



Andre Ewers
Irmela Gnass
Nadja Nestler
Nadine Schüßler
Erika Sirsch
(Hrsg.)

Kompendium Schmerz

Für Schmerzexperten
in Pflege- und
Gesundheitsberufen

 hogrefe

Kompendium Schmerz

Kompendium Schmerz

Andre Ewers, Irmela Gnass, Nadja Nestler, Nadine Schüßler, Erika Sirsch (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Heidi Höppner, Berlin; Heike Kubat, Feldbach;
Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum; Birgit Stubner, Erlangen-Nürnberg;
Markus Wirz, Zürich; Ursula Walkenhorst, Osnabrück

**Andre Ewers, Irmela Gnass, Nadja Nestler,
Nadine Schüßler, Erika Sirsch**
(Hrsg.)

Kompendium Schmerz

Für Schmerzexperten in Pflege- und Gesundheitsberufen

unter Mitarbeit von

Margit Blaß

Ruth Boche

Axel Doll

Christine Dunger

Frederik Ewerbeck

Gideon Franck

Antje Göttermann

Christian Johannßen

Sven Kernebeck

Simon Krutter

Sarah Löwe

Frieder Lückhoff

Kathrin Müller

Stephan Nadolny

André Nienaber

Sarah Palmdorf

Martina Rettig

Axel Schäfer

Dagmar Schäfer

Marcel Schelonsek

Anne Schmitt

Michael Schulz

Diana Staudacher

Ilca Wilhelm

Thomas Wittling

Daniel Zenz

Andre Ewers, Ass.-Prof. PD Dr., Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Salzburg
Irmela Gnass, Ass.-Prof. Dr., Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Salzburg
Nadja Nestler, Ass.-Prof. Dr., Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Salzburg
Nadine Schüßler, MSc, Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Salzburg
Erika Sirsch, Univ.-Prof. Dr., Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z.Hd.: Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Barbara Müller
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Westend 61, Getty Images
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

1. Auflage 2021
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96049-4)
(E-PUB-ISBN 978-3-456-76049-0)
ISBN 978-3-456-86049-7
<http://doi.org/10.1024/86049-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung zum Schmerzmanagement	7
Implementierung des Schmerzmanagements	13
1 Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen	14
2 Schmerz beim Frühgeborenen	19
Schmerz in der Lebensspanne	25
3 Schmerzassessment bei Schmerzen im Alter	26
4 Die „verwundete“ Persönlichkeit: Identität und Selbstintegrität bei Schmerzen	32
Akuter Schmerz	39
5 Qualitätsmanagement im Akutschmerzdienst	40
6 Akutschmerzkonzept in der Maximalversorgung	47
7 Erfassung akuter Schmerzen bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus	53
8 Pflegerisches Schmerzassessment auf der Intensivstation	58
Chronischer Schmerz	65
9 Chronischer Schmerz: Vorschlag einer funktionell-kontextuellen Betrachtung	66
10 Das Phänomen Schmerz – Ein Abriss der historischen Entwicklung bis zur aktuellen Diskussion	71
Palliatives Schmerzmanagement	77
11 Palliative Care, Dementia Care und Schmerzmanagement in der Langzeitpflege	78
12 Edukation von Palliativpatient_innen und ihren Angehörigen	84
Schmerz bei Kindern	93
13 Das Wissen um den Schmerz bei Frühgeborenen	94
14 Ambulante interdisziplinäre Schmerzsprechstunde	99

