


WIR BRINGEN DIE THEORIE
IN DIE PRAXIS.
ERKENNTNISSE DER
SCHMERZVERSORGUNG
UMSETZEN.
PERSPEKTIVE 2023.

PAIN NURSE

POSITIONSPAPIER

GeSGuK

Gesellschaft für Schmerzmanagement
der Gesundheits- und Krankenpflege



„Die Entwicklung
(des Pflegeberufs) fordert
jetzt unbedingt das
Verständnis und Interesse
aller Gebildeten.“

(Agnes Karll 1868–1927,
Reformerin der modernen Krankenpflege)

INHALT



Vorwort	5
1 Einleitung	6
2 Begriffsdefinitionen	8
2.1 Was ist eine Pain Nurse?	8
2.2 Was ist eine Community Nurse (CN)?	8
2.3 Was bedeutet Advanced Practice Nursing (APN)/ Advanced Nursing Practice (ANP)	9
3 Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“	9
4 Datenabfrage oder Clinical Assessment im Schmerzmanagement – wo ist der Unterschied?	10
4.1 Fallbeispiel aus dem operativen Bereich	10
4.2 Fallbeispiel bei chronischen Schmerzzuständen	13
4.3 Wie viel Nebenwirkungen sind notwendig, um die Therapie abubrechen?	14
5 Palliative Care – dürfen nur sterbende Menschen professionelle Pflege erleben?	15
5.1 Komplementäre Pflege	17
5.2 Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliative Care?	17
6 Multimodales Schmerzmanagement – ohne oder doch mit Pflege?	19
7 Pflegeberatung? Und wer macht dann die Pflege?	21
8 Mobiles Schmerzteam – Luxus oder Notwendigkeit?	22
9 Schlussworte	26
10 Literaturverzeichnis	27
11 Anhang: Tätigkeitsprofil einer Pain Nurse	29

AUTORINNEN



Budka Ivana, MSc, DGKP, ZSM*, ANP

Interdisziplinäre postoperative Überwachungsstation, KHI Wien,
E-Mail: ivana.budka@gesundheitsverbund.at

Geyrhofer Svetlana, BA, DGKP, LfGuK

Akademisch geprüfte Expertin in der Anästhesiepflege, Expertin im Schmerzmanagement und für komplementäre Pflege – Aromapflege, selbstständig tätig bei Geyrhofer KG, Oberösterreich, www.pflege-schmerz.at

Hartl Simone, DGKP, ZSM*

Selbstständige Gutachterin für Pflegegeldeinstufung, DGKP im Ordensklinikum Linz Elisabethinen – Dermatologie, Oberösterreich, E-Mail: Simone.hartl@gmx.at

Hosner Gaby, DGKP, ZSM*

Anästhesie- und Intensivpflege, Expertin im Schmerzmanagement, tätig in der Schmerzambulanz, Oberösterreich

Käferböck Christa, DGKP, ZSM*

Komplementäre Pflege, Aromapflege, Oberösterreich, E-Mail: ck.kaeferboeck@gmail.com

Klee Manuela, MSc, DGKP, ZSM*

Leitung mobiles Caritas-Palliativteam Neunkirchen, Niederösterreich,
E-Mail: manuela.klee@caritas-wien.at

Matak Ewa, DGKP, ZSM*

Expertin im Schmerzmanagement, tätig im Dialysebereich, Wien

Schnabl Katharina Pallavi, DGKP, ZSM*, CN

Expertin im Schmerzmanagement, Niederösterreich

Wendner Johanna, DGKP, ZSM*

Akademisch geprüfte Expertin in der Intensivpflege, Anästhesiepflege,
Expertin im Schmerzmanagement, Steiermark, E-Mail: johannawendner@gmx.at

Zangerl Michaela, DGKP, ZSM*

Rheuma-Fachassistenz, Expertin im Schmerzmanagement, Tirol,
E-Mail: Michaelazangerl@hotmail.com

*ZSM = Zusatzbezeichnung Schmerzmanagement

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. Interessenkonflikt: Alle Autorinnen dieses Positionspapiers geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.
© 2022, GeSGuK, www.gesguk.at



Mit freundlicher Unterstützung
durch Grünenthal Ges.m.b.H.



opioid-info.com

VORWORT

Die Gesellschaft für Schmerzmanagement der Gesundheits- und Krankenpflege (GeSGuK) wurde 2016 mit folgenden Zielen gegründet:

- Beratung der Pflege im Schmerzmanagement im intra- und extramuralen Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege
- Entwicklung von Empfehlungen und Standards für das pflegerische Schmerzmanagement unter Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse
- Förderung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen
- Stärkung des Bewusstseins für das pflegerische Schmerzmanagement in der Öffentlichkeit
- Umsetzung der pflegerischen Kernkompetenzen im pflegerischen Schmerzmanagement
- Unterstützung und Förderung bei der Eigenständigkeit bzw. der selbstständigen Ausübung der Tätigkeiten im pflegerischen Schmerzmanagement
- Empfehlungen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Schmerzmanagement für Pflegepersonen (diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz) und Entwicklung von Ausbildungsstandards
- Veranstaltung von Pflegesymposien
- Implementierung von nichtmedikamentösen schmerzlindernden Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege
- Etablierung von Schmerzprävention und Gesundheitsförderung in Österreich
- Mitwirkung an der Pflegeforschung im Schmerzmanagement
- Gründung und Unterstützung von und Mitwirkung in Arbeitsgemeinschaften
- Etablierung des pflegerischen Schmerzmanagements im multimodalen Schmerzteam in ganz Österreich als gleichberechtigt
- Zusammenarbeit mit anderen mit Schmerz befassten Organisationen

Zum 45-jährigen Firmenjubiläum von Grünenthal Österreich möchte die GeSGuK ganz herzlich gratulieren. Durch die gute Zusammenarbeit konnte das Positionspapier der therapeutischen Berufsgruppe Pflege entstehen und umgesetzt werden.

1 EINLEITUNG

„Veränderungen finden nur langsam statt – wenn überhaupt“

(Bilbo Beutlin, aus dem Film „Herr der Ringe“, Teil 1)



Die pflegerischen Kernkompetenzen haben sich in Österreich seit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) von 1997 verändert. Vor 1997 war die Pflege ein Assistenzberuf ohne eigenständige Kompetenzen. Seit 1997 zählt die professionelle Pflege aufgrund der selbstständigen Durchführung des Pflegeprozesses zu den therapeutischen Berufsgruppen.

In der Praxis hat sich jedoch – wie es auf den ersten Blick scheint – nicht viel verändert. Jahrzehntelange Forderungen nach Implementierung der präoperativen Pflegevisite, einem interprofessionellen Akutschmerzdienst, dem Ausbau der extramuralen Versorgung durch die professionelle Pflege inklusive Verschreibungskompetenz für bestimmte Medikamente wie frei verkäufliche Schmerzmittel sowie Erstverordnung von Medizinprodukten sind Schwerpunkte, die in weiter entwickelten Nationen wie den skandinavischen Ländern oder Großbritannien schon längst etabliert sind.

In Österreich geht man einen anderen Weg: Durch den mancherorts stark zunehmenden Personalmangel sind sogar Rückschritte erkennbar, wenn die Dienste des Akutschmerzdienstes reduziert und die Öffnungszeiten der spärlich vorhandenen Schmerzambulanzen – meist im urbanen Gebiet – verkürzt werden. Schmerzspezialist*innen seitens der Ärzt*innenschaft und der professionellen Pflege sind rar.

Der Begriff „Pain Nurse“ ist in Österreich nicht gesetzlich geregelt, die Befähigung zum eigenständigen Arbeiten ist jedoch nur einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) vorbehalten. DGKP werden in der Praxis von Pflegefachassistent*innen (PFA) und Pflegeassistent*innen (PA) unterstützt. Die Absolvierung einer Weiterbildung sieht zwar keine Kompetenzerweiterung der DGKP vor, allerdings unterscheidet sich der Handlungsspielraum bei höherem Wissensstand erheblich.

Weiterbildungen nach § 64 GuKG müssen in Österreich mindestens 160 Stunden umfassen und schließen mit einer Prüfung ab. Dadurch werden vertiefende Kenntnisse in einem Fachgebiet erworben. Zumeist werden Weiterbildungen von DGKP absolviert, während Fortbildungen auch von Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen besucht werden.

Da die Pflegeagenden in Österreich Ländersache sind, gibt es neun unterschiedliche Qualitätskriterien – sowohl in der Ausbildung als auch in der Versorgung von Schmerzpatient*innen. Vielerorts wird immer noch das traditionelle Hausärzt*innen-System als erste Versorgungsstufe gesehen. Präventionsprogramme bzw. die Einbindung der DGKP in die extramurale Versorgung fehlen nahezu zur Gänze. Vereinzelt gibt es das Bestreben von Hausärzt*innen, Pflegepersonen für

Hausbesuche anzustellen, da meist ein hoher Anteil davon in Bezug auf die Erfordernisse in die pflegerische Verantwortung fällt. Dazu zählen etwa das Erstassessment und die klinische Begutachtung hinsichtlich der Wirkung, Nebenwirkung und Wechselwirkung von Medikamenten. Als Beispiel sei hier nur die korrekte Anwendung von transdermalen Schmerzplaster erwähnt.

Jahrzehntelange Forderungen nach dem Ausbau des extramuralen Bereichs und der Zusammenarbeit von interprofessionellen Teams werden nicht wahrgenommen. Sowohl die Konzentration auf stationäre Behandlungen als auch die Verlagerung der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen – dazu gehören chronische Schmerzpatient*innen – an die Angehörigen, also an Laien, sind die teuerste Variante (Heintze, 2015, S. 7). Alles – wirklich alles! – ist billiger als die Behandlung in einem Krankenhaus oder die pflegerische Betreuung durch Angehörige.

Anders als Monotherapie, die in Österreich überwiegend aus medikamentöser Behandlung durch die Hausärzt*innen besteht, bedeutet multimodale Schmerztherapie, dass viele verschiedene Fachdisziplinen den Schmerzpatient*innen gleichzeitig ihre Therapien anbieten. In zahlreichen Handlungsempfehlungen wird das als State of the Art bezeichnet. Das Handeln nach diesen Empfehlungen ist hierzulande leider zu selten flächendeckend.

Sowohl der Pflegemangel als auch die Unterversorgung der Schmerzpatient*innen zeigt die mittlerweile prekäre Situation in Österreich. Dies schönzureden ist fehl am Platz. Es muss mit klaren Worten aufgezeigt werden, dass Österreich, das eines der besten Gesundheitssysteme der Welt aufweist, leider im Verhältnis zu den wissenschaftlichen Empfehlungen bei Weitem hinter seinen Möglichkeiten bleibt.

Die Ursachen sind vielfältig. Im Wesentlichen möchte dieses Positionspapier einige von vielen Punkten aufgreifen und näher beleuchten.

Da in den meisten Ländern die Pflegeausbildung mittlerweile auf akademischem Niveau erfolgt, musste Österreich nachziehen. Dadurch sind neue pflegerische Kernkompetenzen entstanden wie Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung, Pflegediagnostik und Pflegeethik, psychosoziale Betreuung und komplementäre Pflege. Die Pflegeleistungen werden autonom und völlig unabhängig und weisungsfrei von anderen Berufsgruppen, insbesondere der Ärzt*innenschaft, entschieden.

Leider finden sich in der Praxis nach wie vor strenge hierarchische Strukturen, in deren Rahmen die Pflegeexpertise nicht in andere therapeutische Entscheidungen einfließt und die ein erfolgreiches Schmerzmanagement behindern.

Dieses Positionspapier zeigt mit Fallbeispielen die pflegerischen und vertiefenden Kernkompetenzen der Pain Nurse in den unterschiedlichsten Pflegesettings auf und denkt Strukturen visionär weiter.

So kann der Aufbau von mobilen Schmerzteams – geleitet von Pflegepersonen – erheblich zur professionellen Versorgung und damit aktiv zur Reduktion der Kosten beitragen. Eine Tätigkeitsbeschreibung im Anhang soll die Praxis dabei unterstützen, Pain Nurses entsprechend ihrer Qualifikation einzusetzen und ihre Kernkompetenzen zu nutzen.

Das Positionspapier soll nachhaltig dazu beitragen, jahrzehntelange Forderungen endlich in die Tat umzusetzen und die Versorgung von Schmerzpatient*innen den aktuell gültigen Handlungsempfehlungen und Leitlinien entsprechend und im Einklang mit dem GuKG zu verbessern.

2 BEGRIFFSDEFINITIONEN

Viele unterschiedliche Begriffe werden oft synonym verwendet. Zum besseren Verständnis werden hier die relevanten Definitionen erläutert.

2.1 Was ist eine Pain Nurse?

Eine Pain Nurse ist auf Schmerzmanagement spezialisiert und zählt zu den Clinical Nurse Specialists (CNS). Ihr Einsatzbereich ist das direkte Patient*innenmanagement. Durch den Erwerb eines vertieften Wissens sind Pain Nurses häufig in der Beratung – sowohl für Betroffene als auch deren Angehörige, aber auch für Mitarbeiter*innen – tätig. In Zukunft wird auch hier ein spezialisiertes Masterstudium notwendig werden, vor allem im Hinblick auf die langjährige Forderung, dass Pain Nurses Medikamente verschreiben dürfen (Stürmer, Frei & Nicca, 2021, S. 214).

Im internationalen Vergleich ist die medikamentöse Verordnungskompetenz schon Teil der pflegerischen Kernkompetenzen und es gibt diesbezüglich gute Erfahrungen und Outcomes. Bei Betroffenen sowie bei Pflegepersonen wurde ein positiver Effekt beschrieben, da eine umfassende Versorgung ohne Therapiebrüche gewährleistet ist (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2020, S. 3).

Was braucht es, um als Pain Nurse tätig zu werden?

Die Pain Nurse ist in Österreich derzeit nicht als eigenständiges Berufsbild verankert, dadurch kommt das GuKG zur Anwendung. Ausschließlich diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sollten die Zusatzbezeichnung „Pain Nurse“ tragen dürfen. Denn nur sie sind berechtigt, im Rahmen des Pflegeprozesses

Pflegediagnosen zu stellen und entsprechende pflegerische Maßnahmen einzuleiten. Eine zusätzliche Weiterbildung im Bereich Schmerzmanagement nach § 64 GuKG ist empfehlenswert. Im Anhang findet sich ein Tätigkeitsprofil, das in Anlehnung an den aktuell gültigen Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“, herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), erstellt wurde (Kapitel 3).

2.2 Was ist eine Community Nurse (CN)?

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) definiert das Tätigkeitsfeld einer CN als „Spezialbereich von Gesundheits- und Krankenpflege“; dabei liegt der Schwerpunkt auf der Erhaltung und Förderung der Gesundheit aller Menschen unter Berücksichtigung der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und des Wissens aus den Bereichen Public Health und Sozialwissenschaften (Gesundheit Österreich GmbH, 2021, S. 3, online abgerufen unter: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/F%C3%B6rderungCall_CN_final.pdf am 24.08.2022).

Das GuKG sieht den Einsatz von CN im Bereich der Stärkung der Gesundheitskompetenz vor, insbesondere bei chronischen Erkrankungen (Weiss & Lust, 2021, S. 128), (Geyrhofer, 2022, S. 104).

2.3 Was bedeutet Advanced Practice Nursing (APN) / Advanced Nursing Practice (ANP)?

Der International Council of Nurses (2020) definiert eine APN (Tätigkeitsbereich Advanced Practice Nursing) als eine registrierte Pflegefachperson, die sich

Expert*innenwissen zu einem oder mehreren Themen angeeignet hat und befähigt ist, komplexe Entscheidungen zu treffen, sowie Kernkompetenzen für eine erweiterte klinische Praxistätigkeit aufweist. Für die Tätigkeit einer APN wird ein Master- bzw. Doktoratsstudium vorausgesetzt (Stürmer, Frei & Nicca, 2021, S. 214).

Advanced Nursing Practice (ANP) ist ein Handlungsfeld, in dem eine erweiterte pflegerische Versorgung erbracht wird (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2020, S. 4).

3 EXPERTENSTANDARD „SCHMERZMANAGEMENT IN DER PFLEGE“

Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ wurde vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erstellt. Das DNQP wurde 1992 an der Hochschule Osnabrück gegründet. Seit 1999 werden in diesem Rahmen laufend Expertenstandards zu relevanten Pflege Themen entwickelt.

Das Ziel des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität für alle Einsatzbereiche in der Pflege. Derzeit liegen zehn Expertenstandards für die Pflege vor.

Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ wurde 2020 aktualisiert und die beiden bis zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ zusammengeführt.

Die Überlegung dabei war, dass zunehmend Menschen mit akuten Schmerzen bereits unter chronischen Schmerzen leiden. Zu den chronischen Schmerzen

kommt dann ein akuter Schmerz hinzu, zum Beispiel postoperativer oder posttraumatischer Schmerz. Beide Schmerzarten müssen in der Akutversorgung mitberücksichtigt werden. Darüber hinaus ist die ganzheitliche Betrachtung auch beim akuten Schmerz notwendig, um eine Chronifizierung zu vermeiden.

Der Expertenstandard sieht eine Einteilung von akuten und chronischen Schmerzen in eine stabile und instabile Situation vor. Das setzt eine klinische Diagnostik und das Einleiten des Schmerzmanagements durch die DGKP voraus (DNQP, Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, 2020, S. 23–24).

Der deutsche Expertenstandard hat auch in Österreich Gültigkeit. Nach § 14 GuKG sind DGKP verpflichtet, auf Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu arbeiten. Die Wissenschaft und Forschung in Österreich erfahren im internationalen Vergleich eine geringere staatliche Förderung, was groß angelegte Studien nicht erlaubt. Deshalb ist die Pflege hierzulande auf ausländische Studien und Erkenntnisse angewiesen.

4 DATENABFRAGE ODER CLINICAL ASSESSMENT

IM SCHMERZMANAGEMENT – WO IST DER UNTERSCHIED?

Oder anders formuliert:
 Professionelles Schmerzassessment
 ist mehr als nur die Datenabfrage
 mittels einer Checkliste



Eine fachgerechte Einschätzung und klinisch pflegerische Diagnostik sind wesentliche Elemente der pflegerischen Kernkompetenzen. Dabei werden physiologische und psychosoziale Daten erhoben und ausgewertet. Auf Basis der Gesamteinschätzung erfolgen weiterführende Maßnahmen. Eine Checkliste ist maximal eine Informationssammlung. Dagegen ist eine klinische Diagnostik im Rahmen des Assessments unerlässlich, wenn die ganzheitliche Betreuung gewährleistet sein soll (Lindpaintner, 2007, S. 185).

4.1 Fallbeispiel aus dem operativen Bereich

Herr M., 40 Jahre alt, wird nach einem Freizeitunfall an beiden Unterschenkeln operiert. Zur postoperativen Schmerztherapie wird mit dem Einsatz einer Schmerzpumpe mit einem Opioid begonnen. Dreimal am Tag wird der Patient vom Akutschmerzdienst (ASD), bestehend aus einer Pain Nurse und den diensthabenden Fachärzt*innen für Anästhesie und Intensivmedizin, visitiert. Am dritten postoperativen Tag wird die Schmerzpumpe vom Akutschmerzdienst nach Rücksprache und unter Einbeziehung des Patienten gestoppt, mit dem Hinweis, dass diese bei Bedarf jederzeit wieder gestartet werden könne. Zum Zeitpunkt des Stopps der Schmerzpumpe bewertet der Patient

den Schmerz mit dem Wert 3 nach der numerischen Ratingskala (NRS). Am siebten postoperativen Tag, einen Tag vor der geplanten Entlassung, gibt Herr M. jedoch sehr starke Schmerzen mit 7 auf der NRS an. Die zuständige DGKP auf der Station verständigt den Akutschmerzdienst. Sie sagt, den von Herrn M. angegebenen Schmerzwert auf der NRS von über 7 nicht so recht zu glauben, da sein Verhalten nicht auf derart starke Schmerzen hinweist. Sie meint, Herr M. verstehe die Schmerzskala nicht ganz. Deshalb hat sie ihm die Einzelfallmedikation nicht verabreicht. Weitere komplementäre Maßnahmen hat sie nicht eingeleitet. Die Pain Nurse vom ASD startet die Schmerzpumpe auf Wunsch des Patienten und nach ärztlicher Rücksprache wieder.

Interpretation des Fallbeispiels

Herr M. gibt vier Tage nach Beendigung der Schmerztherapie mittels Schmerzpumpe erneut starke Schmerzen von 7 nach der NRS an und ersucht darum, die Schmerzpumpe wieder zu starten. Das kann auf eine mögliche Komplikation hinweisen, die jedoch aus fachärztlicher Sicht ausgeschlossen wurde. Der Wunsch nach einer intravenösen Schmerztherapie kann darauf hindeuten, dass eine Entlassung seitens des Patienten verzögert werden soll. Patient*innen wissen, dass eine Entlassung mit einer intravenösen Therapie nicht möglich ist. Mit einer oralen Schmerztherapie können sie jedoch entlassen werden.

Professionelle Intervention durch die Pain Nurse nach dem Pflegeprozess

Die Pain Nurse führt nach Beginn des Schmerzumpeneinsatzes ein Gespräch mit Herrn M. und fragt ihn, was seiner Ansicht nach der Grund für die Zunahme seiner Schmerzen sein könnte. Dabei wendet sie die Technik der motivierenden Gesprächsführung an. Im Gespräch mit der Pain Nurse gibt Herr M. an, Angst vor der Entlassung zu haben. Er ist tagsüber allein daheim, die Kinder sind in der Schule, die Frau arbeitet. Er weiß nicht, wie er vorgehen soll, wenn er zu Hause stürzt. Die Pain Nurse berät ihn gemeinsam mit dem Physiotherapie-Team. Die Physiotherapie zeigt ihm Wege auf, wie das selbstständige Aufstehen nach einem Sturz möglich ist, während die Pain Nurse mit einer weiterführenden Beratung auf die Ängste des Patienten eingeht und angstlindernde Möglichkeiten erklärt. Es wird vereinbart, dass die Entlassung auf das Wochenende verlegt wird, denn dann ist die Familie zu Hause und Herr M. fühlt sich nicht alleine. Mit seiner Frau wird abgesprochen, dass sie Pflegeurlaub beantragt. Kurze Zeit später gibt Herr M. an, dass die Schmerzen schon besser geworden sind und er wieder zur oralen Schmerztherapie übergehen kann.

Drei wesentliche Merkmale des professionellen Vorgehens im perioperativen Bereich sollen hier aufgezählt werden:

1. Das präoperative Aufklärungsgespräch und die präoperative Pflegevisite
2. Die Schmerzerfassung
3. Der Akutschmerzdienst

Ad 1: Das präoperative Aufklärungsgespräch oder das Clinical Assessment

Das pflegerische Aufklärungsgespräch ist die Grundlage dafür, Ängste der Patient*innen vor dem Krankenhausaufenthalt sowie diversen invasiven Untersuchungen und operativen Eingriffen zu mindern. Durch Zuwendung und Zeit werden die ersten wichtigen Schritte für den weiteren Verlauf gesetzt. Sollten schon vor dem ersten Gespräch Schmerzen bestehen, kann hier entsprechend darauf eingegangen und die Situation als stabil oder instabil eingeschätzt werden.

Assessment bedeutet Einschätzung bzw. Bewertung einer Situation. Es ist gekennzeichnet durch die klinische Einschätzung der Patient*innensituation. Darauf aufbauend erfolgen die Pflegediagnostik, das Fest-

legen von Referenz-/Zielwerten sowie die Beratung (Geyrhofer, 2022, S. 62). Das Assessment leitet den pflegetherapeutischen Beziehungsaufbau ein (Herdmann & Kamitsuru, 2019, S. 77), (Geyrhofer, 2022, S. 62).

„Die präoperative Pflegevisite ist der Kontakt zwischen einer Pflegeperson und dem Patienten am Vortag einer geplanten Operation.“ (Heering, 1995, S. 302). Die Pflegevisite befasst sich mit pflegerischen Aspekten. Die pflegerische Aufklärung hat den gleichen Stellenwert wie die ärztliche Aufklärung. Das Gefühl, im Krankenhaus zu sein und noch dazu operiert werden zu müssen, ist für Patient*innen nicht leicht. Im Rahmen einer präoperativen Pflegevisite erhalten sie weitere Informationen über den Verlauf im Aufwachraum in der postoperativen Phase. Sowohl für Pflegepersonen als auch für Patient*innen sind Gespräche und die klinischen Beobachtungen sehr informativ, da perioperativ bereits viele positive und negative Aussagen berücksichtigt werden können. Auch die Schmerzsituation und die postoperative Schmerztherapie sind Teil dieses pflegerischen Aufklärungsgesprächs (Mimmler, 2018, S. 53).

Das Aufklärungsgespräch aus pflegerischer Sicht umfasst weiters Informationen über die postoperative Positionierung und die Bewegung im Bett. Es sind auch die Wichtigkeit der richtigen Atmung sowie die Unterstützung bei der Atmung (Kommandoatmung = Patient*innen werden bewusst zum Atmen motiviert) und ergänzende komplementäre perioperative Methoden anzusprechen. Hierzu können sich auch warme oder kühle Wickel – je nach Befinden der Patient*innen und Art der Operation – eignen. Auf entspannende Methoden wie Musik, autogenes Training, Atemübungen, Ablenkungstechniken wie Hypnose kann bei Angst und Sorgen hingewiesen werden. Ebenso sind Brillen, Hörgeräte, Zahnprothesen, iPads mit Musik nach Wunsch von Patient*innen perioperativ verfügbar.

Zur Schmerzbeherrschung beim Bewegen und Husten und zur Verhinderung unerwünschter Nebenwirkungen ist die präoperative Aufklärung hilfreich. Patient*innen lehnen Analgetika oft ab, in der Meinung, dass sie keine Schmerzen haben, wenn sie sich nicht bewegen. Die Immobilität könnte jedoch zu ernsthaften Komplikationen führen (Pneumonie, tiefe Venenthrombose, Pulmonalembolie), (Carr & Mann, 2014, S. 64).

Jede*r mündige Patient*in kann durch persönliche Ressourcen und sein/ihr Verhalten einen Beitrag zur Schmerzlinderung leisten. Ein präoperatives Pflegegespräch kann unabhängig vom ärztlichen Gespräch oder gemeinsam mit Pflege und Ärzt*innenschaft ablaufen. Bei kognitiv eingeschränkten und alten Menschen sowie Kindern ist die Gegenwart ihrer Bezugsperson von großer Bedeutung (Kröner-Herwig, 2017, S. 81).

Eine optimale persönliche Aufklärung und Patient*innen-Schulung soll von einem multidisziplinären Team geplant und durchgeführt werden, um Schmerzen und Komplikationen zu reduzieren oder zu vermeiden (Mimmler, 2018, S. 53). Die Implementierung der präoperativen Pflegevisite wird schon seit Jahrzehnten dringend empfohlen.

Ad 2: Die Schmerzerfassung

Sowohl die Aufklärung und Information als auch die regelmäßige Durchführung der Schmerzerfassung mittels geeigneter Schmerzinstrumente sind Voraussetzung und Basis für medizinische und pflegerische Therapieentscheidungen (Likar, Jaksch & Geyrhofer et al., 2017, S. 464).

Pflegepersonen ohne vertiefende Kenntnisse in der Schmerzerfassung sind häufig der Meinung, dass besonders akute Schmerzen am Verhalten der Patient*innen erkennbar seien. Fehlen körperliche Merkmale, wird dem angegebenen Schmerzwert nicht geglaubt. Sie geben zwar bei Befragungen an, dass Schmerz ein subjektives Geschehen sei, das jeder Mensch anders empfinden könne, doch gehen sie nicht individuell auf die Situation ein. Das Wissen um das biopsychosoziale Modell und die Schmerzverstärkung durch emotionale Komponenten – wie in obigem Fallbeispiel die Angst vor der Entlassung – fehlt weitgehend.

Gerade bei der Schmerzerfassung wird deutlich, dass ein umfassendes Wissen die Betreuung von Menschen mit Schmerzen wesentlich verbessern kann und dass das Vorenthalten von etwaigen schmerzlindernden Maßnahmen verhindert werden muss. Es hängt von der Pflegeperson ab, ob Patient*innen eine entsprechende Therapie erhalten!

Es nützt die beste ärztlich verordnete Schmerztherapie nichts, wenn die Pflegeperson den Einzelfall falsch einschätzt und die angeordneten Medikamente nicht verabreicht. Deshalb braucht es ein sehr gut geschultes Pflegepersonal.

Schmerzlineale auf einer Station auszuteilen und eine regelmäßige Schmerzerhebung mittels Stationsstandard anzuordnen ist wenig sinnvoll, wenn das Wissen fehlt. Es besteht die Gefahr, dass Werte eingetragen werden, ohne die Patient*innen jemals befragt zu haben. Dass Schmerz ein rein psychologischer Begriff ist und die Äußerung von Schmerzen nicht alleine von Verhaltensweisen oder chirurgischen Eingriffen ableitbar sind, wurde schon von McMahon und Wall in den 1980er-Jahren beschrieben (McMahon & Wall, 1986), (Likar, Jaksch & Geyrhofer et al., 2017), (Geyrhofer, 2002).

Um die Schmerzwerte zu verstehen, braucht es ein umfassendes Verständnis von Schmerzwahrnehmung und biopsychosozialen Modell, sonst kann die Schmerzerfassung nicht durchgeführt werden. Das biopsychosoziale Modell nach Engel wird seit mehreren Jahrzehnten beschrieben und berücksichtigt den Schmerz als ein ganzheitliches Geschehen. Die Trennung von „körperlichem“ und „seelischem“ Schmerz ist veraltet. Psychosoziale Komponenten sind ein integrativer Teil im Schmerzerleben (Engel, 2011, S. 7), (Geyrhofer, 2022).

Im perioperativen Bereich ist die psychosoziale Komponente eine andere als bei chronischen Schmerzen.



BIO	Fragen nach Begleitsymptomen		
	Mangelnder Appetit	Müdigkeit	Schonhaltung
	Übelkeit	Veränderter Schlaf	Schwindel
PSYCHO	Fragen nach Gefühlen		
	Ärger	Angst	Wut
	Trauer	Einsamkeit	
SOZIAL	Fragen nach		
	Familie	Freunden	Arbeit/Hobbys
	zieht sich zurück, wirkt anderen gegenüber gereizt		

Abbildung 1 zeigt das Vorgehen nach dem biopsychosozialen Modell bei akuten Schmerzen (Wendner, J., 2021, eigene Darstellung, adaptiert nach Engel)

Ad 3: Akutschmerzdienst – nur eine Sache der Ärzt*innenschaft? Oder anders formuliert: Wie trägt die Pain Nurse zur Optimierung der Schmerztherapie bei?

Für die optimale Umsetzung der empfohlenen perioperativen Schmerztherapien inklusive Anwendung von Schmerzkathetern und Schmerzpumpen ist der Einsatz eines interprofessionellen Akutschmerzdienstes erforderlich. Die Hauptverantwortlichkeit muss klar geregelt sein, ein*e Ansprechpartner*in vonseiten der Pflege bzw. Ärzt*innenschaft muss rund um die Uhr gewährleistet sein. Ist eine Pain Nurse im Akutschmerzdienst im Einsatz, ist zusätzlich die Sonderausbildung Anästhesiepflege oder Intensivpflege erforderlich.

Nur DGKP mit dieser zusätzlichen Qualifikation sind nach § 20 GuKG berechtigt, nach ärztlicher Anordnung Bolusgaben über liegende Schmerzkatheter zu verabreichen (Weiss & Lust, 2021), (Likar, Jaksch & Geyrhofer et al., 2017, S. 469).

Regelmäßige Schmerzvisiten für die Evaluation der Schmerztherapie, insbesondere beim Einsatz von Schmerzkathetern und Schmerzpumpen, garantieren eine hohe Wirksamkeit bei insgesamt niedrigen Nebenwirkungen. Komplikationen wie Blutungen oder Überdosierungen können rechtzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden.

Ein fehlender Akutschmerzdienst kann bei bestimmten Operationen zur Unterversorgung im perioperativen Schmerzmanagement führen. Das Risiko, dass ein

akuter postoperativer Schmerz chronifiziert, ist dadurch erheblich erhöht (Likar, Jaksch & Geyrhofer et al., 2017).

Handlungsempfehlungen und Leitlinien

Zum Vorgehen im perioperativen Schmerzmanagement gibt es zahlreiche aktualisierte Empfehlungen wie zum Beispiel die „S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ (DGAI, 2021) oder das „Interdisziplinäre Positionspapier perioperatives Schmerzmanagement“ (Likar, Jaksch & Geyrhofer et al., 2017).

4.2 Fallbeispiel bei chronischen Schmerzzuständen

Frau C. ist 65 Jahre alt, Pensionistin, verheiratet und lebt mit ihrem Mann (67 Jahre), ihrer Schwester (63 Jahre) und ihrer Mutter (mittlerweile 89 Jahre) auf einem Vierkanthof am Land. Die Mutter ist immobil und daher pflegebedürftig, sie wird von der Schwester von Frau C. versorgt. Bei Frau C. wurde nach jahrelangen erfolglosen Konsultationen von Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen und unzähligen Untersuchungen „endlich“ (wie sie sagt) im Alter von 50 Jahren Fibromyalgie diagnostiziert. Zusätzlich leidet sie seit einigen Jahren an Wirbelkörpereinbrüchen. Frau C. wirkt bei den Besprechungen weinerlich, gibt selbst im Gespräch an, dass sie „sehr nahe am Wasser gebaut“ ist. Frau C. und ihre Schwester äußern sich darüber, dass sie seit der Diagnosestellung seltener aus dem Haus gehen möchte. Frau C. kann aufgrund ihrer Diagnose und

Schmerzen nicht unterstützend bei der Pflege der Mutter mitwirken, deshalb hat sie ein schlechtes Gewissen gegenüber ihrer Schwester. Eine externe Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte ist für die Familie nicht leistbar. Einen Pflegeheimplatz lehnt die Mutter ab, sie möchte daheim versorgt werden. Frau C. nimmt Metamizol-Tropfen gegen ihre Schmerzen, zusätzlich kann sie bei stärkeren Schmerzen laut ärztlicher Verordnung Tramadol-Tabletten einnehmen. Diese nimmt sie jedoch nur selten ein, da sie Angst hat, abhängig zu werden. Zudem machen ihr die Nebenwirkungen wie Obstipation Angst.

Interpretation des Fallbeispiels

Frau C. leidet seit Jahren unter chronischen Schmerzen, die Diagnose einer Krankheit wurde erst nach vielen ärztlichen Konsultationen gestellt. Zusätzlich hat sie ein schlechtes Gewissen ihrer Schwester gegenüber, da sie bei der Pflege ihrer Mutter nicht mithelfen kann. Die Familie lebt isoliert auf einem Bauernhof. Sie möchte aufgrund ihrer familiären Situation das Haus auch nicht verlassen. Vielleicht möchte sie keine weitere Unterstützung von außen annehmen, um nicht von anderen abhängig zu sein. Eine professionelle Begleitung ist aus finanzieller Sicht nicht umsetzbar. Die Angst vor möglicher Abhängigkeit und Nebenwirkungen durch Schmerztabletten hindert die Patientin daran, eine adäquate regelmäßige Schmerzmedikation einzunehmen.

Professionelle Intervention durch die Pain Nurse nach dem Pflegeprozess

Eine Konsultation durch die Pain Nurse wäre hier dringend anzuraten. Die Pain Nurse würde nach dem biopsychosozialen Modell weitere Fragen zur Biografie stellen, wie zum Beispiel

- „Was macht den Schmerz für Sie jetzt so stark?“
- „Was glauben Sie, warum Ihr Schmerz jetzt so stark geworden ist?“
- „Was denken Sie, was Ihnen jetzt helfen könnte?“
- „Welche Bedeutung hat der Schmerz für Sie?“
- „Welche Gedanken und Gefühle kommen auf, wenn der Schmerz für Sie unerträglich wird?“
- „Wie geht es Ihnen damit, dass Ihre Schwester die Betreuung der Mutter übernimmt?“ (Geyrhofer, 2022, S. 71–72)

Neben einem ausführlichen Gespräch führt die Pain Nurse auch eine Beratung zum Nebenwirkungsmanagement der Medikamente durch. Sie evaluiert, inwieweit die Medikamente sinnvoll sind, um das definierte Therapieziel zu erreichen. Ein zusätzliches ärztliches Aufklärungsgespräch kann eingeleitet werden. Die Pain Nurse macht von ihrem Vorschlagsrecht Gebrauch und empfiehlt regelmäßige Bewegungstherapie und zusätzlich psychologische Begleitung, entsprechend der aktuell gültigen Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“ von 2017 (Deutsche Schmerzgesellschaft, 2017). Monotherapeutische Ansätze werden in dieser Leitlinie nicht angeraten. Medikamentöse Therapie wird nur für wenige Wirkstoffe und zeitlich begrenzt empfohlen. In weiterer Folge können komplementäre Maßnahmen, hypnotische Kommunikation und Pflegeberatung von der Pain Nurse eigenständig angeboten werden.

Eine psychosoziale Betreuung in mehreren Gesprächen hinsichtlich der Schuldgefühle kann entweder mit der Pain Nurse oder – falls gewünscht – gemeinsam mit Psychotherapeut*innen vereinbart werden. Zudem sollte die Aufklärung über kostenlose Unterstützungsangebote und die Anforderung von Heilbehelfen erfolgen. Ein individueller Zielwert bezüglich der erträglichen Schmerzstärke muss vereinbart und die Situation in stabil/instabil eingeteilt werden. Die regelmäßige Evaluation bis zur Zielerreichung einer stabilen Situation wird durchgeführt.

4.3 Wie viele Nebenwirkungen sind notwendig, um die Therapie abubrechen?

Oder anders formuliert: Kann professionelles Nebenwirkungsmanagement unnötiges Leid verhindern und die Therapietreue erhöhen?

Das Nebenwirkungsmanagement der ärztlich verordneten Medikamente gehört von Anfang an mit der DGKP/Pain Nurse gemeinsam besprochen. Die DGKP/Pain Nurse zeigt zusätzlich komplementäre Pflegetherapiemaßnahmen auf, die die Behandlungskontinuität gewährleisten können. Andernfalls besteht die

Gefahr, dass Patient*innen ihre verordnete Schmerzmedikation unregelmäßig einnehmen oder ganz absetzen, da die Nebenwirkungen die Lebensqualität deutlich einschränken können.

Fallbeispiel

Herr L. ist 67 Jahre alt, lebt mit seiner Gattin in einem Einfamilienhaus, unterstützt von seiner Tochter. Seit etwa drei Jahren wird er zunehmend vergesslich, eine demenzielle Erkrankung entwickelt sich. Die Versorgung zu Hause erfolgt mit zunehmender Unterstützung der Hauskrankenpflege, da die Tochter berufstätig ist. Herr L. leidet an einem Prostatakarzinom und wird aufgrund der Schmerzen mit einem transdermalen Opioidpflaster behandelt. Damit ist er im häuslichen Umfeld noch mobil. Mit Fortschreiten der Demenz reduziert sich die Mobilität und er wird bettlägrig. Die Nahrungsaufnahme reduziert sich. Auch die Flüssigkeitsaufnahme wird schwieriger. Er nimmt nur mehr wenige Schlucke der angebotenen Getränke zu sich. Eines Tages erreicht das mobile Palliativteam ein Anruf mit der Mitteilung, dass Herr L. Schmerzen bei der Körperpflege und Positionierung hat. Er habe zunehmende Bauchschmerzen.

Interpretation des Fallbeispiels

Herr L. ist aufgrund seiner Tumorschmerzen mit einem transdermalen Schmerzpflaster versorgt. Die Hauptnebenwirkung, auf die besonderes Augenmerk gelegt werden muss, ist die Obstipation. Neben medikamentöser Behandlung zur Prävention von Obstipation können eine Reihe von Maßnahmen durch die Pain Nurse empfohlen werden, unter anderem ausreichende Bewegung und Flüssigkeitszufuhr. Beides ist bei Herrn L. derzeit durch seine demenzielle Erkrankung reduziert.

Professionelle Intervention durch die Pain Nurse nach dem Pflegeprozess

Bei der häuslichen Visite und einem entsprechenden Schmerzassessment seitens der Pain Nurse wird erkannt, dass Herr L. seit etwa fünf Tagen nicht richtig Stuhl absetzen konnte. Die geringen Flüssigkeitsmengen in Kombination mit der Opioidtherapie, die ebenfalls eine Obstipationsneigung mit sich bringt, sind kein seltenes Problem. Nach einem ausführlichen Gespräch mit der Gattin und den Angehörigen erhält Herr L. eine entsprechende Bauchmassage, kombiniert mit abführenden Maßnahmen. Herr L. macht nach erfolgten Interventionen einen entspannten und erleichterten Eindruck. In den folgenden Wochen wird die Familie regelmäßig visitiert und unterstützt.

5 PALLIATIVE CARE DÜRFEN NUR STERBENDE MENSCHEN PROFESSIONELLE PFLEGE ERLEBEN?



Oder anders formuliert: Warum ist der Stellenwert der Autonomie und der individuellen Bedürfnisse nur in der letzten Lebensphase von Bedeutung?

In der Praxis haben sich die komplementären Pflegemaßnahmen vor allem im Palliativbereich etabliert. Dort ist scheinbar alles möglich und machbar. Vom

Personal her sind überwiegend DGKP mit entsprechenden Weiterbildungen in Palliative Care und oft auch Schmerzmanagement im Einsatz. Der Faktor

mangelnde Zeit ist selten Thema. Es stellt sich die Frage, warum komplementäre Pflege nur Menschen mit einer infausten Prognose vorbehalten ist, während Menschen mit langjährigen chronischen Schmerz-erkrankungen keine multimodale Schmerztherapie erhalten, bei der die komplementäre Pflege einen hohen Stellenwert hat. Wie im Palliativbereich ist auch in der Langzeitpflege der Einsatz professioneller Pflegepersonen (DGKP) mit Zusatzqualifikation im Schmerzmanagement dringend zu empfehlen. Alte Menschen mit chronischen Schmerzen haben ein Recht auf Pflege durch professionelle Pflegepersonen.

Fallbeispiel

Frau S., 55 Jahre, kommt wegen erhöhten Pulses und reduzierten Allgemeinzustands in ein Krankenhaus. Sie gibt an, dass sie in den vergangenen Wochen vermehrt Schmerzen im Bauch hatte. Vorhergehende Untersuchungen hatten offenbart, dass sie an einem weit fortgeschrittenen Gallengangstumor erkrankt war. Frau S. hatte ihre Erkrankung lange Zeit aus Angst ignoriert und verdrängt, bis die Schmerzen durch frei verkäufliche Medikamente nicht mehr weggingen und sie auch nicht mehr aushaltbar waren. Aufgrund der Diagnose wurde das Palliativteam eingeschaltet. Frau S. ist verheiratet und hat zwei mittlerweile erwachsene Kinder. Die Diagnose war erschütternd für Frau S. und ihre Familie.

Interpretation des Fallbeispiels

Frau S. fühlt sich nicht wohl und begibt sich zur weiteren Abklärung in ein Krankenhaus. Dort wird sie mit einer für sie niederschmetternden Diagnose und Prognose konfrontiert. Viel Zeit bleibt ihr nicht, um die Informationen zu verarbeiten. Sie und ihre Familie sind sehr betroffen und in der ersten Phase auch hilflos.

Professionelle Intervention durch die Pain Nurse und/oder das Palliativteam nach dem Pflegeprozess

Nach mehreren Gesprächen mit dem Palliativteam entscheidet sich die Familie zusammen mit Frau S. dafür, dass diese die letzte Lebensphase im häuslichen Umfeld verbringt. Sie wird dabei vom Palliativteam sowie dem Hausarzt, der Hauskrankenpflege und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen unterstützt. Gegen Schmerzen wird eine medikamentöse Therapie

eingeleitet, zusätzlich wird die Familie seitens der Pflege (Palliative Care und/oder unter Hinzuziehung einer Pain Nurse) über die Möglichkeiten der komplementären Pflege aufgeklärt und in der Anwendung geschult. So kann zum Beispiel ein vorbeugender Salzwickel im Bauchbereich den Spannungsschmerz lindern. Dadurch erfährt Frau S. Zuwendung von ihrer Familie und ebenso können die Selbstkompetenzen in der letzten Lebensphase gestärkt werden. Etwas für Frau S. tun zu können und nicht nur danebenzustehen und zuzuschauen, wie Frau S. stirbt, ist für die Familie sehr hilfreich bei der Verarbeitung aller damit verbundenen Emotionen und Gedanken. Da das Palliativteam sehr gut im Schmerzmanagement geschult ist, kann hier unter Umständen auf die Expertise einer Pain Nurse verzichtet werden. Eventuell kann sie das Palliativteam aber auch mit weiteren Angeboten der komplementären Pflege unterstützen.

Dieses Fallbeispiel zeigt, dass Schmerz nicht eindimensional zu sehen ist, sondern viele Dimensionen betrifft.

Cicely Saunders, eine Pionierin der Palliativmedizin, bezeichnete dieses Phänomen als „Total Pain“. Die von ihr beschriebenen Dimensionen sind:

- **Die physische Dimension:** der körperliche Schmerz/ das körperliche Leid (z. B. Gelenkabnutzung)
- **Die psychische Dimension:** der seelische Schmerz/ das seelische Leid (z. B. der Verlustschmerz)
- **Die spirituelle Dimension:** der existenzielle Schmerz/das existenzielle Leid (z. B. Wut auf Gott)
- **Die soziale Dimension:** der soziale Schmerz/ das soziale Leid (z. B. Einsamkeit)

Die Herausforderung für alle in der Pflege und Betreuung tätigen Personen, aber auch für die Angehörigen ist es, diese Vielschichtigkeit des Schmerzes, des Leids auszuhalten und mitzutragen. Der regelmäßige Austausch mit anderen Menschen ist unbedingt notwendig, um zu reflektieren und den eigenen Schmerz und das eigene Leid nicht mit dem des/der zu Betreuenden respektive des/der zu Pflegenden zu vermischen. Es gilt zu erkennen, wo die eigenen Grenzen liegen, diese bewusst wahrzunehmen und dieses Wissen im Umgang mit den zu betreuenden Menschen zu integrieren.

5.1 Komplementäre Pflege

Die komplementäre Pflege ist eine eigenständige Pflgetätigkeit, auf die Betroffene ein Recht haben. Sie ist immer mitzuplanen und orientiert sich an den Ressourcen und individuellen Bedürfnissen der Be-

troffenen. Die komplementäre Pflege wirkt sowohl körperlich als auch auf psychosozialer Ebene. Ihre prophylaktische Anwendung wird im Rahmen des Nebenwirkungsmanagements bei der medikamentösen Schmerztherapie von Beginn an mitgeplant, eine Pflegeberatung ist verpflichtend durchzuführen.

Emotionale/psychische Auswirkungen	Physische Auswirkungen
↓ emotionale Belastung	↑ Stimulation des sympathischen Nervensystems
↓ wahrgenommene Bedrohung	↑ Muskelentspannung
↓ Müdigkeit	↓ Herzfrequenz
↓ Angst	↓ Blutdruck
↑ Stärkung von Bewältigungsstrategien	↑ Sauerstoffzufuhr
↑ Kontrolle über Schmerzen	↑ Freisetzen von schmerzreduzierenden Substanzen
↑ Erwartungen verändern sich positiv	↑ Schlafqualität
↑ Hoffnung	↑ Lebensqualität (QoL)
↑ Wohlbefinden	

Abbildung 2 zeigt die Auswirkungen der komplementären pflegetherapeutischen Maßnahmen auf die Betroffenen (DNQP, 2005, S. 84)

Die komplementäre Pflgetherapie ersetzt keineswegs die ärztliche, physikalische oder psychologische Behandlung. Umgekehrt ersetzen die ärztliche, physikalische und psychologische Therapie auch nicht die komplementäre Pflgetherapie. Alle Therapien sind Voraussetzung für ein multimodales Schmerzmanagement (Geyrhofer, 2021, S. 59).

Ausdrücklich steht diese Form der (Mit-)Behandlung auch Patient*innen mit anderen Grunderkrankungen wie fortschreitenden unheilbaren Nerven-, Herz-, Lungen-, Nieren- oder Infektionserkrankungen offen. Patient*innen mit diesen fortgeschrittenen nichtonkologischen Grunderkrankungen werden insbesondere in Versorgungsstrukturen der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung betreut, allen voran durch Hausärzt*innen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen.

5.2 Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliative Care?

Wenn eine Erkrankung nicht (mehr) heilbar ist und realistischerweise ein Voranschreiten des Erkrankungsprozesses bis zum Versterben zu erwarten ist, stellen die Wiederherstellung und der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität durch Linderung belastender Symptome das palliative Behandlungsziel dar. Die überwiegende Anzahl der in spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen behandelten Patient*innen (ca. 80–90 %) leidet an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung.

Die palliative Betreuung am Lebensende umfasst alle medizinischen Behandlungen und pflegerischen Interventionen sowie psychische, soziale und seelsorgliche Unterstützung von Patient*innen und deren Angehörigen, welche darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten. Im Zentrum der Bemühungen des Betreuungsteams stehen eine wirksame Symptomtherapie, das Eingehen auf Nöte sowie die Begleitung und die Verfügbarkeit für die Betroffenen und deren Angehörige.

Angst und Hilflosigkeit prägen häufig die Atmosphäre am Lebensende. Die Befürchtung ist groß, nicht mehr selbst über Dinge bestimmen zu können und unter Schmerzen sterben zu müssen. Um die Lebensqualität von betroffenen Menschen zu verbessern, gibt es die Unterstützung durch Palliative Care. Diese ist bestrebt, frühzeitig mit den Patient*innen und ihren Angehörigen über die letzte Lebenszeit zu sprechen. Die Autonomie möglichst lange zu erhalten spielt dabei eine zentrale Rolle.

In der Palliative Care stehen vier Aufgabenbereiche zentral, die auch als SENS-Modell bekannt sind:

- Symptombehandlung
- Entscheidungsfindung am Lebensende
- Netzwerk, Hilfsangebote
- Support/Unterstützung der Bezugspersonen (Eychmüller, 2012, S. 88)

Folgende Aspekte stehen im Vordergrund:

- Konkrete Evaluation und Definition individueller Prioritäten und Bedürfnisse in Bezug auf die Gestaltung der letzten Lebensphase
- Kommunikation, um die medizinische, pflegerische und psychosoziale Entscheidungsfindung und Vorausplanung zu ermöglichen
- Behandlung von bestehenden oder zu erwartenden Symptomen und Informationen mit dem Ziel, die Autonomie zu erhalten und die Fähigkeit zum Selbstmanagement belastender Symptome zu stärken

- Vorausplanung für Notfallsituationen zu Hause bzw. im gewählten Umfeld
- Evaluation bestehender oder möglicher Belastungsgrenzen für die Bezugspersonen, Planung alternativer Aufenthaltsorte, Information über regionale Palliativnetzwerke inkl. Freiwilligenunterstützung und Unterstützung für die Bezugspersonen, Klärung der Finanzierung zu beziehender Leistungen (Eychmüller, 2012, S. 88)

Screening-Instrumente in der Palliative Care (SPICT)

Das SPICT-Instrument bietet Hilfe bei der Entscheidung, für welche Patient*innen das Palliative-Care-Konzept zur Anwendung kommt. SPICT wurde in Schottland im Jahr 2010 entwickelt und hat das Ziel, frühzeitig zu erkennen, ab wann Palliative Care eingesetzt werden soll. Das Einschätzungsinstrument „Indikatoren für Palliative Care“ besteht seit 2015 in einer validierten deutschen Übersetzung.

Wenn bei Klient*innen eine fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, kommt während der Bedarfsabklärung zusätzlich das SPICT-Instrument zur Anwendung. Liegen zwei oder mehr Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands vor, werden diese als Patient*innen in einer palliativen Situation betrachtet.

„For the sick
it is important to have
the best.“

(Florence Nightingale, 1820–1910)

6 MULTIMODALES SCHMERZMANAGEMENT

OHNE ODER DOCH MIT PFLEGE?

Oder anders formuliert:
Warum die therapeutisch tätigen
Pflegerpersonen in einem
multimodalen interprofessionellen Team
die Schmerzversorgung optimieren



Die Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft definiert die multimodale Schmerztherapie als eine enge Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Disziplinen und Berufsgruppen unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells. Dabei wird die Pflege als größte Berufsgruppe entweder gar nicht erwähnt oder es werden ihr nur Assistenz Tätigkeiten zugeschrieben. Dafür, dass die Pflege therapeutisch tätig ist, besteht oftmals – sogar in den eigenen Reihen – kein Bewusstsein (Geyrhofer, 2021, S. 58).

Fallbeispiel

Herr P., 70 Jahre alt, hatte eine Herpes-Zoster-Infektion. Diese wurde stationär mit antiviraler Therapie und medikamentöser Schmerztherapie behandelt. Nach Aussage von Herrn P. lagen die Schmerzen während des stationären Aufenthalts ständig bei einer Stärke von über 7 auf der NRS. Er wurde auch mit Schmerzen entlassen. Die Schmerzmedikation mit 3x 20 Metamizol-Tropfen und Ibuprofen-Tabletten (2x 400 mg) hat ihm nur mäßig geholfen, eine Opioidtherapie hat er nicht erhalten. Da die Schmerzen sechs Wochen nach der Infektion immer noch stark waren und sogar an Intensität zunahmen, wurde er in einer Schmerzambulanz vorstellig. Dort wurde eine Post-Herpes-Zoster-Neuralgie diagnostiziert. Herr P. beschrieb seine Schmerzen als stechend, brennend, in Brusthöhe linksseitig und auch im Ruhezustand ständig vorhan-

den. Die Kleidung hielt er im Brustkorbbereich nicht aus. Dadurch war der Schlaf beeinträchtigt, seine Alltagsaktivitäten und sozialen Kontakte waren eingeschränkt. Es wurde eine medikamentöse Therapie mit Pregabalin begonnen, die er jedoch aufgrund von Nebenwirkungen absetzte. Daraufhin begann man in der Schmerzambulanz eine Schmerztherapie mit einem Capsaicin-Pflaster (Qutenza®). Drei Monate nach Beginn der Qutenza®-Applikation hat sich das Schmerzareal verkleinert. Die Schmerzstärke hat sich auf NRS 3 reduziert. Die Lebens- und Schlafqualität haben sich verbessert.

Interpretation des Fallbeispiels

Bei Herrn P. bestehen durch seine Herpes-Zoster-Infektion neuropathische Schmerzen, die laut seiner Aussage während seines stationären Aufenthalts nur mäßig gut behandelt wurden. Nach Abklingen der Infektion hat sich zusätzlich noch eine Allodynie entwickelt, wodurch er Kleidungsstücke auf der Haut nicht aushält. Seine Lebensqualität wird zunehmend durch seine neuropathischen Schmerzen eingeschränkt, eine Therapie mit Pregabalin hat er nicht vertragen. Ein adäquates Nebenwirkungsmanagement durch eine Pain Nurse hat nicht stattgefunden. Eine zusätzliche schmerzlindernde komplementäre Pflegetherapie wie zum Beispiel die Behandlung mit einem Pfefferminzhydrolat, das kühlende und lokalanästhetische Eigenschaften hat, ist nicht angeboten worden.

Professionelle Intervention durch die Pain Nurse nach dem Pflegeprozess

Zunächst ist es wichtig, während des stationären Aufenthalts nicht nur die Schmerzstärke, sondern auch die Schmerzqualität zu erheben, um den neuropathischen Schmerz zu identifizieren. Die medikamentöse Therapie ist bei neuropathischen Schmerzen eine andere als bei nozizeptiven Schmerzen. So werden Medikamente der Stufe 1 nach dem WHO-Stufenschema bei neuropathischen Schmerzen als nicht wirksam beschrieben. Bei der Opioidtherapie wird bei neuropathischen Schmerzen entweder Tramadol oder Oxycodon bzw. Buprenorphin empfohlen (Likar, Stromer, Donnerer & Geyrhofer, 2020).

In Zusammenarbeit mit dem multimodalen Team entscheidet die DGKP auf Basis der Erhebung der Schmerzqualität die medikamentöse Therapie (Hinweis: die Verordnung von Qutenza® kann im extramuralen Bereich nur durch Ärzt*innen mit Schmerzdiplom erfolgen; EKO-Regeltext). Bleiben die Schmerzen länger als sechs Stunden über einem Schmerzwert von 3 nach der NRS, ist das Hinzuziehen einer Pain Nurse mittels Schmerzkonsil sinnvoll. Sie kann eine entsprechende Umstellung der medikamentösen Schmerztherapie vorschlagen. Gleichzeitig empfiehlt sie den Einsatz von Aromapflege mit einer Kombination aus Pfefferminz- und Melissenhydrolat. In Studien wurde bei der Melissenpflanze eine stark antivirale

Eigenschaft nachgewiesen (Schnitzler & Reichling, 2011, S. 1179). