzen zu behandeln sowie Komplikationen und instabilen Schmerzsituationen zuvorzukommen.

Wissen austauschen, Verlauf diskutieren und im Team gemeinsam erkennen, was im individuellen Fall notwendig ist: Fallbesprechungen sind die Methode der Wahl, dem komplexen Schmerzgeschehen eines Patienten gerecht zu werden. Foto: Martin Glauser

Schmerzen werden individuell und subjektiv vom Patienten empfunden. Daher können nur die Betroffenen selbst zuverlässige Aussagen darüber machen. Schmerz kann von einem Außenstehenden nicht direkt beobachtet, sondern nur indirekt über Verhalten und Kommunikation erschlossen werden, da Schmerzerleben und Schmerzverhalten durch die oft lange Schmerzerfahrung des Patienten und seinen kulturellen Kontext beeinflusst werden. Weitere Einflussfaktoren in der pflegerischen Beurteilung der Schmerzsituation und dem Verhalten des Patienten sind das fachliche Wissen, berufliche Erfahrung und die persönliche Einstellung der Pflegenden im Schmerzmanagement. Dazu ist in der Pflegeeinrichtung ein strukturiertes Schmerzmanagement mit einer klaren Verfahrensregelung für die Umsetzung sowie eine kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiter erforderlich. Der Einsatz eines pflegerischen Schmerzexperten im Schmerzmanagement beim Patienten und in der kollegialen Beratung des Pflegeteams unterstützt das zielgruppenorientierte Schmerzmanagement des Pflegedienstes.

Schmerzmanagement bei Patienten mit chronischen Schmerzen – Handlungsrichtlinien für die Umsetzung

Ausgangslage für die Umsetzung im Ambulanten Pflegedienst war die Erarbeitung eines Standards im Rahmen des Qualitätsmanagements, der die Umsetzung der Struk-

© 2016 Hogrefe

tur- und Prozesskriterien in einzelnen Arbeitsschritten beschreibt und als Arbeitsanweisung für die Pflegeeinrichtung gilt. Die Leitungsebene stellt dabei sicher, dass das aktuelle Wissen zur Differenzierung zwischen akutem und chronischen Schmerz, zur systematischen Schmerzerfassung bei unterschiedlichen Zielgruppen, Formen der medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung sowie Nebenwirkungen und deren Behandlung in Fortbildungen geschult wurde.

Fallbesprechungen

Die Praxis zeigt, dass dieses Wissen immer wieder aktualisiert und wiederholt werden muss, um im Sinne einer gemeinsamen Wissensbasis ein angemessenes Schmerzmanagement in der Patientenversorgung zu leisten. Dazu eignen sich gut Fallbesprechungen im Rahmen regelmäßig stattfindender Dienstbesprechungen und Dokumentationsvisiten, in denen Verlauf, Wirksamkeit und Änderungsbedarf im Schmerzgeschehen besprochen werden. Die Einladung zu den Besprechungen erfolgt durch die Pflegedienstleitung. Die Moderation der Besprechung erfolgt in der Regel durch die Pflegedienstleitung oder ihre Stellvertretung. Eine Schulung in der Moderation von Fallbesprechungen ist sinnvoll.

Fallbesprechungen sind eine Form, um die Komplexität eines individuellen Pflegebedarfs im Gespräch mit den beteiligten Mitarbeiterinnen zu erfassen. Es werden alle relevanten Informationen gesammelt und diskutiert. Dabei wird die Wirksamkeit der bisherigen Pflege- und Behandlungsmaßnahmen überprüft und es werden Lösungsmöglichkeiten für die individuellen Pflegeprobleme erarbeitet. Vorgestellt wird der Patient in der Regel von der Bezugspflegenden oder der pflegerischen Schmerzexpertin. Dabei ist es wichtig, das multidimensionale Schmerzgeschehen und stattfindende Schmerzmanagement in einer strukturierten und systematischen Vorgehensweise im Rahmen der Besprechung darzustellen. Dabei können Fragen hilfreich sein, wie sie im Kasten 1 aufgelistet sind.

Eine Fallbesprechung ist eine niederschwellige Lernsituation für alle Beteiligten und als ein praxisnahes Lernen zu verstehen. Es ist ein Austausch von Wissen der beteiligten Pflegemitarbeiterinnen und eine gemeinsame Erkenntnisgewinnung. Unterstützt wird dieser Lernprozess von einer im Pflegedienst beschäftigten pflegerischen Schmerzexpertin. Ihr Einsatz erfolgt bei komplexen und instabilen Schmerzsituationen sowie in der kollegialen Beratung des Pflegeteams. Dem Pflegeteam stehen des Weiteren Fachliteratur zum Schmerzmanagement zur Verfügung und für die Beratung beim Patienten eine Informationsbroschüre zum Thema Schmerz für Patienten/Angehörige.

Schmerzanamnese und Schmerzerfassung

Zu Beginn einer Pflege werden Patienten im Rahmen des pflegerischen Erstgesprächs gefragt, ob sie Schmerzen haben (initiales Assessment). Bei vorhandenen Schmerzen erfolgt ein differenziertes Schmerzassessment mit in der Pflegeeinrichtung festgelegten Formularen. Die Schmerzintensität wird mit der numerischen Rangskala (NRS) und bei nicht auskunftsfähigen Patienten mit der BESD Skala und durch Befragung der Bezugspersonen erfasst. Die Schmerzintensität wird in Ruhe und wenn möglich bei Belastung/Bewegung erfasst, zum Beispiel bei täglichen Bewegungsabläufen im Rahmen der Pflege. Die systematische Einschätzung bildet die Grundlage für den Pflegemaßnahmeplan und die Pflegeberatung. Eine strukturierte Dokumentation der Schmerzsituation kann zu einer Verbesserung in der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten führen, weil die multiprofessionelle Kommunikation in der Informationsweitergabe auf dokumentierte Behandlungsergebnisse und Situationsbeschreibungen basiert. Die Bezugspflege ist dabei ein fördernder Faktor. Es gilt, den Schmerz sichtbar zu machen. Eine fehlende Schmerzdokumentation bedeutet nicht, dass, wenn Patienten nicht über ihre Schmerzen sprechen, sie auch keine Schmerzen haben. Eine insuffiziente Schmerztherapie kann sich aus einer mangelnden Dokumentation, unzureichenden schmerz-

Kasten 1. Fragen zur Vorstellung eines Patienten bei einer Fallbesprechung

- Welche Erkenntnisse ergeben sich aus der Schmerzanamnese?
- Wie äußert der Patient seine Schmerzen und wie bewertet er sie?
- Wie beschreibt er sein Schmerzerleben?
- Wie sind seine bisherigen Schmerzerfahrungen (Schmerzbiographie) und gibt es einen Bezug zur aktuellen Schmerzsituation?
- Welche Auswirkungen haben die Schmerzen auf sein Verhalten, seine Mobilität und soziale Lebensgestaltung? Beeinflussen sie die Durchführung der Pflege?
- Wie erfolgt die aktuelle Behandlung?
- Wie gestalten sich Kommunikation und Kooperation mit dem behandelnden Arzt in Bezug Arzt/Patient und Arzt/Pflegedienst sowie Patient/Pflegedienst?
- Wie zeigt sich die Wirksamkeit im Schmerzmanagement?
- Besteht eine stabile oder instabile Schmerzsituation?
- Wie sehen die Kompetenzen im Selbstmanagement des Patienten/Angehörigen aus?
- Besteht ein Bedarf an Beratung, Anleitung, Schulung?
- Welche Leistungen erbringt der Pflegedienst im Schmerzmanagement? Sind sie ausreichend oder sind Veränderungen erforderlich? Welche Auswirkungen auf die Zeitplanung des Pflegeeinsatzes und die Finanzierung der Pflege sind zu erwarten?

© 2016 Hogrefe

In der ambulanten Pflege sind die professionellen Pflegekräfte auf die Unterstützung der Angehörigen angewiesen, sie sind die wichtigen Partner im Prozess, die Krankheitssituation zu bewältigen. Foto: Martin Glauser

therapeutischen Kenntnissen und unbegründeten Ängsten vor unerwünschten Nebenwirkungen ergeben. Dem gilt es zu begegnen mit Kommunikation, Fachwissen, Transparenz und Kooperation.

Einbeziehung pflegender Angehöriger in das pflegerische Schmerzmanagement

Im Rahmen der Pflege und des Schmerzmanagements in der ambulanten Pflege sind professionell Pflegende auf die Bereitschaft zur Kooperation und Mitarbeit von pflegenden Angehörigen angewiesen. Die Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit mit ihren speziellen Anforderungen ist eine zentrale Aufgabe von Personen mit Pflege- und Hilfebedarf wie auch ihrer Angehörigen. Die Situation ist deshalb für die Betroffenen häufig schwierig, weil ihnen für die Einschätzung und Beurteilung der spezifischen Situation Wissen und Erfahrung fehlen. Instabile Schmerzsituationen, die mit Reaktionen von Angst, Vermeidung, Depressivität, Resignation und Rückzug einhergehen, haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit, Lebenssituation, Autonomie und Lebensqualität der betroffenen Menschen und sind auch für ihre Angehörigen eine belastende Situation. Ein pflegerisches Schmerzmanagement mit Information, Beratung, Anleitung der Betroffenen und einer aktiven multiprofessionellen Zusammenarbeit kann die Schmerzsituation wieder stabilisieren. Es sind wesentliche Faktoren, um das Selbstmanagement der Betroffenen in der Schmerzbehandlung zu fördern. Eine stabile Schmerzsituation bedeutet für pflegende Angehörige eine große Entlastung, unterstützt die Bewältigung des Alltags und verbessert die Lebensqualität.

Interdiziplinäre Zusammenarbeit und Entlassungsmanagement

In der interdisziplinären Zusammenarbeit sollte es selbstverständlich sein, dass im Rahmen des Entlassungsmanagements die übernehmende Einrichtung über das bisherige Schmerzmanagement informiert wird. Da es noch nicht selbstverständlich erfolgt, kann es zu Unterbrechungen in der Behandlung führen, weil beispielsweise bei Entlassungen zum Wochenende die erforderliche Schmerzmedikation dem Patienten nicht mitgegeben wurde, der Hausarzt nicht mehr erreichbar und die Apotheke die Medikamente ohne Rezept nicht herausgibt. Besonders problematisch ist das bei Medikamenten, die unter die Betäubungsmittelverordnung fallen. Im Rahmen des Entlassungsmanagements sollte der aktuelle Stand im Schmerzmanagement des Patienten ein selbstverständlicher Bestandteil einer qualitativen pflegerischen Überleitung sein.

Monika Klau-Fischer, Krankenschwester, Fachkrankenschwester Palliative Care, Gesundheitsmanagerin, B.Sc. Angewandte Gesundheitswissenschaften. Einrichtungsleitung des „Ambulanten Pflegedienstes der Johanniter“ in Bad Oeynhausen. Arbeitsfeld: ambulante Pflege, in leitender und beratender Funktion

michele.klau31@googlemail.com

© 2016 Hogrefe

Überblick über die moderne Schmerzbehandlung

Lesley A. Colvin / Marie Fallon (Hrsg.)

Schmerzmedizin

Übersetzt von Ute Villwock.
2013. 215 S., 110 Abb., 50 Tab., Gb
€ 39.95 / CHF 53.90
ISBN 978-3-456-85321-5

Schmerzen machen den entscheidenden Teil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus, und jeder Patient hat Anrecht auf eine effektive Schmerzbehandlung Die Schmerztherapie entwickelt sich rasant weiter, mit neuen Ansätzen bei Assessment-Techniken, verbesserten Erkenntnissen der Pathophysiologie und Entwicklungen sowohl in pharmakologischen als auch nicht-pharmakologischen Behandlungsstrategien.

Dieses Buch konzentriert sich auf die in der Praxis häufigsten Formen des chronischen Schmerzes wie Rückenschmerzen, muskuloskelettale und neuropathische Schmerzen, behandelt dort aber mit ausführlicher Begründung und anschaulichen Illustrationen die evidenzbasierten Konzepte, die eine moderne Schmerzbehandlung ausmachen. Besondere Kapitel gehen auf viszerale, postoperative, Kopf- und Tumorschmerzen ein sowie auf die Besonderheiten der Schmerztherapie bei Schwangeren, Kindern, alten und drogenabhängigen Patienten. Ausführlich und differenziert wird das Zusammenspiel von psychischen Einflussfaktoren, medikamentöser Schmerzbehandlung, invasiven Maßnahmen, Nervenstimulation, Physiotherapie und komplementären Methoden behandelt.

www.hogrefe.com

hogrefe

Zunehmend und bundesweit aktiv – die Fachgruppe Pflegeexperten Schmerz im DBfK

Johanna Knüppel

Vor drei Jahren in Berlin gegründet, baut die Expertengruppe *Schmerz* im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ihre Themen aus. Die Fachgruppe ist regional gut vernetzt und offen für weitere Mitglieder.

Menschen, die Schmerzen haben, erwarten eine wirksame und auf ihre individuelle Situation zugeschnittene Behandlung. In Artikel 4 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen heißt es: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.“[1] Diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine Aufgabe, der sich alle beteiligten Berufsgruppen im Gesundheitswesen stellen müssen, interprofessionell, interdisziplinär und sektorenübergreifend. Dies gilt ganz besonders beim Thema Schmerz. Denn Schmerzen zu erleiden, ob akut oder chronisch, ist für jeden Betroffenen nicht nur quälend, sondern schränkt physische, psychische sowie soziale Fähigkeiten in erheblichem Maße ein. Alle Möglichkeiten einer umfassenden, individuellen Schmerzbehandlung auszuschöpfen und nachhaltig positive Wirkung zu erreichen, muss also erklärtes Ziel eines Behandlungskonzepts sein.

Entwicklung der Fachgruppe

Hier kommen seit etlichen Jahren maßgeblich die pflegerischen Expertinnen und Experten ins Spiel. Pflegerisches Schmerzmanagement ist quasi eine eigene Disziplin innerhalb der Pflege geworden; zahlreiche Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie Altenpflegerinnen und -pfleger haben sich fortgebildet und sind als Pain Nurses oder Algesiologische Fachassistentinnen und -assistenten innerhalb und außerhalb von Einrichtungen tätig. Aus der Patientenperspektive betrachtet sind pflegerische Schmerzexpertinnen und -experten wichtige Impulsgeber und Ansprechpartner, ihre Bedeutung für ein gelingendes Schmerzmanagement nimmt mehr und mehr zu. Um ihre Rolle innerhalb des Versorgungssystems professionell auszufüllen und Verantwortung zu übernehmen, brauchen Pflegeexpertinnen und -experten neben einer guten Qualifikation aber auch die nötigen Anreize, angemessene Rahmenbedingungen und Anerkennung ihres Beitrags im Behandlungsverlauf. Darum kümmert sich Berufspolitik – und so war die Gründung einer Expertengruppe *Schmerz* unter dem Dach des DBfK naheliegend.

Mitglieder der DBfK-Fachgruppe *Pflegeexperten Schmerz* im April 2016 beim Treffen in Berlin. Foto: © DBfK Bundesverband

Im Oktober 2013 wurde in Berlin die DBfK-Fachgruppe *Pflegeexperten Schmerz* aus der Taufe gehoben, inzwischen zählt sie knapp 60 Mitglieder. Sprecherin ist Martina Rettig, Pain Nurse im Clemenshospital Münster. Hauptamtlich wird die Gruppe begleitet von DBfK-Referentin Johanna Knüppel. Innerhalb der Fachgruppe sind zahlreiche pflegerische Arbeitsfelder vertreten, von der Tätigkeit in der häuslichen Pflege über die Intensivstation des Krankenhauses bis zur Pflegewissenschaft. Unser Ziel: Wir wollen Expertise bündeln und in gesundheits- und berufs-

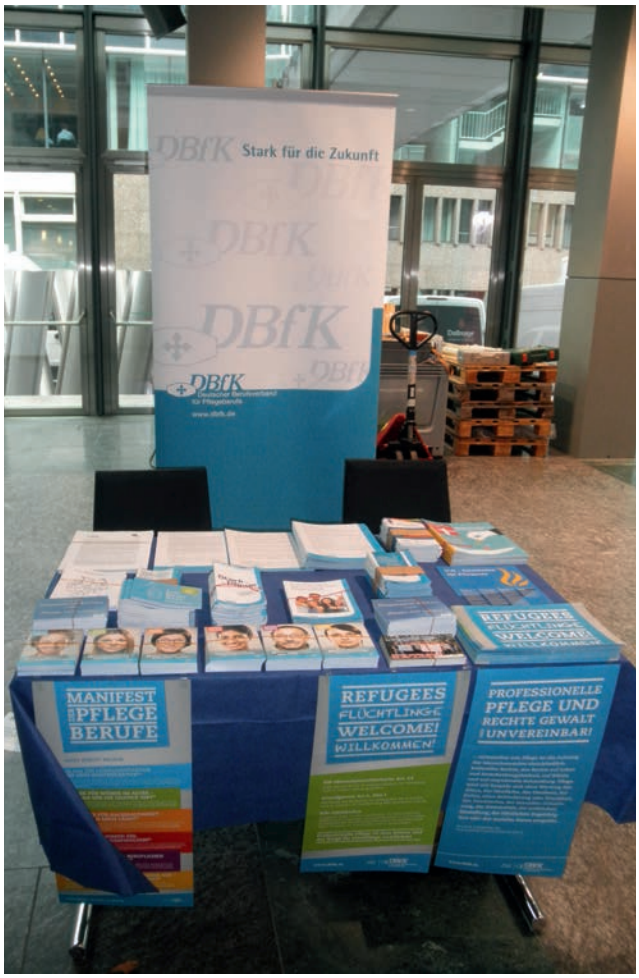
[1] Online unter: www.pflege-charta.de

© 2016 Hogrefe

politische Entwicklungen einspeisen, eine Plattform für Austausch und Fachfragen bieten und den Beitrag der Pflegeberufe zur Schmerztherapie stärken und sichtbar machen. Im Internet sind wir unter https://www.dbfk.de/de/expertengruppen/pflegeexperten-schmerz/index.php zu finden. Miteinander gearbeitet und diskutiert wird in erster Linie digital über eine Onlineplattform, so entstehen auch Produkte und Veröffentlichungen. Zweimal pro Jahr gibt es ein Treffen: im Frühjahr in der DBfK-Bundesgeschäftsstelle Berlin und im Herbst am Eröffnungstag des Deutschen Schmerzkongresses.

Aktivitäten und Projekte

Erstes Projekt und Grundlage der weiteren Arbeit war ein **Kompetenzprofil** Schmerzexperte/-expertin, das man downloaden kann. Darin ist ausgewiesen, welche Fähigkeiten benötigt werden, um einen Expertenstatus zum Umgang mit Schmerzpatientinnen und -patienten einnehmen zu können, aufgeschlüsselt nach Fach-, Methoden- und Sozial-/Personalkompetenz. Das Profil beschreibt das Mindestniveau an Kenntnissen und Fähigkeiten, die Absolventen einer zertifizierten Fortbildung besitzen müssen, um sich als Schmerzexperten auszuweisen. Eine zertifizierte Fortbildung, die als Präsenzveranstaltung erfolgt, sollte mindestens 41,5 Unterrichtseinheiten, ein Fernlehrgang (E-Learning) mindestens 64 Unterrichtseinheiten umfassen.



Mit ihrem kleinen Infostand lädt die Fachgruppe beim Deutschen Schmerzkongress zu Kontakten und Fachdiskussionen ein. Foto: © DBfK Bundesverband

DBfK-Bundesgeschäftsführer Franz Wagner (2. von links) bei der Pressekonferenz anlässlich des Aktionstags gegen den Schmerz 2016. Foto: © DBfK Bundesverband

Um im großen und vielfach recht unübersichtlichen Markt an Bildungsangeboten zu Schmerzexperten eine Orientierung zu bieten, wurden die wichtigsten **Qualifikationsangebote** in einer Tabelle gegenübergestellt. Grundlage war die oben genannte Zertifizierung, pharmafinanzierte Bildungsangebote sind bewusst ausgeklammert worden. Die Tabelle ist online abrufbar und wird regelmäßig upgedatet, eine Ergänzung mit speziell pädiatrischen Bildungsangeboten ist vorgesehen.

Die Fachgruppe unterstützt die Bildung **regionaler Schmerzforen**, die von professionell Pflegenden geleitet werden. Denn sie fördern Austausch und Vernetzung in der Fläche und über Arbeitsbereiche hinweg, Probleme an Schnittstellen und Versorgungsbrüche können so verringert werden. Die meisten dieser Regionalforen haben direkten Kontakt zur Fachgruppe und speisen dort wichtige Impulse und Informationen ein. Zwei neue Foren im Bundesgebiet sind in Planung, eine aktuelle Übersicht inkl. Kontaktdaten halten wir auf unserer Webseite bereit.

2016 haben sich die *Pflegeexperten Schmerz* bereits zum zweiten Mal mit einer eigenen **Pflegehotline am Aktionstag gegen den Schmerz** beteiligt. Das Angebot der telefonischen Beratung richtete sich sowohl an Kolleginnen und Kollegen aus Pflegeeinrichtungen und -diensten als auch an Schmerzpatientinnen und -patienten bzw. deren Angehörige. In den Beratungsgesprächen mit Beschäftigten der Pflege ging es um Themen wie Aufbau Schmerzdienst, Umsetzung der Expertenstandards, Qualifizierung Pain Nurse, Serviceangebote der Fachgruppe, pflegerische Versorgung multimorbider Patienten sowie Möglichkeiten nicht-medikamentöser Schmerztherapie.

Bei den Telefonaten mit Patientinnen und Patienten oder Angehörigen berichteten viele unter ihnen über eine lange Odyssee verschiedenster Therapeutenbesuche. Die Themen hier: unbefriedigende Schmerztherapie, Therapieoptionen, Unzufriedenheit mit der ‚Abfertigung' durch Ärzte, Ängste wegen OP-Empfehlung trotz Hochaltrigkeit usw.

© 2016 Hogrefe

Wir laden ein

Die Fachgruppe *Pflegeexperten Schmerz* ist offen für alle Interessierten, die Mitglied des DBfK sind bzw. darüber nachdenken, es zu werden. Voraussetzung für den Beitritt zur Fachgruppe ist, dass Sie eine zertifizierte Fortbildung zum Thema Schmerz absolviert haben und in diesem Bereich praktisch, lehrend oder forschend tätig sind. Nicht-DBfK-Mitglieder haben die Möglichkeit, eine „Schnupperphase" in Anspruch zu nehmen: Wir nehmen Sie unter Vorbehalt in die Fachgruppe auf und laden Sie zum nächsten Fachgruppentreffen ein. Danach müssen Sie sich entscheiden und können nur festes Mitglied der DBfK-*Pflegeexperten Schmerz* werden, wenn Sie dem DBfK beitreten. Medizinische Fachangestellte mit entsprechender Qualifikation und Tätigkeit (siehe oben) können sich bei Interesse als außerordentliche Mitglieder der Fachgruppe anschließen. Nutzen Sie auch gern das Angebot, Fragen oder Anliegen an die Gruppe zu richten – über dbfk@dbfk.de. Persönlich ins Gespräch kommen können Sie mit uns am Deutschen Schmerzkongress ab 19. Oktober 2016 in Mannheim – die Fachgruppe wird dort auch in diesem Jahr wieder einen kleinen Infostand haben.

Johanna Knüppel, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Koordinatorin für Gesundheitsökonomie (FH), Public Affairs Managerin. Referentin, Koordinatorin der Fachgruppe: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Bundesverband e.V., Alt-Moabit 91, 10559 Berlin

knueppel@dbfk.de

Anzeige

Aktiv mit chronischen Schmerzen umgehen

Michael Nicholas et al.

Den Schmerz in den Griff bekommen

Die Strategie des aktiven Umgangs mit chronischen Schmerzen

2., überarb. und erw. Aufl. 2014.
368 S., 27 farbige Abb., 15 farbige Tab., Kt
€ 19.95 / CHF 28.50
ISBN 978-3-456-85402-1

Chronischer Schmerz kann allzu oft nicht durch Medikamente beseitigt werden. Aber es gibt Hilfen durch eine Kombination verschiedener Ansätze, die in diesem auf dem weltweit erfolgreichen australischen ADAPT-Programm beruhenden Buch beschrieben werden. Dadurch kann der Einfluss der Schmerzen auf den Alltag so gering wie möglich gehalten werden. Anstatt dem Schmerz hilflos ausgeliefert zu sein, kann man ihn dorthin drängen, wo er hingehört: in den Hintergrund des Lebens.

www.hogrefe.com

hogrefe

Eine Information von:
Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG,
Mundipharmastraße 6, 65549 Limburg, www.mundipharma.de

Mundipharma Pain Care Award: Verleihung auf dem Deutschen Schmerzkongress 2016

Für die Behandlung der rund 15 Millionen Schmerzpatienten[1] in Deutschland bedarf es eines effektiven Schmerzmanagements. Viele pflegerische Schmerzexperten entwickeln mit großem Engagement wegweisende Projekte im Pflegealltag, die zur Verbesserung der Situation von Schmerzpatienten beitragen. Mit dem Mundipharma Pain Care Award sollen außerordentliche und nachahmenswerte Konzepte identifiziert und sichtbar gemacht werden.

Der Schmerzspezialist Mundipharma hat in diesem Jahr zum vierten Mal den Pain Care Award, ehemals „Pain Nurse des Jahres", ausgeschrieben. Der diesjährige Gewinner wird am 21. Oktober 2016 auf dem Deutschen Schmerzkongress in Mannheim bekannt gegeben. Ziel des Pain Care Awards ist es, durch den interdisziplinären Austausch zwischen Ärzten, Pflege- und Fachpersonal (Pain Nurses, Pain Care Assistans, algesiologisches Fachpersonal) sowie Patienten einer optimalen Schmerzversorgung in Kliniken, Alten- und Pflegeheimen und im ambulanten Bereich näherzukommen.

Bewertungskriterien
Ein interdisziplinärer wissenschaftlicher Beirat ermittelt mit Hilfe von standardisierten Bewertungskriterien die Preisträger. Der Fokus liegt unter anderem auf den schmerzmedizinischen Projektleistungen, dem Engagement für die Patienten, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der fachlichen Qualifikation.

„Im Mittelpunkt stehen weniger wissenschaftliche Kriterien, sondern stets die Frage, ob ein Projekt wirksam ist und die Patientenversorgung verbessert. Wichtig ist uns auch die Frage, ob ein Konzept geeignet ist, von anderen Kollegen übernommen zu werden", beschreibt Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink, Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Pain Care Awards, die Bewertungskriterien.

Der wissenschaftliche Beirat

Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink
Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, Projektleiter Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster und Professor of Nursing an der University of North Florida, Jacksonville, USA

Birgitta Pieper
Krankenschwester Schmerzdienst – Pain Nurse/Pain Nurse Plus, Visitorin für das Zertifikat „Schmerzfreies Krankenhaus/qualifizierte Schmerztherapie", Marienkrankenhaus Schwerte

Prof. Dr. Malte Silomon
Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur

Dr. Ingrid Spohr
Leiterin Medizin, Mundipharma, Limburg

Über Mundipharma

Mundipharma ist ein mittelständisches forschendes Pharmaunternehmen mit Sitz in Limburg an der Lahn. Das Unternehmen hat sich sehr erfolgreich auf die Schmerztherapie spezialisiert, verfügt in den Bereichen Rheumatologie, Atemwegserkrankungen und der Suchtbehandlung über weitere Kompetenzfelder und hat sich in der Immunologie als zuverlässiger Partner etabliert.

Mundipharma versteht sich seit der Firmengründung im Jahr 1967 nicht nur als Arzneimittelhersteller, sondern auch als moderner Dienstleister, der hochwirksame Arzneimittel mit größtmöglicher Verträglichkeit entwickelt und somit die Therapie für Arzt und Patient wesentlich erleichtert und verbessert.

Weitere Informationen erhalten Sie unter

www.pain-care-award.de und *www.mundipharma.de*.

Verbesserung der Schmerzversorgung
Ein langfristiges Ziel von Mundipharma ist es, einer optimalen Schmerzversorgung näherzukommen. Dabei ist die Optimierung des gesamten Schmerzmanagements durch effizientere Abläufe, eine bessere Kommunikation und Vernetzung ein wichtiges Anliegen in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen. Das Unternehmen unterstützt aus diesem Grund verschiedene Initiativen. Für Pflegende gehören hierzu unter anderem das Engagement im Bereich der Fortbildung auf www.mundicampus.de sowie das von Mundipharma entwickelte Weiterbildungskonzept „Pain Care Assistant" (www.pain-care-assistant.de). Es befähigt Pflege- und Fachpersonal, gemeinsam mit dem Arzt einen aktiven Part in der Versorgung von Patienten mit Schmerzen zu übernehmen und ist von der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) zertifiziert.

Die Verleihung des Mundipharma Pain Care Awards findet in diesem Jahr am 21. Oktober 2016 auf dem Deutschen Schmerzkongress in Mannheim im Rahmen des Pflegesymposiums von 12:00 bis 13:30 Uhr statt.

Congress Center Rosengarten Mannheim
Raum Gustav Mahler 1
Rosengartenplatz 2
68161 Mannheim

[1] Deutsche Schmerzliga (2013): Chronischer Schmerz. Daten, Fakten, Hintergründe. http://www.schmerzliga.de/download/Dossier_Schmerzliga.pdf, aufgerufen am 19.07.2016

Innovation – aus der Not geboren

Fachexperten des Schmerzes: Schmerzspezialist SGSS®/Spécialiste douler SGSS®

André Ljutow & Barbara Jost-Sutter

Die Schweizerische Schmerzgesellschaft (SGSS[1]) hat mit *Schmerzspezialist SGSS®/Spécialiste douler SGSS®* einen Titel geschaffen, der für alle Berufsgruppen in der Schmerzmedizin zugänglich ist. Einerseits bildet die Gesellschaft damit ihre interdisziplinäre Zusammensetzung ab, andererseits trägt sie der Tatsache Rechnung, dass der Zugang zu chronischen Schmerzen nur über einen Ansatz sinnvoll ist, der berufsgruppenübergreifend ist. Die Rolle der Pflege wird dabei oft noch unterschätzt. Die schmerzmedizinisch weitergebildete Pflegekraft muss Kompetenzen im Hinblick auf die Erkennung der Schmerzchronifizierung haben.

