



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Auszug aus der Veröffentlichung zum

Expertenstandard
Schmerzmanagement in der Pflege
bei chronischen Schmerzen

Entwicklung - Konsentierung - Implementierung

Die vollständige Veröffentlichung kann kann zu einem Preis von 25,- €
(inkl. MwSt., versandkostenfrei) **schriftlich** bestellt werden beim

Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Hochschule Osnabrück

Postfach 19 40

49009 Osnabrück

Fax: (0541) 969-2971

E-Mail: dnqp-bestellung@hs-osnabrueck.de

Internet: <http://www.dnqp.de>

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

herausgegeben vom
Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Andreas Büscher;
Dipl.-Pfleger Moritz Krebs; Prof. Dr. Martin Moers; Anna Möller, M.A.;
Prof. Dr. Doris Schiemann; Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Elke Rausing, Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 19 40 · 49009 Osnabrück · Tel.: (05 41) 9 69-20 04 · Fax: (0541) 9 69-29 71
E-mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: <http://www.dnqp.de>

Osnabrück, April 2015

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):

Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“

Entwicklung - Konsentierung - Implementierung

Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück

ISBN: 978-3-00-043926-1.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Der Herausgeber stimmt der Vervielfältigung von Präambel, Expertenstandard und Kommentierung der Standardkriterien ausdrücklich zu. Kopien dürfen jedoch nur in Papierform und innerhalb einzelner Gesundheitseinrichtungen (Kliniken, Einrichtungen der Altenhilfe und ambulante Pflegedienste) zum Zwecke der Implementation des Standards unter Nennung der Originalquelle angefertigt werden.

© 2015 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Inhaltsverzeichnis

1	Entwicklung, Konsentierung und endgültige Formulierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	14
	<i>Heiko Stehling & Martin Moers</i>	
1.1	Bildung der Expertenarbeitsgruppe und Vorgehen bei der Entwicklung des Expertenstandards	14
1.2	Konsentierung des Expertenstandards	15
1.3	Ergebnisse der Konsensuskonferenz	18
1.3.1	Bewertung der Konsensuskonferenz	18
1.3.2	Erarbeitung und Veröffentlichung des Expertenstandards	18
1.4	Konkretisierung der Standardebene 1 aufgrund der Implementierungsergebnisse	19
2	Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	21
	<i>Jürgen Osterbrink, Andrea Besendorfer, Axel Doll, Thomas Fischer, Irmela Gnass, Markus Heisel, Bettina Hübner-Möhler, Gabriele Müller-Mundt, Nadja Nestler, Nada Ralic, Erika Sirsch, Monika Thomm, Susanne Wüste</i>	
2.1	Die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“	21
2.2	Präambel	24
2.3	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	27
2.4	Kommentierung der Standardkriterien	28
3	Literaturanalyse zum Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	56
	<i>Nadine Schüßler, Jan Stellamanns & Jürgen Osterbrink</i>	
3.1	Methodisches Vorgehen	56
3.2	Gesundheitspolitische Relevanz	61
3.2.1	Ethische und gesetzliche Rahmenbedingungen	61
3.2.2	Strukturelle Möglichkeiten der Versorgung	62
3.2.3	Darstellung und Vergütung von Leistungen für Menschen mit chronischen Schmerzen	63
3.2.4	Gesundheitsökonomische und volkswirtschaftliche Relevanz	64
3.3	Schmerz und Schmerzerleben	66
3.3.1	Definition von chronischem Schmerz	66
3.3.2	Unterscheidung von chronischem und akutem Schmerz	67
3.3.3	Pathophysiologie und Psychologie der Chronifizierung	69
3.3.4	Krankheitskonzepte von chronischem Schmerz	71
3.3.5	Einzelne Ursachen und Symptomkomplexe	74
3.3.6	Epidemiologie	80
3.3.7	Risikofaktoren für chronische Schmerzen	83