Schmerz und Edukation	105
15 Motivationsförderung von Menschen mit chronischen Schmerzen	106
16 Edukation von Eltern bei chronischen Schmerzen der Kinder	112
Schmerz und Bewegung	119
17 Bewegung und Schmerz – zwei eng verknüpfte Phänomene	120
18 Prävention von chronischen postoperativen Schmerzen	128
Schmerz und Opioide	137
19 Fluch oder Segen – Opioide gestern und heute	138
20 Opioidhaltige Schmerzpflaster im klinischen Alltag	143
21 Edukation zum Umgang mit Opioiden bei älteren Menschen	148
Schmerz und Alter	153
22 Schmerzerfassung bei älteren Menschen – eine multiprofessionelle Leitlinie . . .	154
Schmerz und Digitalisierung	159
23 Apps zum Schmerzmanagement (painApp und painAppPLUS)	160
24 Schmerzmanagement als Gegenstand von Digital Health-Evidenz	166
Schmerz und perioperative Versorgung	173
25 Patient_innen-Outcome durch pflegerisches postoperatives Schmerzmanagement	174
26 Korrelation zwischen präoperativer Angst und perioperativer Schmerzintensität	179
27 Entscheidungshandeln in Akutschmerzsituationen	185
Sachwortverzeichnis	193
Herausgeberinnen und Herausgeber	203
Autorinnen und Autoren	204

Einleitung zum Schmerzmanagement

Andre Ewers, Irmela Gnass, Nadja Nestler, Nadine Schüßler, Erika Sirsch

Befasst man sich praktisch oder auch literaturbasiert mit *Schmerzmanagement* 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 Schmerzen* oder *pflegerischem Schmerzmanagement*.

Bei der Erarbeitung der Expertenstandards *Schmerzmanagement in der Pflege* 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 *Schmerzmanagement* 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.

Um das Kernkonzept von Beginn an sowohl in dessen Vielfalt auszubreiten als auch in seiner Präzisierung zu schärfen, zeigen die fünf Herausgeber_innen des Fachbuches *Kompendium Schmerz* im folgenden Artikel, welche Dimensionen und Spezifizierungen der Begriff Schmerzmanagement für sie jeweils aufweist. In der Darstellung handelt es sich um individuell formulierte Facetten und Stimmen, die von den jeweiligen Mitautor_innen 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 (siehe auch Abbildung E1).

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 bereits Liliane Juchli (1976, S. 241f) 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“.

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 diesem Fachbuch 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. Das Fachbuch soll dabei den Beitrag der Pflege im Schmerzmanagement abbilden.

Nadine Schüßler: In einem Fachbuch zu 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.

Abbildung E1: Positionen der Herausgeber_innen

Der Patient, so Juchli, sei in seiner ganzen Situation zu erfassen. Dieser mehr als 40 Jahre alter Ansatz von Juchli gilt für Patient_innen und Patienten in schmerzhaften Situationen heute noch genauso: „[...] es kann für sie von großer Bedeutung sein, wie die Schwester ihnen in dieser Situation begegnet.“ Zwar sind die

„Schwestern“ von einst heute hoch spezialisierten Pflegenden gewichen, die möglicherweise als ANP ausgebildet sind. Aber nach wie vor sind sie meist erste Kontaktpersonen bei der Erfassung von Schmerz, bei der Planung und Durchführung des Schmerzmanagements, und ein gelingendes Schmerzmanagement hängt

immer noch von der Haltung der Pflegenden, ihrem Wissen und ihrer Kompetenz ab.

Denn jedes Schmerzmanagement beginnt mit dem Wahrnehmen des Schmerzes, dem Schmerzassessment, bei dem die Person mit Schmerz im Mittelpunkt steht. Der Schmerzeinschätzung folgt die Diskussion und die Festlegung gemeinsame Zielsetzung des Schmerzmanagements im multiprofessionalen Team, zu der selbstverständlich die Person mit Schmerz bzw. deren Angehörigen gehören. Die Auswahl und Festlegung der Maßnahmen und die Evaluation des Schmerzassessment sind genuine pflegerische Aufgaben, die einen entscheidenden Anteil am multidisziplinären Schmerzmanagement haben. Schmerzmanagement ist nicht durch Angehörige einer Disziplin allein zu managen, weder durch Pflegende noch durch Mediziner_innen – Schmerzmanagement ist immer ein Teamspiel.