Viele Erfindungen oder Innovationen werden aus einer Not heraus geboren. In gewisser Weise trifft dies auch auf den Titel zu, der von der schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS), der nationalen Gliederung der internationalen Schmerzgesellschaft IASP, geschaffen wurde: *Schmerzspezialist SGSS®/Spécialiste douler SGSS®*. Dabei haben verschiedene Überlegungen eine Rolle gespielt: Die Schmerzmedizin besitzt in der Schweiz immer noch keine offizielle Anerkennung (abgesehen von dem ärztlichen Fachausweis *interventionelle Schmerzmedizin*). Um einem Wildwuchs von selbsternannten Schmerzspezialisten vorzubeugen, hat die Gesellschaft beschlossen, einen Standard zu formulieren, der eine spezielle Weiterbildung und eine permanente Fortbildung auf dem Gebiet der Schmerzmedizin nachweist. Bereits seit Jahren finden 80ig-stündige Fortbildungskurse statt, die in Deutschland und Österreich analog durchgeführt werden und dort Voraussetzung für die ärztliche *spezielle Schmerzmedizin* sind. So war es naheliegend, diese Grundlage als Voraussetzung für die Erteilung des Titels zu wählen.

Titel: für alle Berufsgruppen zugänglich

Wie die IASP, so ist auch die SGSS eine interdisziplinäre Gesellschaft, in der sich nicht nur Ärzte verschiedener Fachrichtungen, sondern auch Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegefachpersonen organisieren und um eine Weiterentwicklung der Schmerzmedizin bemühen. Die SGSS hat deshalb den Titel für alle diese Fachberufe zugänglich gemacht. So sind die Voraussetzungen für diesen Titel einfach und klar: Der Nachweis einer abgeschlossenen Ausbildung in einem medizinisch/therapeutischen Beruf (Facharzt, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Psychologe, Pflegefachkraft), der Nachweis eines mit Prüfung abgeschlossen Schmerzkurses der SGSS (80 Stunden) oder einer als gleichwertig anerkannten Ausbildung (Anfragen hierzu an die SGSS via Sekretariat) und die Mitgliedschaft in der Gesellschaft. Der Titel ist geschützt, die Vergabe ist auf drei Jahre beschränkt. Dann muss, zur Aufrechterhaltung des Titels eine Mindestfortbildungszeit von 30 Stunden über drei Jahren nachgewiesen werden[2]. Die Mitglieder, welche den Titel erworben haben, werden auf einer Liste aufgeführt, die über die Homepage einsehbar ist. Damit und mit der Verwendung des Titels bei der Unterschrift wird die Qualifikation nach aussen dokumentiert. Es besteht ein wachsendes Interesse seitens der Patienten, der Kostenträger aber auch im Medizinsystem selbst bei entsprechender Problemstellung die Qualifikation der Behandler erkennen zu können.

In der Schweiz bestehen mittlerweile an verschiedenen Orten auch für die nicht ärztlichen Therapeuten und Pflegekräfte Möglichkeiten zu entsprechenden Fort- und Weiterbildungen. So werden verschiedene Kurse zur Ausbildung als *Pain Nurse* angeboten. An der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) wurde unter fachlicher Mitarbeit der SGSS ein CAS (Certificate of Advanced Studies) *Schmerz* und neuerdings darauf aufbauend auch ein Master Kurs eingerichtet. Die 80 Stunden Kurse der SGSS in Zürich und in Morges (auf Französisch) und ein Kurs in Nottwil/Luzern sind zwar primär auf die ärztlichen Bedürfnisse ausgerichtet, stehen aber selbstverständlich auch anderen Berufsgruppen offen und werden von diesen auch besucht.

[1] Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
[2] Details zu dem Reglement sind auf der Homepage der Gesellschaft ersichtlich: www.pain.ch.

© 2016 Hogrefe

Fortschritte in der Versorgung akuter Schmerzen – Defizite im Hinblick auf chronische Schmerzen

In den Krankenhäusern mit operativen Abteilungen steht der akute Schmerzdienst im Vordergrund. Das Wissen, dass chronische Schmerzen aus einem akuten Schmerz heraus entstehen, sowie eine erhöhte Sensibilität gegenüber Schmerzen als wichtiger Faktor für das Behandlungsergebnis haben hier zu erheblichen Fortschritten der Patientenversorgung in den letzten Jahren geführt. Auch im Bereich der Palliativmedizin und der damit verbundenen Schmerztherapie in dieser Lebensphase sind deutliche Fortschritte erreicht worden. So ist neu in der Schweiz die Anerkennung der Palliativmedizin als interdisziplinärer Schwerpunkt mit definierter Ausbildung und Zulassung durch die FMH[3]. Leider ist das Wissen um chronische, nicht maligne Schmerzen noch nicht ausreichend verankert. Die fehlende offizielle Anerkennung der Schmerzmedizin und die daraus resultierende fehlende Struktur der Versorgung bedingen, dass chronischer Schmerz als eigenständige, komplexe Erkrankung nicht erkannt wird und sich zu einem kostenträchtigen Problem entwickelt. Viel zu lange werden Schmerzen vom jeweiligen fachlichen Standpunkt aus betrachtet und nicht als übergreifendes, komplexes Problem.

Schmerz betrifft den Menschen in seiner Gesamtheit, nicht nur auf der körperlichen oder somatischen Ebene, sondern auch in seiner Gefühlswelt, betrifft Stimmung und Antrieb, und verändert auch Beziehungen und soziales Leben. Sehr schön zeigt dies bereits die Multizentrische Studie zur Lebensqualität von Patienten mit Schmerzen von 2002 auf (Gerbershagen, 2002).

Chronische Schmerzen sind teuer

Ebenfalls bereits seit Jahren ist bekannt, dass chronische Schmerzen hohe direkte Kosten im Gesundheitssystem, aber auch einen hohen Anteil an indirekten Kosten verursachen und somit die Gesellschaft nachhaltig belasten. Eine vom Bundesamt für Gesundheit bei der ZHAW in Auftrag gegebene Analyse *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz* untermauert mit aktuellen Zahlen diese Tatsache auch für das schweizerische Gesundheitssystem (Wieser, 2014). Die Gesamtausgaben im Gesundheitssystem werden in der Schweiz zu 80 Prozent von den nicht übertragbaren Erkrankungen verursacht. Dies dürfte in ähnlicher Weise auf die europäischen Nachbarländer ebenfalls zutreffen. Von diesen Kosten werden alleine durch sieben Diagnosegruppen mehr als 50 Prozent verursacht. An der Spitze der Ausgaben liegen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 10,3 Mrd. CHF (15,9 Prozent) und die muskuloskelettalen Erkrankungen mit 8,7 Mrd. CHF (13,5 Prozent) der direkten Kosten. Die Ausgaben für Verletzungen und deren Behandlung sind darin nicht berücksichtigt. Andere chronische Erkrankungen wie Diabetes oder der Bereich der Tumorerkrankungen verursachen bei weitem nicht so hohe Kosten. Betrachtet man darüber hinaus auch noch die indirekten Kosten, so liegen die muskuloskelettalen Erkrankungen mit geschätzten ca. 24 Milliarden CHF pro Jahr weit an der Spitze. Ein Großteil der chronischen Schmerzen verbirgt sich in dieser Diagnosegruppe und erklärt daher die hohe finanzielle Belastung. Hier wären durch eine effizient organisierte, strukturierte und anerkannte Schmerzmedizin eine bessere Behandlung und eine Kostenersparnis möglich.

Zugang zu chronischen Schmerzen: fach- und berufsgruppenübergreifend

Der Goldstandard zur Behandlung chronischer Schmerzen ist aufgrund der Komplexität des Problems die fachübergreifende, also interdisziplinäre und multimodale

[3] Swiss Medical Association: Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte mit ca. 40000 Mitgliedern. Gleichzeitig ist der FMH der Dachverband von über 70 Ärzteorganisationen.

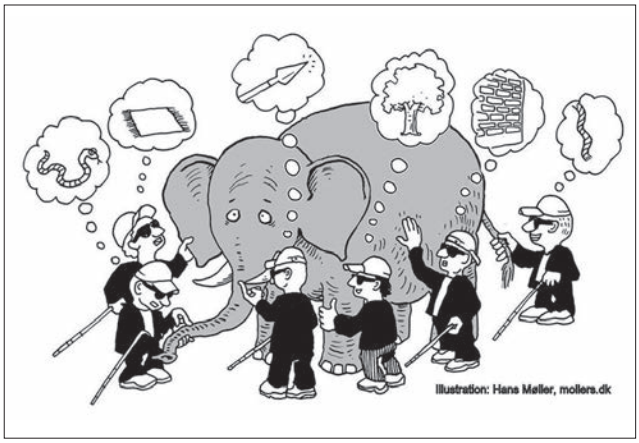


Abbildung 1. Das Gleichnis von den blinden Männern und dem Elefanten. http://theindependent.sg/wp-content/uploads/2016/01/blind-men.jpg (15.7.2016).

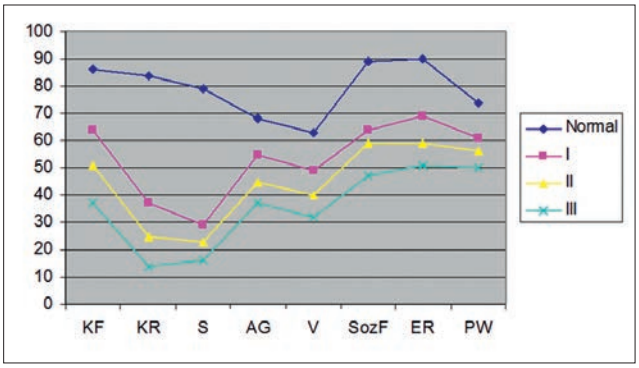


Abbildung 2. Auswertung von 3294 SF – 36 Lebensqualitätsprofilen von Schmerzpatienten getrennt nach Schmerzchronifizierung (MPSS. I bis III) und im Vergleich zum deutschen Normalkollektiv. Quelle: Gerbershagen, H. U. et al. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Schmerzen.

© 2016 Hogrefe

Schmerztherapie. Dabei ist es wichtig, dass alle Teammitglieder aus allen Berufsgruppen sich gegenseitig fachlich respektieren und eine wertschätzende offene Kommunikation miteinander pflegen. Pflegekräfte sind neben der Physiotherapie, Sekretariat und Ergotherapie diejenigen, die für den Patienten eine erste Ansprechperson sind und die in der Kommunikation deshalb oft den direktesten Zugang finden. Deshalb ist die Rolle der Pflege in der Schmerzmedizin nicht zu unterschätzen. Pflegefachkräfte sind nicht nur ein wichtiges Bindeglied zwischen Patient und Behandlerteam. Sie müssen in das therapeutische Konzept eingeschlossen werden, um die gewählten Behandlungen, dabei vor allem auch die edukativen Anteile, aktiv mitzutragen.

Ärzte konzentrieren ihre Kommunikation mit dem Patienten oft auf die in ihrem Fachbereich bestehende oder vermutete Problematik. Pflegefachkräften verbringen mehr Zeit mit dem Patienten und erfahren oft ganz nebenbei Wichtiges über Probleme auf der psychologischen oder sozialen Ebene. Daher ist es von eminenter Wichtigkeit, dass sie aus diesen Informationen heraus den Verdacht auf das Vorliegen einer chronischen, komplexen Schmerzerkrankung erheben können und den notwendigen, weitergehenden diagnostischen Prozess für chronische Schmerzen aktiv initiieren können. Der Betroffene empfindet einen Schmerz, ob akut oder chronisch, in gleicher Art. Die durch Spezialisierung oft auf Detailfragen reduzierte ärztliche Diagnostik und Therapie verliert oft den gesamtheitlichen Blick auf den Patienten. Die im Schmerz weitergebildete Pflegefachkraft kann hier eine Lücke schließen. Voraussetzung dafür ist ihr Fachwissen, ihre Sensibilisierung für das Thema und die Anerkennung ihrer fachlichen Kompetenz durch die anderen Teammitglieder.

Die Bildung von diagnose- oder themenbezogenen Teams als neue Versorgungsform für komplexe Erkrankungen wird sowohl im Gesundheitsbericht Schweiz 2015 (Bachmann, 2015) als auch in der Analyse und Empfehlung zur Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems von Teisberg (2008) empfohlen: „Hospitals and physician teams should reorganize care delivery around medical conditions over the full cycle of care." Datenanalysen können zeigen, dass solche Versorgungsformen nicht nur aus der Sicht von Patient und Behandler nützlich sind, sondern dass hieraus auch eine nachhaltige Kostenreduktion entsteht.

Literatur

Bachmann, N.e.a. (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen Nationaler Gesundheitsbericht Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Gerbershagen, H.U./Lindena, G./Korb, J./Kramer, S. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Der Schmerz 16, 271–284. DOI: 10.1007/s00482-002-0164-z

Teisberg, E.O. (2008). Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health Care. Zurich, Switzerland: economiesuisse, Zurich (Switzerland), Klinik Hirslanden AG, Zurich (Switzerland), Interpharma, Basel (Switzerland), Swiss Insurance Association SIA, Zurich (Switzerland) und Swisscom IT Services AG, Bern (Switzerland).

Wieser, S., et al., (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht. ZHAW: Zürich (im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit

Dr. André Ljutow, Facharzt Orthopädie, Spezielle Schmerztherapie (Deutschland und Österreich), Schmerzspezialist SGSS, MSC interdisziplinäre Schmerzmedizin ISMED (Medizinische Universität Wien). Dr. Ljutow ist Leiter des Zentrums für Schmerzmedizin, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, und Präsident SGSS (Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes)

zsm@paraplegie.ch

Barbara Jost-Sutter, Leiterin Pflege, Zentrum für Schmerzmedizin, ist gelernte Pflegefachfrau HF mit Stationsleiterausbildung. Sie arbeitet seit 1994 im Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, davon sieben Jahre im Zentrum für Schmerzmedizin. Seit Frühjahr 2015 führt sie das Pflegeteam.

© 2016 Hogrefe

Wilkinson – der Mercedes-Benz unter den Pflegeprozessbüchern

Judith M. Wilkinson

Das Pflegeprozess-Lehrbuch

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg / Jörn Fischer.
Übersetzt von Silke Hinrichs / Michael Herrmann.
2011. 629 S., 57 Abb., 59 Tab., Gb
€ 59,95 / CHF 79.00
ISBN 978-3-456-83348-4

Das Lehrbuch zum Pflegeprozess führt in die folgenden Themenbereiche ein:

- kritisches Denken
- Informationsbeschaffung, -bewertung und -dokumentation im diagnostischen Prozess
- unterschiedliche Pflegeassessments
- pflegediagnostische Fachsprache
- computerisierte und interdisziplinäre Pflege- und Versorgungsplanungen (Critical Pathways)
- Formulierung und Dokumentation von Pflegezielen und -interventionen
- Ausführung, Dokumentation und das Delegieren von Pflegeinterventionen
- Bewertung von Elementen des Pflegeprozesses
- Integration von Pflegeklassifikationen für Pflegediagnosen (NANDA), -interventionen (NIC) und -ergebnisse (NOC) in den Pflegeprozess
- Bewertung des Pflegeprozesses anhand von Standards und Kriterien
- Kurzfassung zur Umsetzung des Pflegeprozesses in die Pflegepraxis

Zahlreiche Strukturelemente wie Lernhilfen, Lernziele, Einleitungen und Zusammenfassungen, Fallbeispiele und ein ausführlicher Fragen- und Antwortenteil erleichtern das Lehren und Lernen des Pflegeprozesses im Eigen-, Fernstudium oder Unterricht.

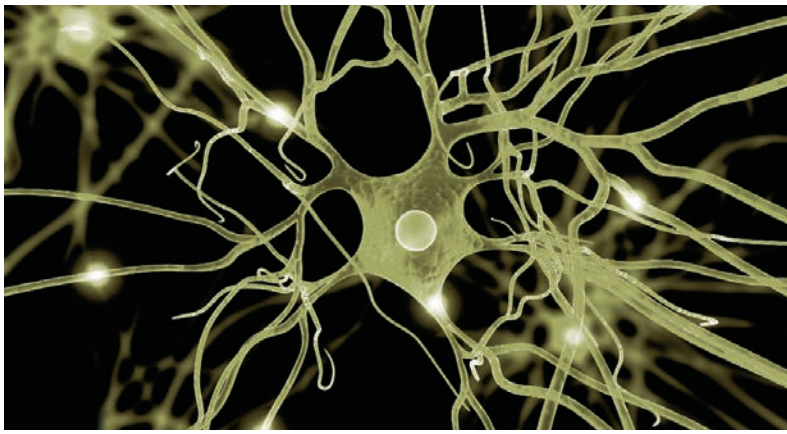
www.hogrefe.com

hogrefe

Schritt für Schritt zum interprofessionellen Schmerzmanagement

Ursina Schmid

Das Department Gesundheit der Zürcher Hochschule für Gesundheit (ZHAW) bietet Weiterbildungen an, die in ihrer Form einzigartig und zukunftsweisend sind: *Schmerz multidimensional*, Certificate of Advanced Study (CAS) *Schmerz Basic* und Master of Advanced Study (MAS) *Interprofessionelles Schmerzmanagement*.



- Weiterbildungskurs *Schmerz multidimensional*
- CAS *Schmerz Basic*
- MAS *Interprofessionelles Schmerzmanagement*

Nahezu 1,2 Millionen Menschen in der Schweiz leiden an komplexen Schmerzen, die zu beträchtlichen volkswirtschaftlichen Kosten führen. Die Gesundheitsbeschwerden können sich stark auf den Alltag und das soziale Leben der Betroffenen und deren Bezugspersonen auswirken. Die Komplexität der Schmerzprobleme, respektive das Schmerzmanagement, bringt es mit sich, dass sich heutzutage meistens ein interprofessionell zusammengesetztes Team um die Patientinnen und Patienten kümmert. Die interprofessionelle Versorgung ist in der stationären Behandlung verankert und wird im ambulanten Bereich gefördert. Gefragt sind deshalb Expertinnen und Experten mit fundierten Kenntnissen und Kompetenzen im Bereich des Schmerzmanagements und einem Verständnis für die Rollen anderer an der Behandlung beteiligter Berufsangehöriger.

Der Weg zur Expertise

Der MAS *Interprofessionelles Schmerzmanagement* wurde in enger Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS) erarbeitet (siehe Beitrag in diesem Heft). Diese zukunftsorientierte Weiterbildung ist in ihrer Form einzigartig. Sie führt mehrere Berufsgruppen zusammen: an der Universität ausgebildete Ärzte/Ärztinnen; Psychologen/Psychologinnen, an den Fachhochschulen ausgebildete Berufsangehörige der Ergotherapie, Pflege und Physiotherapie und Berufsangehörige weiterer Berufe aus dem Setting Schmerz. Je nach Bedarf kann ein Weiterbildungskurs von fünf Tagen, ein CAS mit 15 Tagen oder aufbauend ein Masterstudiengang von 45–51 Tagen besucht werden:

Es handelt sich um fachspezifische Weiterbildungen. Neben der Basis von klinischer Tätigkeit und Forschung liegt ein hauptsächlicher Fokus auf der interprofessionellen Zusammenarbeit und interdisziplinären Diagnostik, Analyse und Behandlung. Dies führt auch dazu, die eigene Profession genauer in Aufgaben und eigenen Kompetenzen zu differenzieren bzw. zu anderen Disziplinen abzugrenzen, um aus dieser Basis heraus im interdisziplinären Setting zu arbeiten und Schmerzmanagement nachhaltig und zielführend für die Patientinnen und Patienten einzusetzen.

Ziele und Perspektiven

Klinisch: Mit einer Weiterbildung im Bereich Schmerzmanagement vertiefen und erweitern die Teilnehmenden ihre Kenntnisse und Kompetenzen bei der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit komplexen Schmerzen. Dabei wird dem Transfer des Gelernten in die Praxis ein hoher Stellenwert eingeräumt.
Interprofessionell: Die Kompetenzen und Aufgaben der eigenen Profession werden vertieft und die der anderen Professionen besser erkannt. Damit entsteht eine gemeinsame Basis für eine effektive und effiziente Zusammenarbeit.

[1] Mehr über die SGSS unter www.pain.ch

© 2016 Hogrefe

Wissenschaftlich: Der medizinische-pflegerisch-therapeutisch-psychologische Fortschritt ist groß. Die Teilnehmenden werden befähigt, Erkenntnisse aus der Forschung kritisch zu beurteilen und relevante Forschungsresultate in der Praxis zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu nutzen.

Aufbau und Inhalt

Der MAS *Interprofessionelles Schmerzmanagement* besteht aus neun aufbauenden Modulen und dem Mastermodul. Es besteht die Möglichkeit, sich bereits zu Beginn für den ganzen MAS anzumelden. Es ist aber auch denkbar, mit dem ersten Modul respektive dem CAS I anzufangen und sich erst später für den MAS anzumelden. Der Abschluss des MAS ist innerhalb von drei bis maximal sechs Jahren möglich.

Die Weiterbildungen im Überblick

Das CAS I vermittelt grundlegende Kenntnisse und Kompetenzen. Das CAS II baut auf dem CAS I auf und vertieft und verbreitert die Kenntnisse und Kompetenzen. Diese zwei ersten CAS können auch ohne MAS-Anmeldung besucht werden. Das CAS III baut auf dem CAS II auf und kann in der Regel nur nach erfolgter MAS-Anmeldung besucht werden.

CAS I: Schmerz Basic (15 ECTS)

Modul 1	Modul 2	Modul 3
Schmerz multidimensional	**Kommunikation & Edukation**	**Assessments & Interventionen**
Schmerzphysiologie Bio-psycho-soziales Modell ICF-Grundlagen Risikofaktoren, Salutogenese Assessments Versicherungsaspekte	Lösungsorientierte Beratung Patientenmanagement (ACT) Motivational Interviewing (Teil 1) Stages of Change (Prohaska)	Schmerzerkrankungen nach Lebensabschnitt Medikamentöse und interventionelle Medizin Assessments zum Thema Under-, Over- and Disuse Nicht-medikamentöse Interventionen Komorbiditäten verknüpft mit Assessments Kinästhetik

CAS II: Schmerz Advanced (15 ECTS)

Modul 4	Modul 5	Modul 6
Clinical Conditions	**Partizipation & Beratung**	**Gesundheitswesen Schweiz**
Grundsätze in Bezug auf Ethik und Versorgung Rollenverständnis in der jeweiligen Berufsgruppe Schmerzmechanismen Onkologie/Palliativmedizin Muskuloskelettale Schmerzerkrankungen Somatoforme Schmerzerkrankungen	Familienzentrierte Beratung Interkulturelle Kompetenz Geno-/Ökogramm Partizipationsorientierte Beratung Motivational Interviewing (Teil 2) Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit	Krankenversicherer Gesundheitsökonomie Gesundheitspolitik DRG und Finanzierung Recht im Gesundheitswesen Prävention und Gesundheitsförderung Public Health Epidemiologie Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

CAS III: Schmerz Proficient (15 ECTS)

Modul 7a	Modul 7b	Modul 8	Modul 9
Wahlpflichtmodul Gesundheitswissenschaften[2]	**Wahlpflichtmodul Entwicklung und Führung**[3]	**Early Interventions & Guidelines**	**Multimodale Schmerzprogramme**
Einführung in quantitative Methoden Studiendesigns, Korrelation versus Kausalität Deskriptive und schliessende Statistik Gütekriterien von Assessments Systematische Reviews	Entwicklung und transformationale Kultur Qualitäts- und Projektmanagement Rolle und Aufgaben als Projektleiter/-in Clinical Leadership	Prävention (Early Interventions) Guidelines ICF im Rahmen von Behandlungsprozessen Dokumentation/Datenschutz Beratung und Schulung von Berufsgruppenangehörigen Stakeholder, Case Manager und Sozialarbeit	Interdisziplinäre multimodale Schmerzprogramme Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluation Führung von schmerzversorgenden Einrichtungen Betriebswirtschaftliche Grundlagen eines Schmerzprogramms

© 2016 Hogrefe

Masterarbeit

Die Teilnehmenden bearbeiten eine aktuelle, relevante Fragestellung innovativ und evidenzbasiert in einer umfassenden Literaturstudie, einem experimentellen Projekt oder einer umfassenden Datensammlung und zeigen deren Konsequenzen für die Praxis auf.

- Disposition der Masterarbeit
- Methodisches Vorgehen
- Wissenschaftliches Schreiben und Referenzieren
- Produktion einer Masterarbeit
- Präsentation einer Masterarbeit
- Erstellung eines Posters

Facts & Figures

Zielgruppen für die Weiterbildungen sind alle Professionen, die mit Schmerzpatientinnen und -patienten und deren Angehörigen arbeiten:

- Ärztinnen und Ärzte
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten BSc/NTE[4]
- Pflegefachpersonen BSc/NTE
- Pflegefachpersonen HF mit höherer Fachausbildung in Pflege Stufe I oder II, beziehungsweise NDS HF[5]
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten BSc/NTE
- Psychologinnen und Psychologen

Berufsangehörige aller Berufe mit einem ausländischen Diplom und einer Weiterbildung im Umfang von 300 Lernstunden können „sur dossier“ aufgenommen werden.

Grundsätzliche Voraussetzungen zur Aufnahme sind: eine Anstellung mit ca. 50 Prozent im Feld des Schmerzmanagements während des Studiengangs und die Bereitschaft zur Umsetzung von praktischen Aufgaben und Projekten sowie gute Englischkenntnisse (adäquates Sprachniveau C1 des europäischen Referenzrahmens).

Der **Zeitbedarf** für ein CAS beträgt rund 450 Stunden. Der Präsenzunterricht an der ZHAW umfasst 15–18 Tage, verteilt auf drei Module. Die restliche Zeit dient dem begleiteten und autonomen Selbststudium. Ein CAS dauert ca. acht bis zehn Monate. Die ausgewiesenen und erfahrenen Dozierenden vermitteln spezialisiertes Fachwissen. Sie sind stark verankert in der Praxis und gut vernetzt mit der fachspezifischen klinischen Forschung. Die Kursunterlagen werden auf der E-Learning-Plattform Moodle zur Verfügung gestellt. Die Anschaffung weiterer Fachliteratur ist fakultativ und geht zu Lasten der Teilnehmenden.

Jedes **Modul** wird mit einem Leistungsnachweis abgeschlossen und umfasst 5 ECTS (Kreditpunkte). Für die Masterarbeit erhalten die Teilnehmenden 15 ECTS (Kreditpunkte). Ein CAS wird mit dem Certificate of Advanced Studies der ZHAW abgeschlossen und umfasst 15 ECTS (Kreditpunkte). Der MAS wird mit dem Master of Advanced Studies der Zürcher Fachhochschulen (ZFH) abgeschlossen und umfasst 60 ECTS (Kreditpunkte).

Information & Kontakt

Studienleitung
Ursina Schmid, PT FH
MAS Prevention and Health Promotion
Leiterin MAS Interprofessionelles Schmerzmanagement

Kontaktdaten
ZHAW, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit,
Weiterbildung Physiotherapie
Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur
Tel. 058 934 43 70
Fax 058 934 43 70
ursina.schmid@zhaw.ch
www.zhaw.ch/gesundheit

Kosten, Kursdaten und Anmeldeformular finden Sie unter: zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

[2] Das Modul dient der Vorbereitung auf die Masterarbeit und wird Personen empfohlen, die ihre Masterarbeit in Form eines Projektberichtes einreichen wollen.

[3] Das Modul dient der Vorbereitung auf die Masterarbeit und wird Personen empfohlen, die ihre Masterarbeit in Form eines Manuskripts „ready to be submitted in a peer-reviewed journal“ einreichen wollen.

[4] Der nachträgliche Titelerwerb (NTE) ermöglicht es den diplomierten Berufsangehörigen der nur noch an der Fachhochschule angesiedelten Studiengänge in der Schweiz (Ergotherapie, Ernährungsberatung und Diätetik, Hebammen sowie Physiotherapie), nachträglich einen Fachhochschultitel (FH) zu erwerben. (Anm. d. Red.)

[5] Nachdiplomstudien Höhere Fachschule (Anm. d. Red.)

© 2016 Hogrefe

„Die größte Herausforderung? – Patienten mit chronifizierten Schmerzen“

Ein Interview mit Prof. Dr. Michael Schäfer

Mit dieser Interview-Rubrik möchten wir in der Fachzeitschrift *Schmerz und Schmerzmanagement* so transparent und vielfältig wie möglich die Stimmen von Menschen aufgreifen, die sich öffentlich wahrnehmbar mit dem Schmerzmanagement befassen und dabei gerade die multiprofessionellen Anforderungen berücksichtigen und adressieren. Es freut uns daher sehr, dass sich Prof. Dr. Schäfer als erster bereit erklärt hat, sich unseren Fragen zu stellen. Mit seiner Wahl zum Präsidenten der Deutschen Schmerzgesellschaft hat er es im Jahre 2015 an die Spitze der deutschen Schmerz-Welt geschafft. Die Deutsche Schmerzgesellschaft bildet mit 3500 Personen die größte Gruppe Europas, die als Fachgesellschaft den Schmerz zum Thema hat. Besonders bemerkenswert sind hierbei die stetig steigenden Zahlen an Mitgliedern aus den nicht-ärztlichen Berufsgruppen, die sich mit Schmerzmanagement befassen. Herr Schäfer, der sich unter anderem für den therapeutischen Einsatz von Cannabinoiden in der Schmerztherapie einsetzte, widmet sich zum Beispiel besonders chronischem Entzündungsschmerz (z. B. bei Arthritis) oder chronischem neuropathischem Schmerz. Eine ausführliche Liste seiner Publikationen kann auf der Seite der Deutschen Schmerzgesellschaft eingesehen werden. [Das Interview führte Nadine Schüßler.]

Herr Schäfer, was ist für Sie persönlich die größte Herausforderung in der Versorgung von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten?
Die größte Herausforderung ist es, die Patienten, die Gefahr laufen, dass ihre Schmerzen chronifizieren, frühzeitig zu identifizieren und sie niedrigschwellig sowie wohnortnah einer abgestuften, interdisziplinären und multimodalen Therapie zuzuführen.

Glauben Sie, dass wir eines Tages eine im klinischen Alltag einsetzbare Methode haben werden, die es uns ermöglicht, Schmerz objektiv anhand eines Blutwertes oder ähnlichem zu messen? Wenn ja, wie wird diese aussehen?
Schmerz ist immer ein subjektives Erlebnis, bei dem körperliche, sensorische Wahrnehmungen emotional bewertet und mit in der Vergangenheit erlebten Erfahrungen abgeglichen werden. Ob es für dieses komplexe Phänomen in Zukunft einen objektiven Indikator geben wird, wage ich eher zu bezweifeln.

In der Schmerzversorgung scheint die interprofessionelle Zusammenarbeit häufig einfacher zu gelingen als in anderen Bereichen. Erleben Sie dies genauso? Haben Sie Erklärungen hierfür?
Die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der schmerzmedizinischen Versorgung gelingt häufig in bereits etablierten interdisziplinären Strukturen (z. B. Schmerzzentren oder ambulanten integrierten Versorgungsmodellen). Das Problem zurzeit besteht jedoch, dass solche interdisziplinären Strukturen zu wenig zur Verfügung stehen und dass die Patienten, die eine interdisziplinäre Versorgung dringend benötigen, dieser Versorgung viel zu spät zugeführt werden, so dass die Chronifizierung ihrer Schmerzen zu weit fortgeschritten ist.

Prof. Dr. Michael Schäfer ist leitender Oberarzt in der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Campus Virchow-Klinikum und Campus Mitte, Charité – Universitätsmedizin, Berlin und seit 2015 Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. Zudem besetzt er die Universitäts-Professur für Schmerzforschung und Schmerztherapie an der Charité, Universitätsmedizin Berlin (auf fünf Jahre befristet).

© 2016 Hogrefe

Herausforderung Schmerzforum – packen wir es an!

Marcel Schelonsek

Im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland landauf- und ab, beschäftigen sich engagierte *Pflegeexperten Schmerz* damit, wie sie Menschen, die an Schmerzen leiden, helfen können. Dabei nimmt der fachliche Austausch einen erheblichen Stellenwert ein. Im multimedialen Zeitalter haben Pflegende mit der besonderen Expertise für das Schmerzmanagement damit begonnen, über das Internet verschiedenste Informationen auszutauschen. Doch der Austausch von Angesicht zu Angesicht sollte und darf dabei nie zu kurz kommen, denn Pflegende sind oft sehr Kontakt-konzentrierte Personen, die gerne wissen, mit wem sie es zu tun haben. Im folgenden Artikel soll es darum gehen, dem Leser eine Art Leitfaden an die Hand zu geben, was man beim Initiieren und der Arbeit eines Schmerzforums beachten sollte.

Netzwerken mit Unterstützung! Foto: Martin Glauser

Vor einigen Jahren hatte eine große Pharmafirma in verschiedenen Bundesländern Deutschlands erstmalig Schmerzpodien ins Leben gerufen. Alle pflegerischen Schmerzexperten waren eingeladen, sich mit ihrem Wissen zu beteiligen und einzubringen. Das Schmerzforum in Döbeln gestaltete sich so, dass die Pharmafirma ihre neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Schmerzmedizin vorstellte und im Anschluss noch zu einem Fachvortrag durch einen der Teilnehmer einlud. Diese Veranstaltungen legten den Grundstein für einen regional fachlichen Austausch zwischen den an der Versorgung von Schmerzpatienten beteiligten Pflegefachkräften. Von Seiten der Pharmafirma wurde mit der Zeit verdeutlicht, dass diese Treffen ein Anfang sein sollten. Nach und nach war angedacht, dass sich die regionalen Foren immer mehr verselbstständigen und selbst organisieren. Dies hat meines Erachtens nicht ganz reibungslos geklappt.

Mit der Gründung der Fachgruppe *Pflegeexperten Schmerz* unter dem Dach des DBfK ergab sich allerdings eine neue Ausgangslage. Die Mitglieder dieser Fachgruppe entschieden sich in einer ihrer ersten Sitzungen dafür, in Deutschland regionale Schmerzforen in allen Bundesländern ins Leben zu rufen, jedoch unter der Bedingung, dass diese von pflegerischen Schmerzexperten geleitet werden und Pharmafirmen außen vor bleiben. Genau diese Festlegung brachte neue Bewegung in diese Situation, denn jetzt waren die pflegerischen Schmerexperten aufgerufen, bestehende Podien bzw. Foren unter ihre Regie zu nehmen oder neue entstehen zu lassen.

In den folgenden Abschnitten werden einige Aspekte aufgegriffen, die für pflegerische Schmerzexperten von Interesse und Bedeutung sind, welche mit dem Gedanken spielen, ein Schmerzforum in ihrer Umgebung ins Leben zu rufen oder an einem solchen gerne teilnehmen oder mitarbeiten möchten. Die Übernahme der Verantwortung für ein solches Forum sollte gut überlegt sein, sie bedeutet eine große Herausforderung und nicht wenig Aufwand, zugleich aber auch die weitere Verbesserung der flächendeckenden Schmerzversorgung. Denn es gilt einiges zu beachten, was auf den ersten Anschein hin vielleicht nicht wichtig erscheint beziehungsweise erst gar nicht bedacht wird.

© 2016 Hogrefe

Was ist ein Schmerzforum eigentlich?

Dies ist eine Gruppe von *Pflegeexperten Schmerz*, meist eines Landkreises oder eines Bundeslandes, die miteinander in verschiedener Art und Weise in einen regelmäßigen Austausch treten: beispielsweise mit regelmäßigen Treffen an einem Ort mit fachlichem Austausch, ein Internetforum, ein E-Mailverteiler. Tabelle 1 zeigt wichtige Fragen und Antworten, die für die Organisation eines Treffens der Mitglieder eines Schmerzexperten-Forums bedacht werden sollten. Insgesamt sollte man sich darüber im Klaren sein, ob man persönlich wie auch dienstlich die Zeit hat, sich um so ein Projekt inklusiver aller Vorbereitungen und Nachbereitungen zu kümmern.

Registrierung beruflich Pflegender (RbP)

Einige Pflegefachkräfte in Deutschland haben sich bei der Registrierungsstelle für beruflich Pflegende registriert, um so ihre fachliche Qualifikation zu verdeutlichen und nachweisen zu können, dass sie sich regelmäßig weiterbilden und qualifizieren. Schmerzbehandlung ist vielfältig, Fortschritte und neue Erkenntnisse machen auf keinen Fall Halt. Deshalb sollte man auf jeden Fall überlegen, ob man für sein Forum auch Punkte der Registrierungsstelle für beruflich Pflegende anbietet. Das ist gar nicht so schwer, wie es vielleicht den Anschein erweckt, aber es gibt trotzdem einiges zu beachten: Der Idealfall wäre, wenn die Einrichtung, in der man arbeitet, bereits Weiterbildungen anbietet, die von der Registrierungsstelle schon mit Fortbildungspunkten versehen sind. Dann reicht man seine Veranstaltung des Forums einfach bei der Registrierungsstelle ein und diese vergibt dann nach entsprechender Prüfung die Fortbildungspunkte. Für die Anmeldung sind beispielsweise anzugeben, welchen Titel die Veranstaltung hat, was für eine Art die Veranstaltung ist, den Referenten und den Zeitraum der Veranstaltung. Dabei sollte man die eigene hausinterne Hierarchie beachten und dies mit den entsprechenden Vorgesetzten vorher absprechen. Ist die Einrichtung (gleichgültig ob Krankenhaus, Pflegeheim oder ambulanter Pflegedienst) noch nicht bei der Registrierungsstelle registriert, kann man nach entsprechender Rücksprache mit seinen Vorgesetzten alle Veranstaltungen des Jahres auflisten und einreichen. Diese Aufstellung sollte dabei den bereits oben erwähnten Kriterien entsprechen. Die Registrierungsstelle prüft dann die Vergabe von Fortbildungspunkten an die Einrichtung als Ganzes oder für die jeweils eingereichte Veranstaltung. Auch ein Anmeldebogen als Weiterbildungsanbieter ist auszufüllen und entsprechend mit der Veranstaltungsliste an die Registrierungsstelle zu schicken. Ein PDF Dokument dafür kann man auf der Internetseite der Registrierungsstelle entsprechen downloaden und ausfüllen. Die jährliche Bearbeitungsgebühr, die die Registrierungsstelle zurzeit für die Vergabe der Fortbildungspunkte erhebt, beträgt 100 EUR (zzgl. 19 % MwSt.) pro Kalenderjahr. Eine Teilnahmebestätigung (zum Nachweis der Fortbildungspunkte) ist eine weitere Formalie, die seitens der Einrichtung vorliegen sollte,

Tabelle 1. Organisation eines Schmerzforums

Wo findet das Forum statt?	Immer an einem Ort Wechselnd zwischen den Arbeitsstätten der Teilnehmer An einem „neutralen Ort" außerhalb der Räumlichkeiten des jeweiligen Arbeitgebers Räumliche Voraussetzungen in Bezug auf Ort, Ausstattung, Materialien, leibliche Versorgung klären
Wie sind meine persönlichen bzw. personellen Ressourcen?	In Eigenarbeit oder mit Unterstützung: alle Absprachen, Einladungen, Raumvorbereitung, leibliche Versorgung, fachliche Vorträge oder ähnliches, Nacharbeit
Wie finanziere ich das Forum?	Eigene finanzielle Mittel Unterstützung durch Arbeitgeber bzw. andere Personen Eine Unterstützung durch eine Pharmafirma muss hier konsequent und strikt abgelehnt werden.
Sind alle Absprachen mit meinem Arbeitgeber oder der Beteiligten an der Veranstaltung des Forums getroffen?	
Welche Ansprüche gibt es hinsichtlich der Fachlichkeit des Forums?	Eigene Vortragstätigkeit Referenten gewinnen Finanzieller Aufwand Renommée des Forums
Wie gewinne ich Mitglieder?	Erreichbarkeit Kontaktaufnahmen Datenschutz/Privatsphäre wahren
Kann ich für mein Forum Punkte der „Freiwilligen Registrierung für beruflich Pflegende" erhalten?	Siehe Hinweise im Text

© 2016 Hogrefe

möglicherweise versehen mit dem Logo der Registrierungsstelle. Des Weiteren sollten auf der Teilnahmebestätigung folgende standardmäßigen Elemente aufgeführt sein: Logo der Einrichtung mit vollständiger Anschrift, Titel der Veranstaltung, ein Feld für den Teilnehmernamen, Datum, Dauer, Referent und Veranstaltungsort, sowie die oben erwähnten Eintragungen der Registrierungsstelle (Logo und ausgewiesene Fortbildungspunkte) und eine entsprechende Unterschrift des Veranstalters.

Kommunikationsmittel Newsletter

Wer überlegt, für sein Forum einen Newsletter in irgendeiner Form einzurichten, sollte dabei unter anderem folgendes beachten:

- Möchten die Teilnehmer überhaupt einen Newsletter in irgendeiner Form von mir erhalten? Habe ich vorher dessen Erlaubnis eingeholt?
- Welche Informationen möchte ich überhaupt weitergeben? Sind diese immer aktuell und für alle bestimmt oder wichtig?
- Wie gestalte ich den Newsletter?
- Wie häufig soll dieser erscheinen und wie soll er verbreitet werden?
- Beachte ich alle rechtlichen Gegebenheiten, die so ein Newsletter mit sich bringt? (zum Beispiel: Teilnehmeradressen, Datenschutz, geltendes Medienrecht, An- und Abmeldung, Bildrechte)

Mitglieder des DBfK haben die Möglichkeit, sich über die Einrichtung eines Newsletters beraten zu lassen. Für mich war diese Beratung sehr hilfreich, denn ich hätte nie gedacht, wie komplex und kompliziert die Arbeit mit einem Newsletter sein kann.

Es kristallisierte sich heraus, dass es sinnvoll und wichtig ist, dass auch die Verantwortlichen der Regionalforen miteinander im Austausch sind, um sich so gegenseitig zu unterstützen. Dafür wurde eigens von der Expertengruppe *Pflegeexperten Schmerz* des DBfK im Frühjahr 2016 beraten, wie man dies am besten realisieren könnte. Nach einem regen Gedankenaustausch einigte man sich darauf, auf einen E-Mailverteiler zurück zu greifen. Nachrichten an: *schmerzexperten@diakomed.de* erreichen alle registrierten Verantwortlichen der Foren.

Zum Schluss

Wer mit dem Gedanken spielt, ein Schmerzforum in seiner Umgebung ins Leben zu rufen oder an einem teilzunehmen, kann sich auch gerne an einen der Ansprechpartner aus den bereits bestehenden Foren wenden, über einen Link auf der Website des DBfK (Expertengruppen – Pflegeexperten Schmerz – Regionalforen – Standorte und Kontaktadressen). Dort findet man eine Übersicht, welche Foren bereits bestehen und kann mit den Forenverantwortlichen in seiner Nähe in Kontakt treten. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die regionalen Schmerzforen sehr heterogen sind und bestimmte Gebiete in Deutschland unterrepräsentiert sind. Ich möchte Sie ermuntern, sich dieser spannenden und zugleich auch herausfordernden Aufgabe zu stellen und sie in Angriff zu nehmen. Obwohl es an viele Dinge zu denken gilt und viele Hürden zu meistern sind, leisten Sie mit dieser Arbeit einen großen Beitrag für die Verbesserung der flächendenkenden Versorgung von Schmerzpatienten, denn es verdeutlicht ihnen, dass sie mit ihren Beschwerden verstanden und kompetent versorgt werden.

Marcel Schelonsek, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegeexperte Schmerz, Praxisanleiter, Dozent in der Erwachsenenbildung, DIAKOMED Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH, Limbacher Straße 19, 09232 Hartmannsdorf

scmc@diakomed.de

© 2016 Hogrefe

Pain Nurse im Alltag

Rita Görlich

Ich bin seit mehr als 20 Jahren als Gesundheits- und Krankenpflegerin und seit 15 Jahren als Fachkrankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie im Krankenhaus auf verschiedenen internistischen Stationen und interdisziplinären Intensivstationen tätig. Natürlich begegnete mir der Schmerz von Beginn an immer wieder bei der täglichen Arbeit. Während der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und auch später während der Weiterbildung zur Fachkrankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie wurde das Thema Schmerz unter verschiedenen Gesichtspunkten behandelt, aber es wurde meist im Zusammenhang mit einer anderen Thematik nur am Rande berücksichtigt. Die theoretischen Hintergründe wirklich mit dem Schwerpunkt Schmerz/Schmerzpatient habe ich nicht gelernt. Im Laufe der Jahre lernt man aus der Praxis; Erfahrungswissen und Intuition kommen zu den theoretischen Kenntnissen hinzu.

Vorher – was hat mich angetrieben?

Seit zwei Jahren betreue ich im Rahmen einer Nebentätigkeit einen Aufwachraum. Hier wurde der Mensch mit Schmerz zu einem Schwerpunktthema für mich. Der Wunsch, mein Wissen zu vertiefen und mit meinen neugewonnenen Erkenntnissen einen pflegerischen Schmerzdienst in meinem Krankenhaus aufzubauen, war geweckt. Ich beschloss, vermittelt durch eine Freundin, die den Fernlehrgang mitbetreut, den Lehrgang zur *Pain Nurse* des „CeKIB“[1] in Nürnberg zu absolvieren.

Strukturiert ist der Fernlehrgang mit neun Lehrbriefen, Präsenztagen und einer Onlineplattform; inhaltlich baut er auf dem aktuellen Expertenstandard *Schmerzmanagement bei akutem Schmerz* auf. Am Ende wurde jeder Lehrbrief mit ein paar Fragen in Eigenarbeit reflektiert. Gerne hätte ich die Fragen eingesendet, da ich eine Rückmeldung als sehr hilfreich empfunden hätte. So lag es im eigenen Ermessen, wie sehr man sich mit der Thematik befasst. Einzelne Fragen wurden auf der Onlineplattform diskutiert. Kurz vor den Präsenztagen gab es eine Onlineprüfung (20 Fragen).

Die Präsenztage begannen mit einer Vortragsreihe am ersten Tag. Einige Lehrbriefinhalte wurden vertieft, es kamen auch neue Aspekte hinzu. Alle Dozenten waren unterhaltsam und haben ihre Themen sehr interessant vorgetragen. Die Teilnehmer kamen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Am zweiten Tag gab es Workshops in Gruppen, zu denen man sich vorab online je nach Interesse und beruflichem Schwerpunkt angemeldet hatte (eine Kombination aus drei Workshops). Hier stellte sich heraus, dass sehr viele in meinem Bereich tätig waren, sodass der Austausch sehr interessant war. Bereits am ersten Tag war ich mit Pflegekräften aus den unterschiedlichsten Bereichen ins Gespräch gekommen und hatte so interessante Einblicke bekommen. Schön wäre gewesen, die Präsenztage mit den Workshops zu beginnen und den Tag mit Vorträgen für weitere Diskussionen zu nutzen.

Zum guten Schluss – ein Fazit

Nach dem erfolgreichen Abschluss des Kurses zu *Pain Nurse* bleibt mir überlassen, meine Kenntnisse in meine Arbeit einzubringen bzw. neben meinen Alltagstätigkeiten zu versuchen, einen Schmerzdienst ins Leben zu rufen. Eine hauptamtliche *Pain Nurse* wird es vorerst in dem ca. 300 Betten Haus nicht geben. Ich bemerke bei mir selbst eine Sensibilisierung für Schmerzpatienten oder für Situationen, die schmerzhaft sein könnten. Grundsätzlich erfrage ich beispielsweise vor Eingriffen eine Schmerzmittelverordnung. Fast immer geht der/die durchführende Arzt/Ärztin darauf ein. Überhaupt stelle ich fest, wenn ich gezielte Fragen stelle oder auch schon Lösungsvorschläge mache, werden diese fast immer berücksichtigt. Unser Einfluss als Pflegende ist, auch ohne Schmerzdienst, einfach aus dem Alltag heraus, doch so groß, das man für den Patienten viel erreichen kann.

Ich hoffe, in Zukunft meine Kenntnisse den Kollegen zugänglich machen zu können, dann hat sich der Lehrgang für mich schon gelohnt, abgesehen von zwei netten Tagen in Nürnberg, netten neuen Bekanntschaften deutschlandweit und der Steuerrückerstattung.

Rita Görlich, Gesundheits- und Krankenpflegerin (1992), Fachkrankenpflegerin Anästhesie- und Intensivpflege (2000)

emailanrita@onlinehome.de

[1] Centrum für Kommunikation-Information-Bildung

© 2016 Hogrefe

Schmerzmanagement in österreichischen Altenheimen

Schreier et al. (2015). Schmerz und Schmerzerfassung in Altenpflegeheimen

Nadine Schüßler & Irmela Gnass

Wir widmen uns dem Artikel *Schmerz und Schmerzerfassung im Altenpflegeheim* im Journal Club aus folgenden Gründen: zum einen sind viel zu wenige schmerzbezogene Forschungsvorhaben in der stationären Altenhilfe angesiedelt und zum anderen greift der Artikel die gerade in diesem Versorgungsbereich so oft anzutreffenden Schwierigkeiten im Schmerzmanagement und auch in der Schmerzforschung auf. Durchgeführt wurde das Projekt OSiA (Optimiertes Schmerzmanagement in Altenpflegeheimen) in Österreich von einem Forschungsteam der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg im Zeitraum von Oktober 2011 bis Mai 2014.

Methodisches Vorgehen

Aus insgesamt 29 Altenpflegeheimen wurden 12 per Zufallsstichprobe ausgewählt, in denen dann alle Bewohner zu deren Schmerz befragt oder durch Beobachtung fremdeingeschätzt wurden. Die erste „klassische" Herausforderung, die die Forschungsgruppe von OSiA meistern musste, sind die verschiedenen kognitiven Einschränkungen, die im Rahmen einer Schmerzerfassung in der Altenhilfe eine Gruppeneinteilung unausweichlich machen. Es muss unterschieden werden, auf welche Weise der Schmerz erfasst wurde, ob in Selbstauskunft oder mit Hilfe von Beobachtungsmethoden. Das gewählte Vorgehen mit Hilfe des MMSE (Mini-Mental-State-Examination) bildet eine Untersuchungsgruppe mit kognitiven Beeinträchtigungen bei einem MMSE-Wert von < oder = 18 Punkten. In dieser Gruppe konnten 182 Personen untersucht werden und in der Gruppe kognitiv leistungsfähiger Bewohnerinnen und Bewohner waren es 243.

Im Artikel spielen vier verschiedene Erfassungsinstrumente von Schmerz eine Rolle. Mit der Nutzung der Verbalen Rating Skala (VRS) und einem selbstentwickelten Fragebogen wurden die kognitiv leistungsfähigen Bewohnerinnen und Bewohner befragt. Die verbleibenden Personen wurden wiederum in zwei Gruppen unterteilt, wobei die erfolgreiche Schmerz-Auskunft mit Hilfe der Faces Pain Scale-revised (FPS-R5) ausschlaggebend für die Gruppenzuordnung war. Konnte keine Auskunft zum Schmerz mit Hilfe dieser fünfstufigen Gesichterskala erreicht werden, erfasste das Forschungsteam mit der BESD (Beurteilung von Schmerz bei Demenz) und der Doloplus2(AT) jene Verhaltensmerkmale, die als schmerzspezifisch angenommen werden. Die BESD ermöglicht eine systematische und nachvollziehbare Beobachtung auf Schmerz. Die Beobachtung wird bestmöglich in einer Belastungssituation ausgeführt, zum Beispiel beim Transfer vom Bett in den Stuhl. Je nach Verhaltensausprägung können 0 bis 2 Punkte vergeben werden, sodass der Summenwert zwischen Minimum 0 und Maximum 10 Punkten liegen kann. Der Grenzwert für schmerzrelevantes Verhalten liegt bei 2 Punkten. Zusätzlich kam ein weiteres Instrument, das Doloplus2(AT), zur Beobachtung von Bewohnerinnen und Bewohnern auf Schmerzreaktion, zum Einsatz. Bei dieser „Doppel-Erhebung" ging es darum, Ergebnisse der Assessments miteinander zu vergleichen und die Verhaltensbeobachtung mit Aussagen von Bezugspflegekräften anhand des Doloplus2(AT) zu ergänzen.

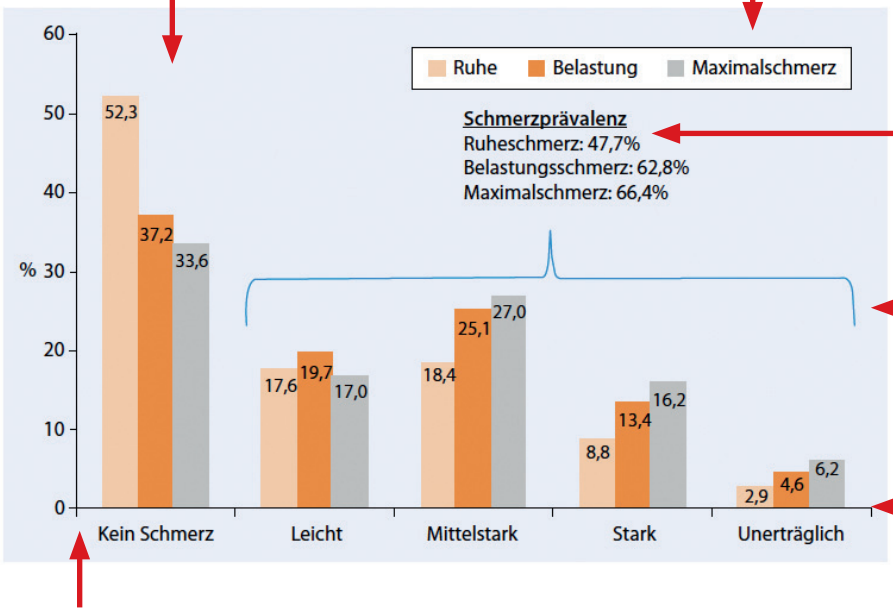
Ergebnisse

In der ersten Abbildung des Artikels von Schreier und Kolleginnen/Kollegen kann die gesamte Schmerzprävalenz der kognitiv leistungsfähigen Bewohnerinnen und Bewohner entnommen werden. Es zeigte sich eine Schmerzprävalenz von 47,7 Prozent in Ruhe und 62,8 Prozent bei Belastung gemäß der Selbstauskunft. Die Ergebnisse verdeutlichen eindrucksvoll, dass fast 60 Prozent der Bewohner dieser Gruppe diesen Schmerz schon länger als ein Jahr haben. Die Quote derjenigen Bewohnerinnen und Bewohner, deren Schmerz schon so lange anhält, und zudem täglich oder dauernd und ununterbrochen vorliegt beläuft sich sogar auf 81 Prozent. Für ein Viertel der befragten

© 2016 Hogrefe

Die ersten drei Balken zeigen den prozentualen Anteil der BewohnerInnen die zum Befragungszeitpunkt keine Schmerzen hatten. Rein mathematisch ist die Differenz zu 100 % der prozentuale Anteil der Bewohner mit Schmerz.
Am Beispiel Ruheschmerz:
52,3 % + 47,7 % =100 % der Bewohner die zu Ruheschmerz befragt wurden. Dies sind in absoluten Zahlen 249 Bewohnerinnen.

Darstellung des Schmerzvorkommen unterteilt in Ruhe-, Belastungs- und Maximalschmerz. Die Summe der Zahlenwerte in den Balken unter der Klammer je Erhebungsart sollte die Gesamtschmerzprävalenz ergeben. Am Beispiel Ruheschmerz:
17,6 % + 18,4 % + 8,8 % + 2,9 % = 47,7 %
Schmerzprävalenz in Ruhe.



Die Differenz zu 100 % bei „kein Schmerz in Ruhe“ (52,3 %)

Die Klammer bündelt alle Ausprägungen der Schmerzintensitäten ab „leichter Schmerz“.

X-Achse = die fünf Ausprägungen der Verbalen Rating Skala

Y-Achse = Prozentualer Anteil der befragten Bewohner, hier dargestellt von 0 %–60 %. Die Angabe der Anzahl der befragten BewohenrInnen (n=241) in der Beschriftung der Abbildung ermöglich zu errechnen wie viele Bewohner keine Schmerzen hatten. Am Beispiel Ruheschmerz: 52,3 % von 241 Bewohner = 126 BewohnerInnen .

Abbildung 1. Schmerzprävalenz und -intensität in der Gruppe kognitiv leistungsfähiger Bewohner (KL). Verbale Rating-Skala (VRS). Baseline n=241

Bewohnerinnen und Bewohner konnte erfreulicherweise Schmerzfreiheit festgestellt werden. Im Detail wird in Abbildung 1 die Einschätzung „kein Schmerz“ für die Situation in Ruhe, bei Belastung und für den Maximalschmerz angegeben.

Es zeigt sich also ein bekanntes Bild: Viele Bewohnerinnen und Bewohner haben Schmerzen und dies in Zeiträumen, die auf chronische Beschwerden schließen lassen. Ein besonderes Ergebnis von OSiA stellt die im Artikel nur kurz angesprochene Befragung der selbstauskunftsfähigen Bewohner dazu dar, wie sie sich im Falle von Schmerzen verhalten. 40 Prozent der Befragten äußerten hier, Schmerz schon einmal verschwiegen zu haben, 68 Prozent finden, dass Schmerz zum Alter dazugehört. Nach dem Grund für das Verschweigen von Schmerz gefragt, nennen die Bewohnerinnen und Bewohner, dass sie den Pflegenden nicht zur Last fallen wollen, die Bezugspflegekraft nicht anwesend ist oder sie die Nebenwirkungen und die Suchtrisiken bei medikamentöser Therapie nicht in Kauf nehmen wollen.

Leider konnten die Bewohnerinnen und Bewohner mit kognitiven Einschränkungen nicht nach Gründen für das Verschweigen von Schmerz gefragt werden, doch auch hier zeigen sich hohe Anteile (73,1 Prozent) von Bewohnerinnen und Bewohner, die gemessen mit dem BESD ein oder mehrere schmerzassoziierte Verhalten zeigten.

Wie oben dargestellt, hatte das Forschungsteam im OSiA-Projekt das Ziel, die Schmerzerfassungsinstrumente, das Doloplus2(AT) und das BESD sowie FPS-R5 und VRS zu vergleichen. Sie gehen damit einer Frage nach, die auch in der Pflegepraxis häufig gestellt wird: Wie kann Schmerz bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen am besten gemessen werden? Leider werden die hier erzeugten Ergebnisse im Artikel nicht erneut übersichtlich dargestellt; hervorzuheben sind jedoch die Ergebnisse, dass die Nutzung der Gesichterskala FPS-R5 bei „etwa der Hälfte“ der Bewohnerinnen und Bewohner (ebd: 6) die mit Hilfe der VRS antworten konnten, nicht gelungen ist. Anhand der Ergebnisvergleiche zwischen dem Doloplus2(AT), bei dem nur knapp 50 Prozent der Beobachtungen auf Schmerz hinwiesen, stellen sich bei den gleichen Bewohnern bei der BESD-Erhebung 69 Prozent mit Schmerzen ein. Eine beachtliche Differenz, die die Autoren und Autorinnen schließen lässt, dass Effekte in der Forschung durch unter-

© 2016 Hogrefe

schiedliche Assessments anzunehmen sind und zugleich die Instrumente noch erheblich mehr erforscht und gegebenenfalls angepasst werden sollten.