3.3.8	Folgen von chronischen Schmerzen für Betroffene	85
3.3.9	Chronische Schmerzen und Sucht	85
3.4	Ziele des Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen	88
3.4.1	Outcome-Kriterien	89
3.4.2	Pflegerische Rollen, Aufgaben und Funktionen bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen	93
3.4.3	Effiziente Strukturen und Organisationsformen bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen	95
3.5	Umfassendes Schmerz-Assessment im Rahmen medizinischer Diagnostik	96
3.5.1	Prinzipien des Assessments chronischer Schmerzen	97
3.5.2	Ziele der Anamnese und Diagnostik	98
3.5.3	Allgemeine Bestandteile des umfassenden medizinischen Assessments	99
3.5.4	Professionelle Zuordnung der Informationssammlung	99
3.5.5	Inhalte des schmerzanamnestischen Gesprächs und der Schmerzanamnese	100
3.5.6	Instrumente zum Assessment chronischer Schmerzen bei Erwachsenen	104
3.5.7	Instrumente zum Assessment chronischer Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen	107
3.5.8	Assessmentinstrumente zu schmerzbedingten Funktionseinschränkungen und Belastungen	111
3.5.9	Assessmentinstrumente zur Beurteilung von Schweregraden	113
3.5.10	Screening auf Risikofaktoren der Chronifizierung	115
3.6	Verlaufsbeobachtung chronischer Schmerzen	118
3.6.1	Instrumente für die Verlaufsbeobachtung	119
3.6.2	Dokumentation chronischer Schmerzen	120
3.7	Therapeutische Maßnahmen	122
3.7.1	Grundlegende therapeutische Konzepte der Therapie chronischer Schmerzen	122
3.7.2	Multimodale Schmerztherapie	123
3.7.3	Palliative Versorgung	125
3.7.4	Therapeutisch wirksame Elemente des Patientenkontaktes	126
3.7.5	Placebo-Verabreichung in der Therapie außerhalb von klinischer Forschung	128
3.7.6	Aktivierung und physiotherapeutische Maßnahmen	130
3.8	Medikamentöse Therapien	132
3.8.1	Medikamentöse Therapie bei nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen	132
3.8.1.1	Medikamentöses Schmerzmanagement bei neuropathischen Schmerzen	132
3.8.1.2	Opioidtherapie bei nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen	133
3.8.2	Medikamentöse Therapie bei tumorbedingten chronischen Schmerzen	136
3.8.3	Opioidtherapie bei Schmerz-Exazerbation und Durchbruchschmerz	139
3.8.4	Medikamentöse Therapie bei tumorbedingten und nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen bei Kindern	140
3.8.5	Adjuvante Analgetika und Ko-Analgetika bei tumorbedingten und nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen	140

3.9	Management medikamentöser Nebenwirkungen	141
3.9.1	Management medikamentöser Nebenwirkungen bei Opioidtherapien	141
3.9.1.1	Obstipation	142
3.9.1.2	Übelkeit und Erbrechen	142
3.9.1.3	Benommenheit und Sedierung	143
3.9.1.4	Missbrauch und Abhängigkeit	144
3.9.1.5	Beeinträchtigung von Leber und Niere	145
3.9.1.6	Weitere unerwünschte Nebenwirkungen	145
3.9.2	Nebenwirkungen von nicht-opioiden Analgetika	146
3.10	Psychologische Maßnahmen	147
3.11	Spezifische medizinische Interventionen der Tumorschmerztherapie	149
3.12	Komplementäre Maßnahmen	150
3.13	Patientenedukation	152
3.13.1	Patientenedukation bei Kindern mit nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen	153
3.13.2	Patientenedukation im Tumorschmerzmanagement	153
3.13.3	Patientenedukation bei langfristiger Opioidtherapie nicht-tumorbedingter chronischer Schmerzen	156
3.13.4	Patientenedukation bei nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen	157
3.13.5	Rückenschule	160
3.13.6	Adhärenz im Management und der Edukation chronischer Schmerzen	161
3.13.7	Programme zur Förderung der Adhärenz hinsichtlich Bewegungsübungen	162
3.13.8	Coaching	163
3.14	Literatur	164
3.15	Glossar	175
4	Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	182
	<i>Heiko Stehling & Martin Moers</i>	
4.1	Entwicklung des Auditinstruments	182
4.2	Hinweise zur Durchführung des Audits	183
4.3	Erhebungsbögen	186
5	Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	194
	<i>Heiko Stehling & Martin Moers</i>	
5.1	Konzept der modellhaften Implementierung	194
5.1.1	Phasenmodell zur Einführung von Expertenstandards	194
5.1.2	Wissenschaftliche Projektbegleitung	196
5.1.3	Auswahl der Einrichtungen	197
5.2	Ergebnisse der modellhaften Implementierung	201
5.2.1	Das Gesamtergebnis im Überblick	201
5.2.2	Krankenhäuser	203