Nadine Schüßler

Schmerzmanagement entwickelt sich mehr und mehr zur hohen Kunst professioneller Helfer_innen 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 Aktivierungspotenziale 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 Schmerz betroffenen entwickelte Definition von Davis (1992) als Orientierung für sinnvoll: „pain management“ ist das erfolgreiche Kümern 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 (oder durch andere kontrollierten Teil) des Schmerzes. Es fällt schwer, beides unter dem Begriff Schmerzmanagement zu subsumieren (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 Expertenstan-

dards 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 scheinbar klare Grenzen für pflegerische Aufgaben gab, die aber in der Praxis unterschiedlich gelebt wurden und inzwischen einer verstärkten Expertise von Pflegeexpert_innen gegenübersteht, so dass vermeintlich vorgegebene Grenzen pflegerischen Handelns auf eine Versorgungs-

expertise stößt und Konflikte in der Versorgung von Menschen mit Schmerzen heraufbeschwört (Stichwort Anordnungshoheit des Arztes). Hier braucht es zukünftig neue Regeln, um ein effektives berufsgruppenübergreifendes Schmerzmanagement zu ermöglichen.

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 miteinander 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 Lebensspanne 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 Eigen-

verantwortung der von Schmerz betroffenen Person 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.

Andre Ewers

Die präventive, kurative, rehabilitative oder palliative Bekämpfung von Schmerzen, die den aktuellen Standards und Leitlinien der Schmerztherapie entspricht, ist das Grundrecht jedes Menschen. Diese Recht ist nicht nur auf den klinischen Sektor beschränkt, sondern gilt für alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, in denen Patienten Schmerz erleiden können.

Ziel eines suffizienten Schmerzmanagements ist, eine Linderung von Schmerzen oder gar Schmerzfreiheit zu erreichen, wobei Letztere nicht garantiert werden kann. Die multidisziplinäre Ausrichtung des Schmerzmanagements ist dabei eine unabdingbare Voraussetzung für ein erfolgreiches Handeln. Der Patient steht dabei mit seiner Person und seinem Lebensumfeld im Mittelpunkt des Geschehens.

Die Pflege nimmt heutzutage in allen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens eine zentrale Rolle ein. Dies betrifft auch den Bereich des Schmerzmanagements, da die Pflege über den zeitlich nahezu uneingeschränkten Kontakt zum Patienten das Schmerzassessment triggern, die medikamentöse Schmerztherapie

koordinieren, Nebenwirkungen erkennen, die nichtmedikamentösen Interventionen mit dem Patienten durchführen und notwendige Themenbereiche im Schmerzmanagement schulen und beraten kann.

Die heutigen Möglichkeiten der Digitalisierung erlauben es den Akteur_innen im Schmerzmanagement zudem, sich mit dem Patienten auch außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitssystems zu vernetzen. Dadurch gelingt es, Informationen zeitsynchron zwischen Patient und Gesundheitsdienstleister zu teilen, um gezielt und rasch einen positiven Einfluss auf das Schmerzmanagement nehmen zu können.

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: DNQP.
- 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.

Implementierung des Schmerzmanagements

1. Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen

Dagmar Schäfer

2. Schmerz beim Frühgeborenen

Anne Schmitt

1

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 Pflege thermometer (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, sodass 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 entsprechenden 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 1-1** zeigt einen Ausschnitt aus dem Stammbblatt 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 Schmerzsitu-

Tabelle 1-1: Schmerzerfassung bei der Aufnahme

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

tion 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 1-2**) analog zu dem Procedere bei akuten Schmerzen in die Verfahrensweisung zum pflegerischen Schmerzmanagement aufgenommen.

Handelt es sich um eine stabile Schmerzsituation, so steht im Vordergrund, den Behand-

lungsplan beizubehalten und die stabilisierenden Faktoren sicherzustellen sowie potenziell 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

Tabelle 1-2: 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
Stabilisierende Faktoren erfassen Den bisherigen Behandlungsplan beibehalten, dabei stabilisierende Faktoren berücksichtigen	Pflegerischen Schmerzexperten hinzuziehen 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)

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 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 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 essenzieller 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*. Zugriff am 24.06.2016 unter https://www.dkgev.de/media/file/22407.Eckdaten_Krankenhausstatistik_Stand_2015-12-10.pdf.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip). (2014). *Pflege thermometer*. Zugriff am 24.06.2016 unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf

2

Schmerz beim Frühgeborenen

Anne Schmitt

Die Interpretation von Schmerz ist subjektiv (AAP, 2000) und ein komplexes mehrdimensionales Phänomen. Da es Säuglingen unmöglich ist, den subjektiven Schmerz zu artikulieren (Stevens et al., 1996), wird die Schmerzerfassung beim Neugeborenen als „subjektives Assessment“ angesehen (Pokela, 1994). Jede Person bildet sich ihre eigene Vorstellung von Schmerz. Wie Früh- und Neugeborene ihre Schmerzen beschreiben würden, kann nicht anhand persönlicher Berichte überprüft werden (AAP, 2000). Diese Kinder leiden im Stillen und haben ein erhöhtes Risiko, dass ihre Schmerzen nicht diagnostiziert werden. Auch wenn Anzeichen für Schmerzen nicht offensichtlich sind, heißt das nicht, dass sie keine Schmerzen haben (Fowler, Byers & Thornley, 2004). Die IASP erweitert ihre Definition von Schmerz deshalb durch: „Die Unfähigkeit, verbal zu kommunizieren, negiert nicht die Möglichkeit, dass ein Individuum Schmerzen erlebt und eine entsprechende schmerzlindernde Behandlung benötigt“ (IASP, 1994).

Die körperlichen Auswirkungen und Spätfolgen des Schmerzes in der Früh- und Neugeborenenphase sind durch Studien belegt (Ambuel et al., 1992; AAP, 2016; Stevens & Franck, 2001; Mathew & Mathew, 2003). Sich wiederholende schmerzhafteste Prozeduren rufen eine erhöhte primäre und sekundäre Schmerzempfindlichkeit bis zur Allodynie¹ hervor. Diese Verände-

rungen gehen vom zentralen Nervensystem aus und führen zu dessen struktureller und funktionaler Reorganisation. Überschießende Stressreaktionen durch große Schmerzen, z.B. hervorgerufen durch Operationen ohne Analgesie, führten ehemals zu ernststen Komplikationen und auch zum Tod zu früh geborener Kinder. Diese Komplikationen können auch heute noch bei extrem unreifen Frühgeborenen und sehr kranken Neugeborenen besorgniserregende Folgen haben, da sie deren physiologische Stabilität äußerst kritisch beeinflusst. Selbst nach einzelnen schmerzhaften Ereignissen während der Neonatalperiode wurde von Änderungen im Schlaf/Wachrhythmus, im Trinkverhalten und der Mutter-Kind-Interaktionen berichtet (Stevens, 2001). Im Allgemeinen wird festgestellt, dass der Fokus des therapeutischen Teams eher auf der Schmerzbehandlung als auf der systematischen Prävention des Schmerzes liegt (Simons et al., 2003). Der Schmerz wird erst behandelt, wenn er auftritt (vgl. AAP, 2000). Die Angst vor Nebenwirkungen und toxischen Effekten ist auch heute noch Grund für eine inadäquate medikamentöse Schmerzbehandlung bei Früh- und Neugeborenen.

Schmerzbesonderheiten bei extrem unreifen Frühgeborenen

Es wird traditionell angenommen, dass extrem unreife Frühgeborene weniger in der Lage sind, Schmerz zu erleben und zu interpretieren als

1 Schmerz durch einen Stimulus, der normalerweise nicht schmerzhaft ist.