Kommentar zum Artikel

Aus der Sicht der Pflegepraxis kann diese letzte Schlussfolgerung nur noch um die eindringliche Forderung untermauert werden, dass die Forschung und psychometrische Überprüfung der zur Verfügung stehenden Assessments für die Verhaltensbeobachtung bei nicht selbstauskunftsfähigen Menschen intensiviert werden muss. Es wäre wünschenswert, dass besonders diese Resultate erneut in einem praxisorientierten Artikel aufbereiten werden würden, denn dies geht aus der hier diskutierten Publikation leider nicht hervor. Der Artikel zeigt die Herausforderung in der Schmerzerfassung bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit unterschiedlichen kognitiven Beeinträchtigungen und langanhaltenden Schmerzen auf. Die Ermittlung von Gründen oder Einflüssen seitens der Bewohnerinnen und Bewohner auf das Schmerzmanagement zeigt wichtige Erkenntnisse für die weitere Versorgung. Die Ergebnisse der Rekrutierung im OSiA Projekt sind ein Spiegel der Forschungsrealität in der stationären Altenhilfe und es ist zu honorieren, dass auch Debakel, wie ein Datenbankfehler, im Text offengelegt werden.

Literatur

Schreier, M.M., Stering, U., Pitzer, S., Iglseder, B., & Osterbrink, J. (2015). Schmerz und Schmerzerfassung in Altenpflegeheimen: Ergebnisse der OSiA-Studie. Der Schmerz. http://doi.org/10.1007/s00482-014-1509-0

Nadine Schüßler
Herausgeberin der Fachzeitschrift *Schmerz und Schmerzmanagement*

Dr. Irmela Gnass
Herausgeberin der Fachzeitschrift *Schmerz und Schmerzmanagement*

© 2016 Hogrefe

Eine Information von:
Grünenthal GmbH, 52099 Aachen, Deutschland

Postoperatives Schmerzmanagement

Im Jahr 2014 wurden 18,5 Millionen Patienten in Deutschland stationär behandelt. Von diesen wurde bei 7 Millionen (38 Prozent) eine Operation durchgeführt – so eine aktuelle Erhebung des Statistischen Bundesamtes.[1] Befragungen zeigten, dass praktisch jede Operation, unabhängig von ihrem Umfang, von mehr oder weniger starken Schmerzen gefolgt sein kann.[2] Akute Schmerzen, hervorgerufen durch Traumata des Gewebes, üben eine für den Körper wichtige und gegebenenfalls überlebensnotwendige Warnfunktion aus. Das Schmerzsignal bedingt eine für den Heilungsprozess förderliche Schonhaltung oder Ruhigstellung. Dies gilt für die Funktion akuter Schmerzen, die durch kontrollierte klinische Situationen wie z.B. Operationen hervorgerufen werden, nur bedingt. Hier ist die Versorgung des Patienten normalerweise auf den Heilungsprozess ausgerichtet und zielt darauf ab, das Erleiden unnötiger Schmerzen zu vermeiden. Entsprechend wichtig ist es, postoperative Schmerzen frühzeitig angemessen zu behandeln.[3]

Postoperativer Schmerz: Eine große Belastung

Postoperative Schmerzen sind für den Patienten belastend, eine adäquate Schmerztherapie im perioperativen und posttraumatischen Umfeld ist für eine rasche Genesung erforderlich und reduziert das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.[3] Überdies kann akuter Schmerz, der nicht angemessen behandelt wird, chronisch werden, so dass die Warn- und Schutzfunktion des Schmerzes und der zeitliche Zusammenhang mit der Heilungsphase verloren gehen.[3] In einer prospektiven Studie wurden in Deutschland 911 Patienten über ihre postoperativen Beschwerden befragt. 522 Patienten gaben die Schmerzintensität mit einem NRS (Numeric Rating Scale) Wert von ≥3 an. Auf der NRS wird die erlebte Schmerzintensität von 0-10 angegeben, wobei 10 den maximal vorstellbaren Schmerz definiert. Bei 214 der 522 Patienten (41%) war der Schmerz im Mittel nach 29 Monaten chronisch (NRS≥3).[4] In einem Übersichtsartikel aus dem Jahr 2000 wird die Inzidenz von starkem chronischem Schmerz, der nach einer Operation geblieben ist, mit 5-10% angegeben.[5] Um das häufige Auftreten chronischer Schmerzen zu vermeiden, ist ein postoperatives Schmerzmanagement besonders wichtig.

Auch im Nachbarland Österreich besteht schmerztherapeutischer Optimierungsbedarf: In aktuellen Erhebungen wurde die Schmerzsituation von stationären Patienten aus zwei Kliniken (Klinikum Klagenfurt und Wilhelminenspital) – einschließlich der nichtoperativen Fächer – untersucht. Unter den insgesamt 1.560 stationären Patienten wurde eine Schmerzprävalenz von 40,8% und 45,7% ermittelt, wobei sich die Werte in operativen und konservativen Stationen nicht signifikant unterschieden. Die Schmerzpatienten bewerteten ihre aktuelle Schmerzintensität im Klinikum Klagenfurt und im Wilhelminenspital mit durchschnittlich 1,98 und 2,15 mit einer mittleren maximalen Intensität innerhalb der letzten 24 Stunden von 5,63 und 5,61. Der Schmerz beeinträchtigte bei zwei Drittel der Patienten die Beweglichkeit und bei der Hälfte die Schlafqualität. Bei 38% der Teilnehmer wirkte er sich auf die Stimmung aus. Dennoch waren 84,7% bzw. 89,1% (im Wilhelminenspital bzw. in Klagenfurt) der Patienten mit der Schmerztherapie zufrieden.[6]

Im Mittelpunkt: Die Patientenzufriedenheit

Eine optimale Schmerzbehandlung beginnt schon vor der eigentlichen Operation. Im Rahmen eines präoperativen Aufklärungsgesprächs wird der Patient auch über zu erwartende Schmerzen und analgetische Möglichkeiten aufgeklärt und sollte so aktiv in die Therapieentscheidung einbezogen werden. Wie eine Auswertung des PAIN OUT-Registers aus dem Jahr 2014 ergab, steigt die Zufriedenheit bei den Patienten am stärksten, wenn sie in die Behandlungsentscheidung einbezogen werden. Weitere Faktoren, welche die Patientenzufriedenheit beeinflussen, sind eine höhere Schmerzlinderung und wenn die analgetische Wirkung so gut ist, dass kein Bedarf nach einer Ausweitung der Schmerztherapie besteht.[7] Auch die Aufrechterhaltung der Kontrolle über die Therapie scheint von hoher Wichtigkeit für den Patienten zu sein. So zeigte eine Metaanalyse von 55 Studien mit beinahe 4.000 Patienten, dass eine Patientenkontrollierte Analgesie (PCA) im Vergleich zu einer konventionellen parenteralen Analgesie zu einer höheren Zufriedenheit führt.[8] Der enorme Stellenwert der Einbeziehung des Patienten in die Behandlungsentscheidung und Aufrechterhaltung der Behandlungskontrolle spiegelt sich auch darin wider, dass in diesem Fall selbst bei großen Schmerzen eine verhältnismäßig hohe Patientenzufriedenheit vorliegen kann.[7]

Ziele: Was will das postoperative Schmerzmanagement erreichen?

Die Ziele des postoperativen Schmerzmanagements umfassen eine weitgehende Reduktion der Schmerzintensität, eine hohe Patientenzufriedenheit, eine bestmögliche Lebensqualität sowie eine Reduktion der Stressantwort und des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos. Ferner gilt es, durch eine schnelle Mobilisation Maßnahmen der Physiotherapie und Rehabilitation zu unterstützen, eine baldige Genesung zu erreichen, den Krankenhausaufenthalt zu verkürzen und die Entstehung chronischer postoperativer Schmerzen zu vermeiden.[3]

Schmerzen können die rasche Mobilisierung der Patienten verzögern und damit den frühzeitigen Beginn einer Physiotherapie erschweren, die für die Genesung wichtig ist. In der Rehabilitation können beispielsweise Atem- und Hustentechniken, Entspannungstechniken, aktive oder passive Bewegungsübungen, manuelle Techniken/spezielle Massagetechniken und spezielle Lagerungen zur Anwendung kommen, deren korrekte, schmerzfreie und frühzeitige Durchführung für einen optimalen Heilungsverlauf notwendig ist. Müssen Patienten aufgrund einer verzögerten Heilung länger im Krankenhaus bleiben, steigen die Kosten für die stationäre Versorgung.[8]

Versorgung optimieren: Die Situation im Krankenhaus

Als optimale Akutschmerztherapie nach einem operativen Eingriff wird eine frühzeitige und nicht-invasive Behandlung empfohlen, die bedarfsorientiert und individuell erfolgen sollte.[9,10] Dies wird im Krankenhaus nicht immer routinemäßig umgesetzt – ein Grund, warum im Bereich des postoperativen Schmerzmanagements noch Optimierungsbedarf besteht. Insgesamt leidet etwa ein Viertel der Patienten am ersten postoperativen Tag unter starken Schmerzen, die Hälfte leidet unter mäßig starkem bis starkem Schmerz und häufig nächtlichen Schmerzspitzen.[2,9,11] Starker Schmerz unter Behandlung tritt entgegen den Erwartungen nicht nur bei großen Operationen, sondern oft auch bei kleineren Eingriffen mit vergleichsweise geringerem Gewebetrauma wie Tonsillektomien, Cholezystektomien, Narbenhernienoperationen und Appendektomien auf.[2,9] Da nur der Patient seinen individuellen Schmerz und dessen Verlauf kennt, ist eine regelmäßige Schmerzerhebung und -dokumentation umso wichtiger, um adäquat reagieren und die analgetische Medikation bedarfsgerecht anpassen zu können.[10]

Organisation: Interdisziplinär vorgehen

Dass in der Qualität der Akutschmerztherapie noch Optimierungspotential vorhanden ist, zeigen verschiedene Erhebungen.[11,8,12] Ein interdisziplinäres Vorgehen, das unter Einbeziehung der Fachgebiete Anästhesiologie, Chirurgie/bzw. operative Fächer und Pflege sowie unter Berücksichtigung der Leitlinien erfolgt, kann zu Verbesserungen beitragen. Die S3-Leitlinie zur Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen hebt weiterhin hervor, dass eine sorgfältige Dokumentation innerhalb des interdisziplinären Schmerzmanagements Koordinations- und Verständigungsprobleme reduziert.

Dass in der Qualität der Akutschmerztherapie noch Optimierungspotential vorhanden ist, zeigen verschiedene Erhebungen.[2,13,14] Ein interdisziplinäres Vorgehen unter Einbeziehung der Fachgebiete Anästhesiologie, Chirurgie/bzw. operative Fächer und Pflege sowie unter Berücksichtigung der Leitlinien kann zu Verbesserungen beitragen. Die S3-Leitlinie zur Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen hebt weiterhin hervor, dass eine sorgfältige Dokumentation innerhalb des interdisziplinären Schmerzmanagements Koordinations- und Verständigungsprobleme reduziert.

Wichtige Strukturelemente für eine gute Akutschmerztherapie umfassen[4,8]:

- einen Akutschmerzdienst, der die Qualitätskriterien erfüllt
- eine regelmäßige Schmerzmessung
- eine sorgfältige Dokumentation
- ein strukturiertes Qualitätsmanagement
- die Aufklärung und Integration des Patienten in die Behandlung
- eine fachübergreifende Zusammenarbeit aller am Schmerzmanagement Beteiligten
- die regelmäßige Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal
- die Erstellung klinikeigener Leitfäden zur Akutschmerztherapie
- auf Basis bestehender Leitlinien

Quellen

1. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 28. September 2015 – 357/15
2. Gerbershagen HJ et al., Anesthesiology 2013; 118: 934-944
3. Freys SM & Mohr M, Allgemein- und Viszeralmedizin up2date 1 2014: 59-79; doi: http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1346917
4. Simanski CJP et al., Pain Medicine 2014; 15: 1222-1229
5. Perkins FM et al., Anesthesiology 2000; 93: 1123-33
6. Jaksch W et al., Der Schmerz 2015; 29: 625-631
7. Schwenkglenks M et al., PAIN 2014; 155: 1401-1411
8. Hudcova J et al., Cochrane Database Syst Rev 2006 (4): CD003348
9. Korczak D et al., Health Technology Assessment 2013 – Bericht 126, doi: 10.3205/hta000111L
10. S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen" (AWMF-Register Nr. 041/001) - zur Zeit in Überarbeitung
11. Zaslansky R et al., Europ J Pain 2015; 19(4): 490-502
12. Apfelbaum JL et al., Anesth Analg 2003; 97: 534-540
13. Maier CM et al., Dtsch Ärztebl 2010; 107: 607-614
14. Gerbershagen HJ et al., Anesthesiology 2014; 120(5): 1237-45

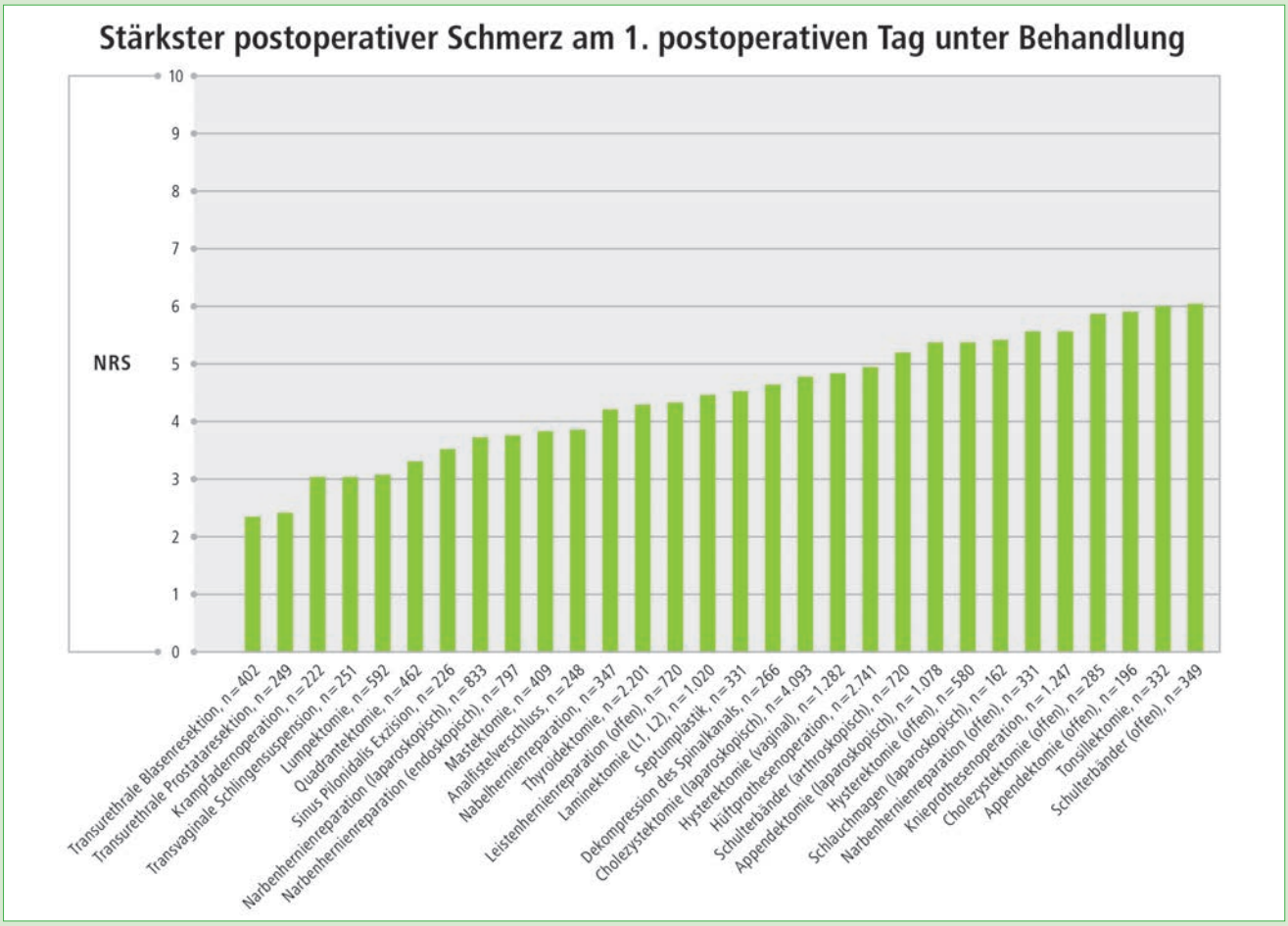


Abbildung:

Daten von nach Operationen definierten Gruppen wurden in 105 deutschen Krankenhäusern gesammelt und bei einer Gruppengröße von mindestens 150 Patienten analysiert. Die prospektive, unangekündigte Umfrage zur Datenerhebung mittels eines validierten 15-Punkte Patientenfragebogens erfolgte am 1. postoperativen Tag. Daten zur Art der Operation, Anästhesie und zur Schmerztherapie wurden ebenfalls erhoben.

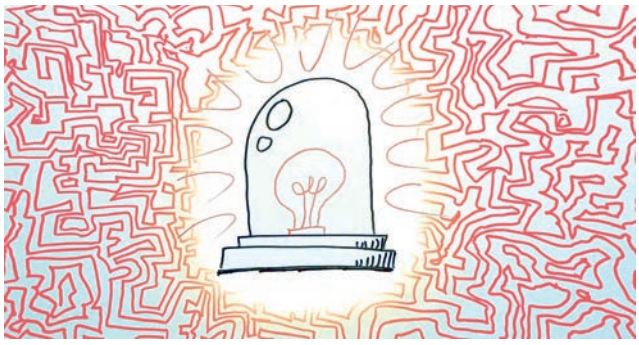
Dargestellt sind als Haupt Outcome-Parameter der Studie die Mittelwerte des stärksten postoperativen Schmerzes unter Behandlung und die Anzahl der Patienten in den jeweiligen Operationsgruppen. (Gesamtzahl Patienten n=22.963; stärkster postoperativer Schmerz über alle Gruppen gemittelt: NRS=4,6±2,5). (adaptiert nach Gerbershagen et al., Anesthesiology 2014; 120(5): 1237–45)

Deutsches Kinderschmerzzentrum veröffentlicht zwei Animationsfilme

Chronische Schmerzen und Migräne einfach erklärt

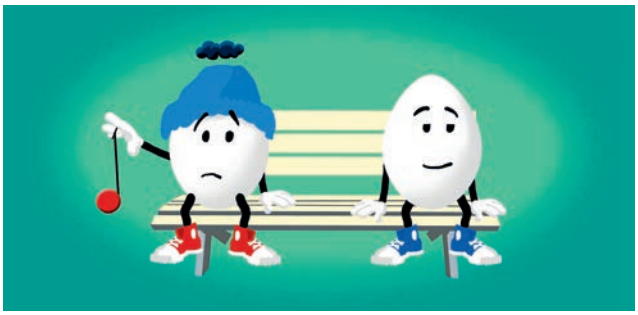
Bettina Hübner-Möhler & Ann-Kristin Ruhe

Was ist eigentlich der Unterschied zwischen akuten und chronischen Schmerzen? Wieso entstehen chronische Schmerzen überhaupt? Und welche Wege und Strategien gibt es, um chronische Schmerzen in den Griff zu bekommen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der Animationsfilm *Den Schmerz verstehen – und was zu tun ist in 10 Minuten!*, den das Team des Deutschen Kinderschmerzzentrums speziell für Kinder und Jugendliche produziert hat, um das komplizierte Thema *chronische Schmerzen* leicht verständlich darzustellen. In Deutschland leiden etwa zwei Millionen Kinder und Jugendliche an dauerhaften oder wiederkehrenden Schmerzen – oft ohne organische Ursache. Gezielte Informationen und aktive Schmerzbewältigung sind wichtig, damit die Kinder den Schmerz in den Griff bekommen und nicht unnötig Medikamente einnehmen. Der Animationsfilm kann daher auch zur Edukation eingesetzt werden. In 23 Sprachen ist das zehnminütige Video verfügbar unter: http://www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de/ueber-uns/videos/den-schmerz-verstehen/



© Deutsches Kinderschmerzzentrum

Der zweite Animationsfilm *Migräne? Hab ich im Griff!*, richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Kopfschmerzen, insbesondere mit Migräne. Was ist eigentlich Migräne? Oder eine Migräne-Aura? Was passiert bei einer Migräne-Attacke im Kopf? Diese und viele weitere Fragen beantwortet der siebenminütige Film sehr anschaulich: Der Protagonist des Films ist nämlich ein Ei! Das *Migräne-Ei* lässt die Zuschauer an seiner Welt vor, während und nach einer Migräneattacke teilhaben. So lernen die Kinder und Jugendlichen nicht nur die physiologischen Prozesse während einer Migräneattacke im Gehirn kennen, sondern auch Behandlungsmöglichkeiten und Präventionsmaßnahmen. „Die Kinder sollen ihre Erkrankung besser verstehen und Wege kennenlernen, wie sie am besten damit umgehen“, erklärt Prof. Dr. Boris Zernikow, Chefarzt am Deutschen Kinderschmerzzentrum und Initiator der beiden Filme. *Migräne? Hab ich im Griff!* ist derzeit in drei Sprachen verfügbar unter: http://www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de/ueber-uns/videos/migraene/



© Deutsches Kinderschmerzzentrum

Beide Animationsfilme stammen aus der Feder des ehemaligen *Fix und Foxi* Chefzeichners Bone Buddrus. Ergänzend zu den beiden Filmen stehen Begleithefte mit ausführlichen wissenschaftlichen Fakten und Hintergrundinformationen zum Download zur Verfügung. Diese richten sich insbesondere an Lehrer, Ärzte, Pflegende und Beratungsstellen, um sich tiefer mit der Thematik auseinanderzusetzen und die Filme zur Edukation einzusetzen. Das Deutsche Kinderschmerzzentrum an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke gilt als Referenzzentrum in der Versorgung chronisch schmerzkranker Kinder. Prof. Dr. Zernikow wurde für seine engagierte und vielfältige öffentliche Vermittlung der Themen Schmerz, Schmerztherapie und Palliativversorgung bei Kindern u. a. mit dem Communicator-Preis 2015 und dem dfg-Award 2016 ausgezeichnet.

Bettina Hübner-Möhler (MScN),
Ann-Kristin Ruhe (MScPH), wissenschaftliche Mitarbeiterinnen
Deutsches Kinderschmerzzentrum,
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

b.huebner-moehler@kinderklinik-datteln.de
a.ruhe@deutsches-kinderschmerzzentrum.de

© 2016 Hogrefe

Pflegewissen Schmerz

Meike Schwermann

Kompakt und ansprechend – auf 188 Seiten stellt der Autor Bernd Hein die individuelle Bedeutung und Physiologie des Schmerzes dar sowie die Möglichkeiten der Messung, Dokumentation sowie die Behandlungsformen bei akuten und chronischen Schmerzen und bei komplexen Schmerzformen.

Der Autor verdeutlicht, wie komplex und individuell das Schmerzerleben des Einzelnen ist. Mit Bezug zur Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen macht er deutlich, dass jeder Mensch ein Recht auf eine fachgerechte und wirkungsvolle Schmerzbehandlung hat, dass aber jeder Mensch auch frei ist, zu entscheiden, ob er sich einen Schmerz zumuten möchte oder nicht. Ausgehend von der Würde des Menschen hebt Bernd Hein hervor, dass die wichtigste Bedeutung der Schmerzbehandlung darin besteht, dem Einzelnen individuelle Handlungsoptionen zuzugestehen. Schmerzerleben ist individuell – in dieser Überzeugung verankert Hein im ersten Kapitel seinen Streifzug durch Geschichte, Gesellschaft, Kultur und Philosophie des Schmerzes und erläutert daran die verschiedenen Schmerzmodelle. Die einzelnen Kapitel bieten fundiert und differenziert einen Blick hinein in das Phänomen des Schmerzes, in seine Erfassung, Dokumentation und Behandlung.

Nicht ganz nachvollziehbar ist die Struktur des Buches: warum gibt es eigene Kapitel zum akuten (3. Kapitel) und zum chronischen Schmerz (4. Kapitel)? – wenn doch die Schmerzarten im Kapitel 1.3 bereits angedeutet werden. Ebenso ist für die Leserinnen und Leser nicht nachvollziehbar, warum diese Kapitel hinter dem Kapitel 2 über die Messung und Dokumentation von Schmerzen aufgeführt sind. Die einzelnen Aspekte der medikamentösen Schmerzbehandlung, ihre Darreichungsformen, die unerwünschten Wirkungen der Schmerzmedikamente sowie der Überblick über die nicht-opioiden sowie opioiden Analgetika bieten eine informative Einsicht in die vielfältigen Formen und Potentiale der medikamentösen Schmerztherapie (Kapitel 5). Nicht nachvollziehbar ist, warum der Verfasser erst in dem Kapitel zu den Tumorschmerzen (6.3) einen Bezug zum WHO-Stufenschema setzt und dieses Stufenschema nicht grundsätzlich zum Aufbau der Darstellungen zur medikamentösen Schmerztherapie nutzt. In dem Fall hätte er dann nach der Darstellung der Medikamente der WHO-Stufe I (nicht-Opioide) zuerst die leichten Opioide (Stufe II) und dann die starken Opioide (Stufe III) erläutert. Dies ist so nicht umgesetzt worden. Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist, warum Handlungsabläufe zur s.c. und zur i.m.-Injektion in dem Buch aufgeführt sind.

Hein, B. (2013). Pflegewissen Schmerz. Elsevier, Urban & Fischer: München.

Bedauerlich ist, dass der Verfasser sich erst auf den letzten beiden Seiten des Buches auf den Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen* (DNQP, 2011) bezieht, richtet sich doch das Buch u.a. auch an professionelle Pflegekräfte, deren Interventionen sich auf diese evidenzbasierten Standards stützen. Das wäre auch sehr positiv für den Aufbau der begleitenden Schmerztherapie gewesen, mit den Verweisen des Expertenstandards auf die nicht-medikamentösen schmerzlindernden Maßnahmen der Pflege wie Kälte- und Wärmetechnik, Bewegung und Mobilisation oder Massage (DNQP, 2011, S. 96–97) sowie die Patientenedukation.

Die Reihe Pflegewissen richtet sich an professionelle Pflegekräfte in allen Settings des Gesundheitswesens und an Pflegekräfte ohne Ausbildung. Für diese breite Zielgruppe bietet das Buch einen sehr guten Überblick über das komplexe Geschehen des Schmerzes und die Möglichkeiten der Schmerzbehandlung. Bezüge zu evidenzbasierten Leitlinien des Schmerzmanagements und der Schmerztherapie fehlen.

Meike Schwermann (M.A.), Dipl.-Sozialwirtin, Dipl.-Pflegewissenschaftlerin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit

meike.schwermann@fh-muenster.de

© 2016 Hogrefe

Rätsel: Was ist PARISH?

PARISH ist ...

a) ein Modell zur Veröffentlichung von evidenzbasierten Leitlinien ◯

b) eine Pfarrgemeinde in Tuscon, Arizona ◯

c) Promoting Action on Research Implementation in Health Services ◯

Einsendeschluss ist der 01.12.2016. Auflösung und Bekanntgabe der Gewinner in der nächsten Ausgabe von *Schmerz und Schmerzmanagement*.

Unter den Gewinnern verlosen wir folgende Buchpreise:
1.–3. Preis: Deppe-Schmitz, Uta/Daubner-Böhme, Miriam (2016). Auf die Ressourcen kommt es an. Praxis der Ressourcenaktivierung. ISBN: 9783801726119

Bitte schreiben Sie die Lösung per Karte oder Mail an:
Hogrefe AG
Zeitschriftenabteilung
Länggassstr. 76
3000 Bern 9
Schweiz
zeitschriften@hogrefe.ch

Vorschau 01/2017

Schmerz im Laufe der Lebensspanne

Verantwortliche Herausgeber und Editorial: Dr. André Ewers, Dr. Erika Sirsch

Schmerz in der Schwangerschaft

Schmerz bei Frühgeborenen

Schmerz bei Kleinkindern und bei Jugendlichen

Schmerz bei Erwachsenen

Schmerz bei alten Menschen

Änderungen vorbehalten

© 2016 Hogrefe

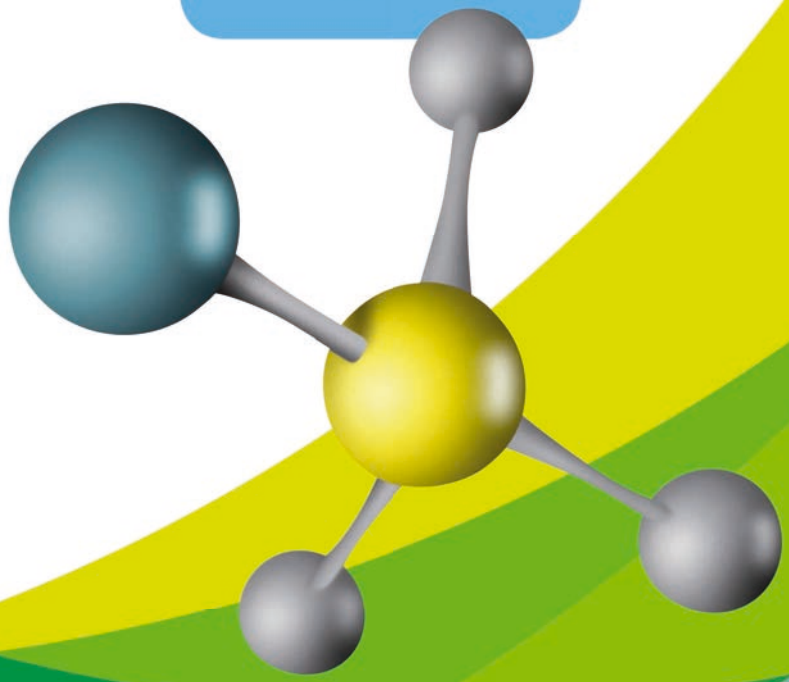
CHANGE PAIN

GEMEINSAM FÜR EIN ZIEL

- Zertifizierte Fortbildungen **PAIN EDUCATION**
- Service und Informationen rund um den Schmerz

ACUTE PAIN

CHRONIC PAIN



2015-PC-089

GRÜNENTHAL

www.change-pain.de