5.2.2.1	Strukturdaten der Krankenhäuser	203
5.2.2.2	Vorgehen bei der Standardeinführung in den Krankenhäusern	203
5.2.2.3	Umsetzung des Expertenstandards in den Krankenhäusern	208
5.2.2.4	Zwischenfazit zu den Ergebnissen der Krankenhäuser	216
5.2.3	Einrichtungen der stationären Altenhilfe	216
5.2.3.1	Strukturdaten der Einrichtungen der stationären Altenhilfe	216
5.2.3.2	Vorgehen bei der Standardeinführung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe	217
5.2.3.3	Umsetzung des Expertenstandards in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe	222
5.2.3.4	Zwischenfazit zu den Ergebnissen der stationären Altenhilfeeinrichtungen	229
5.2.4	Ambulante Pflegedienste	229
5.2.4.1	Strukturdaten der ambulanten Pflegedienste	229
5.2.4.2	Vorgehen bei der Standardeinführung in den ambulanten Pflegediensten	230
5.2.4.3	Umsetzung des Expertenstandards in den ambulanten Pflegediensten	234
5.2.4.4	Zwischenfazit zu den Ergebnissen der ambulanten Pflegedienste	241
5.3	Schlussfolgerungen zum Gesamtergebnis der modellhaften Implementierung	241
	Informationen zum "Networking for Quality"	246
	Anhang	248

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Programm der achten Konsensuskonferenz am 11. Oktober 2013	17
Abbildung 2:	Schmerz als multidimensionales Syndrom	72
Abbildung 3:	Psychobiologisches Modell chronischer Schmerzen	73
Abbildung 4:	WHO Stufenschema	138
Abbildung 5:	Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards	195/196
Abbildung 6:	Zielerreichungsgrade der Standardkriterien im Überblick	202
Abbildung 7:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 1 – Krankenhäuser	208
Abbildung 8:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 2 – Krankenhäuser	210
Abbildung 9:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 3 – Krankenhäuser	211
Abbildung 10:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Dokumentenanalyse und Befragung der zuständigen Bezugspflegefachkraft) – Krankenhäuser	212
Abbildung 11:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Patientenbefragung) – Krankenhäuser	214
Abbildung 12:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 5 – Krankenhäuser	215
Abbildung 13:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 1 – stationäre Altenhilfe	222
Abbildung 14:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 2 – stationäre Altenhilfe	223
Abbildung 15:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 3 – stationäre Altenhilfe	224
Abbildung 16:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Dokumentenanalyse und Befragung der zuständigen Bezugspflegefachkraft) – stationäre Altenhilfe	225
Abbildung 17:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Patienten-/Bewohnerbefragung) – stationäre Altenhilfe	227
Abbildung 18:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 5 – stationäre Altenhilfe	228
Abbildung 19:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 1 – ambulante Pflegedienste	234
Abbildung 20:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 2 – ambulante Pflegedienste	235
Abbildung 21:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 3 – ambulante Pflegedienste	236
Abbildung 22:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Dokumentenanalyse und Befragung der zuständigen Bezugspflegefachkraft) – ambulante Pflegedienste	237
Abbildung 23:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Patientenbefragung) – ambulante Pflegedienste	238
Abbildung 24:	Zielerreichungsgrade der Standardebene 5 – ambulante Pflegedienste	240

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche	58
Tabelle 2:	Übersicht zu Themen und Anwendergruppen der Leitlinien	60
Tabelle 3:	Definitive Elemente verschiedener Leitlinien zum chronischen Schmerz	68/69
Tabelle 4:	Diagnostische Kriterien modifiziert nach der ICHD-II	76/77
Tabelle 5:	IMMPACT-Vorschläge zu Outcome-Kriterien und Messungen für klinische Studien	91
Tabelle 6:	Eindimensionale Skalen zur Selbsteinschätzung	104
Tabelle 7:	Assessmentinstrumente zur Fremdeinschätzung	105
Tabelle 8:	Multidimensionale Assessmentinstrumente	105/106
Tabelle 9:	Assessmentinstrumente und Skalen für Kinder	110/111
Tabelle 10:	Assessmentinstrumente zu schmerzbedingten Funktionseinschränkungen und Belastungen	112
Tabelle 11:	Schweregrade nach von Korff	113
Tabelle 12:	Auswertungsalgorithmus des CPG	114
Tabelle 13:	Chronifizierungsstadien bei Schmerzsyndromen	114
Tabelle 14:	Risikofaktoren für die Entwicklung chronischer nichtspezifischer Schmerzen und Kreuzschmerzen	115/116
Tabelle 15:	Anzeichen für leichte und schwere Verläufe bei somatoformen Körperbeschwerden	117
Tabelle 16:	Anzeichen für leichte und schwere Verläufe bei FMS	117
Tabelle 17:	Indikationsstellungen für Opioide in Langzeitanwendung	134
Tabelle 18:	Therapie bei Schmerzexazerbation	139
Tabelle 19:	Adjuvante Analgetika und Ko-Analgetika bei Tumorschmerzen	141
Tabelle 20:	Empfehlungen zu kognitiver Verhaltenstherapie	148
Tabelle 21:	Weitere psychologische Verfahren	149
Tabelle 22:	Fortbildungen zu schmerzbezogenen Maßnahmen: Teilnahme und Fortbildungsbedarf – Krankenhäuser	213
Tabelle 23:	Fortbildungen zu schmerzbezogenen Maßnahmen: Teilnahme und Fortbildungsbedarf – stationäre Altenhilfe	226
Tabelle 24:	Fortbildungen zu schmerzbezogenen Maßnahmen: Teilnahme und Fortbildungsbedarf – ambulante Pflegedienste	239

2 Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

Jürgen Osterbrink, Andrea Besendorfer, Axel Doll, Thomas Fischer, Irmela Gnass, Markus Heisel, Bettina Hübner-Möhler, Gabriele Müller-Mundt, Nadja Nestler, Nada Ralic, Erika Sirsch, Monika Thomm, Susanne Wüste

2.1 Die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“

Wissenschaftliche Leitung:	Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink, Salzburg
Moderation:	Prof. Dr. Martin Moers, Osnabrück Heiko Stehling, MScN, Osnabrück
Wissenschaftliche Mitarbeit/Literaturanalyse:	Nadine Schüßler, MScN, Salzburg Dipl.-Gesundheitswirt Jan Stellamanns, Salzburg
Patientenvertreterin:	Susanne Wüste, Lindlar

Expertinnen und Experten:

Andrea Besendorfer

MScN, Krankenschwester. Stabstelle Pflegewissenschaft am Klinikum Dortmund, Pflegerische Leitung des klinikweiten Projektes „Interdisziplinäres Schmerzmanagement“. Projektbeauftragte bei der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement im Jahre 2004. Implementierung und Auditierung weiterer Expertenstandards in der eigenen Einrichtung. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Aktualisierung des „Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Axel Doll

Dipl.-Pflegepädagoge, Gesundheits- und Fachkrankenpfleger für Onkologie und Palliative Care, Kommunikationstrainer, Kursleiter Palliative Care (DGP), Psychoonkologe. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. Kursleitung und Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von pflegerischen Schmerzexperten, Palliativpflegekräften und Fachpflegenden in der Onkologie. AG Sprecher in der Leitlinienentwicklung der S3-Leitlinie „Palliativmedizin“. Mitglied in der Steuerungsgruppe des „Nationalen Krebsplanes“ im Bundesministerium für Gesundheit. Laufende Promotion zur Pflegeberatung in der Palliativversorgung. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Thomas Fischer

Prof. Dr., Professor für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Altenpflege und Gerontologie, Leitung des Studiengangs Pflegewissenschaft/Pflegemanagement, Evangelische Hochschule Dresden. Mitglied der Steuergruppe zur Entwicklung der S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“, Working Group Mitglied der Arbeitsgruppe 2 „Pflege“ der COST Action (TD 1005) European Concerted Research Action for „Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia“. Projektbeauftragter bei der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement im Jahre 2004. Promotion zum Schmerzassessment bei Menschen mit schwerer Demenz. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Irmela Gnass

MScN, Fachkrankenschwester Anästhesie und Intensivmedizin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Pflegewissenschaft und Praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg in den Projekten „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ und „painApp“. Delegierte der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zur Entwicklung der S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“, Mitglied im Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Mitglied der Arbeitsgruppe 2 „Pflege“ der COST Action (TD 1005) European Concerted Research Action for „Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia“. Laufende Promotion zum Thema „Schmerzerfassung im Rahmen des Schmerzmanagement bei sedierten und beatmeten Patienten in der Intensivmedizin/-pflege“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Markus Heisel

Fachkrankenschwester für Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin, Praxisanleiter. Stationsleitung Schmerzambulanz, Caritasklinikum Saarbrücken. Co-Autor des Moduls „Schmerztherapie“ der staatlich anerkannten Weiterbildung „Fachpflege Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin“. Implementierung und Auditierung des Expertenstandards in der eigenen Einrichtung. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Bettina Hübner-Möhler

MScN, Kinderkrankenschwester. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, Projektmanagement in der Fort- und Weiterbildung des Deutschen Kinderschmerzentrums und des Kinderpalliativzentrums Datteln, Mitwirkung an der Fachweiterbildung „Expertin/Experte für Schmerzmanagement in der pädiatrischen Pflege“. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Aktualisierung des „Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Gabriele Müller-Mundt

Dr. Ph, Krankenschwester. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Hochschule Hannover, Forschungsbereich Palliativ- und Altersforschung des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Promotion zum Thema „Leben mit chronischem Schmerz“. Mitglied der Expertenarbeitsgruppen zur Entwicklung und Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Nadja Nestler

Dipl.-Pflegewissenschaftlerin, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege. Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Pflegewissenschaft und Praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg im Projekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“. Dozentin im Fernlehrgang „Pain Nurse“. Mitglied der Expertenarbeitsgruppen zur Entwicklung und Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Jürgen Osterbrink

Univ. Prof. Dr. Dr. h.c., Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin. Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und Praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Salzburg, Professor of Nursing Science an der University of North Florida, Jacksonville/USA. Projektleiter des Aktionsbündnisses „Schmerzfreie Stadt Münster“. Wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppen zur Entwicklung und Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Nada Ralic

Dr. med., MPH, Krankenschwester, EFQM-Assessorin, Qualitätsmanagerin gemäß DIN EN ISO/IEC 17024:2003. Qualitätsmanagement der Diakonie Düsseldorf. Projektbeauftragte bei der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement im Jahre 2004. Implementierung und regelmäßige Auditierung weiterer Expertenstandards in den eigenen Einrichtungen. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Aktualisierung des „Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Erika Sirsch

JProf. Dr., Krankenschwester. Lehrstuhl für Akutpflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Fakultät für Pflegewissenschaft. Bis März 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Witten. Koordinatorin der S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“, Mitglied der Arbeitsgruppe 2 „Pflege“ der COST Action (TD 1005) European Concerted Research Action for „Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia“. Promotion zum Thema „Entscheidungsfindung zur Selbst- und Fremdeinschätzung von Schmerz bei Menschen mit mittelschwerer Demenz im Krankenhaus“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Monika Thomm

Leitende Med. Techn. Assistentin am Schmerzzentrum der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Universitätsklinikum Köln. Sprecherin des Arbeitskreises Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerzmedizin der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Kursleitung des zertifizierten Weiterbildungskurses zur „Algesiologischen Fachassistenz“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Mitglied der ständigen Aus-, Weiter- und Fortbildungskommission der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Mitglied der Deutschen Schmerzstiftung. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung und Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Wissenschaftliche Mitarbeiter

Nadine Schüßler

MSc, Krankenschwester. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft und Praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg im Projekt Aktionsbündnis Schmerzfremde Stadt Münster. Dozentin in Hochschul-, Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe und Humanmedizin. Beratung bei Implementierungsprojekten für Expertenstandards in der stationären Altenpflege. Wissenschaftliche Mitarbeiterin zur Erstellung der Literaturanalyse des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Jan Stellamanns

Dipl.-Gesundheitswirt, Kinderkrankenpfleger. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft und Praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Salzburg.

Patientenvertreterin

Susanne Wüste

Krankenschwester, Pain Nurse. Vizepräsidentin der Deutschen Schmerzliga e. V.. Leitung der Selbsthilfegruppe „Schmerz und Hoffnung“ der Deutschen Schmerzliga, Mitarbeit im Netzwerk APAVIL (Arbeitskreis Palliativversorgung in Lindlar) und Hospiz. Seit ca. 20 Jahren Schmerzpatientin.

2.2 Präambel

Chronische Schmerzen können für Betroffene tiefgreifende und umfassende Auswirkungen haben, die den Schmerz dauerhaft zum Lebensmittelpunkt werden lassen. Für ca. 12 Millionen Patienten/Bewohner¹ in Deutschland geht chronischer Schmerz einher mit Angst, Bedrohung, Stress und dem Kampf zur Erhaltung eines Mindestmaßes an Lebensfreude und -qualität². Erfahrungen von Unter- und Fehlversorgung gehören zu langfristigen Leidensgeschichten mit hohen wenn gleich schwer zu bestimmenden volkswirtschaftlichen Kosten. Pflege im multiprofessionellen Kontext spielt eine zentrale Rolle im erfolgreichen Management chronischer Schmerzen. Dieser Expertenstandard gilt für die professionelle Pflege von Menschen mit chronischen Schmerzen und Tumorschmerzen in allen vorstellbaren pflegerischen Versorgungszusammenhängen.

Definition

Als Orientierung jeder Definition von chronischen Schmerzen gilt die Schmerzdefinition der International Association for the Study of Pain (IASP). Die Chronifizierung von Schmerzen wird nicht mehr nur als ein zu einem exakten Zeitpunkt eintretender Zustand diskutiert, sondern der Übergang wird mehr und mehr als fließend und am individuellen Schmerz- und Krankheitserleben ausgerichtet erkannt. Eine kontinuierliche Betrachtung der Kriterien Intensität der Pathologie und Dauer sowie das wechselseitige und dynamische Zusammenspiel physiologischer und psychologischer Faktoren werden als wichtige Besonderheit der Chronifizierung identifiziert. Die Expertenarbeitsgruppe legt Wert darauf, dass pflegerisches Schmerzmanagement stets unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells erfolgen muss. Damit ist gemeint, dass die Vermittlung, Förderung und Einnahme einer bio-psycho-sozialen Sichtweise bzw. eines Krankheitsverständnisses sowohl für den Patienten/Bewohner als auch für die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen notwendig ist. Damit rückt die Autonomie des Patienten/Bewohners und deren Förderung in den Mittelpunkt pflegerischen Schmerzmanagements und die multifaktorielle Betrachtungsweise des Phänomens Schmerz stellt die Grundlage für die pflegerische Planung und Handlung dar. Eine Anpassung des pflegerischen Handelns an die Zielgruppe wird beispielsweise bei Menschen mit höherem Lebensalter, mit kognitiven Einschränkungen oder bei Kindern und Früh- und Neugeborenen nötig. Die Abgrenzung von chronisch-tumorbedingten zu nicht-tumorbedingten Schmerzen wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Zwar zeigen sich in der Versorgung Unterschiede von Menschen mit Tumorschmerzen und chronisch nicht-tumorbedingten Schmerzen, dennoch werden in diesem Standard die Phänomene gleichzeitig angesprochen. Wenn also im Expertenstandard von chronischen Schmerzen die Rede ist, wird darunter der andauernde oder intermittierende Schmerz jedweder Genese verstanden. Unterschiede in der Versorgung werden in der Literaturanalyse und den Kommentierungen der Standardkriterien explizit ausgewiesen.

Zielsetzung

Dieser Expertenstandard fordert von Pflegefachkräften³, bei Vorliegen chronischen Schmerzes, eine Unterscheidung zwischen stabiler und instabiler Schmerzsituation vorzunehmen. Herstellung und der Erhalt einer stabilen Schmerzsituation wird sogar als Ziel pflegerischen Schmerzmanagements

¹ Da die Begrifflichkeit für die verschiedenen Pflegebedürftigen variabel ist, wird im Weiteren von Patienten/Bewohnern gesprochen. Damit sind gleichermaßen Klienten, Kunden oder Gäste gemeint, wann immer sie professionell-pflegerisch versorgt werden. Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit, wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

² Deutsche Schmerzliga e.V. (2013). Schwarzbuch Schmerz - Über die Versorgungsrealität von Schmerzpatienten in Deutschland - Fakten und Erlebnisse. Oberursel, S. 1.

³ In dieser Veröffentlichung werden unter dem Begriff „Pflegefachkraft“ die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

formuliert. Diese Begrifflichkeit ist an Theorien zu Verlaufskurven-Modellen chronischer Erkrankung und Stress-Bewältigungsmodellen angelehnt. Es gibt zurzeit kein Assessmentinstrument, das dabei unterstützen könnte, die Stabilität einer Schmerzsituation objektiviert einzuschätzen. Es sollten jedoch stets die Elemente Schmerzerleben, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und soziale Teilhabe Berücksichtigung finden. Die folgenden definitorischen Aspekte entstammen einer Sammlung der Experten und dienen in erster Linie dazu, pflegerisches Handeln an individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten/Bewohners auszurichten und falsche Hoffnungen zu vermeiden. Die Einschätzung der Stabilität einer Schmerzsituation richtet sich maßgeblich an den Selbstmanagementkompetenzen eines Betroffenen aus. Handelt es sich um einen Patienten/Bewohner mit stark eingeschränkten Selbstmanagementkompetenzen, muss die Schmerzsituationsbeurteilung anhand von Verhaltensweisen und in enger Abstimmung mit pflegenden Angehörigen und dem multiprofessionellen Team erfolgen.

Eine stabile Schmerzsituation herrscht demnach, wenn

- der Patient/Bewohner mit chronischem Schmerz seine Schmerzsituation subjektiv als akzeptabel und nicht veränderungsbedürftig erlebt.
- Zielkriterien für Stabilität sich konkret an der Lebenswelt des Patienten/Bewohners orientieren und mit dem Patienten/Bewohner ausgehandelt wurden.
- die Kriterien der Stabilität mit dem Patienten/Bewohner unter fachlicher Beratung der Bezugspflegefachkraft ermittelt wurden. Dadurch werden potentielle Bedrohungen der subjektiv stabilen Situation besprochen und antizipiert. Für mögliche Krisen und Komplikationen liegen gemeinsam entwickelte Strategien zur Prävention vor. Angehörige sind in diesen Prozess ebenfalls mit einzubeziehen.

Eine instabile Schmerzsituation herrscht, wenn

- die Schmerzsituation und -linderung dauerhaft nicht einer akzeptablen Situation entspricht.
- gesundheitsbezogene oder alltagsbezogene Krisen auftreten oder noch nicht wieder durch eine akzeptable Situation abgelöst wurden.
- Versorgungsbrüche entstehen, die nicht mit Hilfe von Selbstmanagementkompetenz, familialer oder professioneller Unterstützung überbrückt werden können.
- Komplikationen mit der oder durch die Therapie oder deren Nebenwirkungen auftreten.
- durch die Schmerzsituation eine Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder sozialer Teilhabe entstanden ist, die nicht mehr dem direkt geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten/Bewohners entspricht. Besonders der Prozess der langsamen Verschlechterung des Gesundheitszustandes fordert von Pflegefachkräften, eine regelmäßige kritische Reflektion der Schmerzsituation vorzunehmen.

Anwender des Expertenstandards

Anwender dieses Expertenstandards sind Pflegefachkräfte ohne spezielle Weiterbildung im Schmerzmanagement. Sind für die Durchführung spezielle Kompetenzen im Schmerzmanagement nötig, wird dies ausgewiesen. Eine spezielle pflegefachliche Expertise zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen erlangen beispielsweise Pflegefachkräfte, die eine Weiterbildung zur Pain Nurse oder zur algesiologischen Fachassistenz absolviert haben. Im Expertenstandard wird deutlich, dass es einige Bereiche des pflegerischen Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen gibt, die ohne eine besondere Expertise zum Thema nicht bewältigt werden können. Die Expertenarbeitsgruppe hat sich dezidiert für diese Vorgehensweise entschieden, weil insbesondere in vorangeschrittenen Stadien chronischer Schmerzkrankheit die Anforderungen an das Assessment sowie die Steuerung und Durchführung der Therapie die Möglichkeiten der regulären Pflegefachkraft über-

schreiten können. Bestehende Weiterbildungsmöglichkeiten bedürfen hier jedoch einer weiteren Differenzierung für die Anforderungen des Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen im ambulanten Versorgungsbereich, der Abstimmungsprozesse mit niedergelassenen Ärzten sowie für Menschen am Lebensende und Menschen mit psychischen Erkrankungen. Pflegefachkräfte, die in spezialisierten Versorgungseinheiten, wie Schmerzambulanzen oder -kliniken tätig sind, eignen sich im Rahmen von Einarbeitung und Berufserfahrung besonderes Wissen und Kompetenzen an, die ebenfalls bei einer Pflegefachkraft ohne diesen besonderen Erfahrungshintergrund nicht vorausgesetzt werden können.

Voraussetzungen für die Anwendung des Expertenstandards

Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches pflegerisches Schmerzmanagement ist die enge Zusammenarbeit mit anderen patientennah tätigen Berufsgruppen. Der Pflegefachkraft kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige integrative und koordinierende Aufgabe zu, und zugleich stellen nicht zuletzt die vielen psycho-sozialen Herausforderungen im Umgang mit chronischem Schmerz die Pflegefachkräfte in eine kontinuierliche therapeutische Beziehung zum Patienten/Bewohner.

Neben der Pflegefachkraft, die im Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen diesen Expertenstandard anwendet, bestehen außerdem Anforderungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des (Qualitäts-)Managements von Leistungserbringern aller Bereiche, die für ein erfolgreiches Schmerzmanagement unerlässlich sind. Hierzu zählt die Bereithaltung von besonderer pflegerischer Expertise zum Schmerzmanagement als Rücksprachemöglichkeit für die Pflegefachkräfte, jedoch auch die Einführung oder Anpassung von Verfahrensregelungen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Pflegefachkräfte stehen ohne die Kooperationsbereitschaft durch Allgemeinmediziner und ggfs. Fachärzte oft vor Hindernissen, nicht nur im medikamentösen Schmerzmanagement. Hier sind Einrichtungen, Träger und politisch Verantwortliche gefordert, die Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen zu optimieren und an die Forderungen dieses Expertenstandards anzupassen.

Literaturgrundlage und Stand der Forschung

Die Empfehlungen dieses Expertenstandards traf die Expertenarbeitsgruppe unter Einbezug einer Analyse relevanter internationaler und nationaler Leitlinien und Guidelines sowie in Einzelfällen auf Basis von Primärliteratur. Viele Empfehlungen mussten jedoch wegen eines Mangels an literaturbasierter Evidenz, die auf die deutsche Versorgungssituation anwendbar wäre, überwiegend auf Basis einer professionellen Expertise getroffen werden. Es ergeht daher die wichtige Aufforderung an die Berufsgruppe der Pflegenden, sich kritisch und systematisch mit dem eigenen Handeln am Menschen mit chronischen Schmerzen auseinanderzusetzen und Forschungsvorhaben sowohl zur Wirkung von Interventionen, als auch auf der Versorgungssystemebene anzustreben und zu unterstützen.

2.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

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

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

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1a Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und die Kompetenz zur Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz und zur systematischen Schmerzeinschätzung.</p> <p>S1b Die Einrichtung verfügt über aktuelle, zielgruppenspezifische Assessment- und Dokumentationsmaterialien und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten.</p>	<p>P1a Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner Schmerzen, zu erwartende Schmerzen oder schmerzbedingte Einschränkungen hat und ob vorliegende Schmerzen akut oder chronisch sind. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in versorgungsspezifisch individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.</p> <p>P1b Die Pflegefachkraft führt bei allen Patienten/Bewohnern mit stabiler Schmerzsituation ein differenziertes Assessment durch und erfasst individuelle Faktoren, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren können.</p> <p>P1c Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten zum differenzierten Assessment hinzu.</p>	<p>E1 Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.</p>
<p>S2a Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Koordinationskompetenzen bezogen auf das pflegerische Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen.</p> <p>S2b Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell gültige Verfahrensregelung zum Schmerzmanagement für Patienten/Bewohner mit chronischem Schmerz.</p>	<p>P2 Die Pflegefachkraft beteiligt sich aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner unter Berücksichtigung seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung individueller Therapieziele, eines individuellen medikamentösen Behandlungsplans und der Planung nicht-medikamentöser Maßnahmen nach dem individuellen Bedarf des Patienten/Bewohners.</p>	<p>E2 Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.</p>
<p>S3a Die Pflegefachkraft verfügt über notwendige Informations-, Schulungs- und Beratungskompetenzen.</p> <p>S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass Information, Schulung und Beratung unter Wahrung personeller Kontinuität umgesetzt werden können und stellt die notwendigen Materialien zur Verfügung.</p>	<p>P3a Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen versorgungsbereichsspezifisch und auf Basis individuell ausgehandelter Ziele zu seiner Schmerzsituation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei.</p> <p>P3b Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Beratungsbedarf einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.</p>	<p>E3 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerzsituation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.</p>
<p>S4a Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerzbehandlung, • schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Prophylaxen, • Kontraindikationen, • schmerzauslösenden Faktoren und schmerzvermeidenden Verhaltensweisen. <p>S4b Die Einrichtung stellt sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.</p>	<p>P4 Die Pflegefachkraft</p> <ul style="list-style-type: none"> • koordiniert die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams, • stellt die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen sicher, • setzt die pflegerischen nicht-medikamentösen Maßnahmen des Behandlungsplans um, • vermeidet schmerzauslösendes Vorgehen bei pflegerischen Interventionen. 	<p>E4 Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.</p>
<p>S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation, das Erreichen individueller Therapieziele und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>P5a Die Pflegefachkraft beurteilt anlassbezogen und regelmäßig die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen und das Erreichen der individuellen Therapieziele.</p> <p>P5b Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.</p>	<p>E5 Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.</p>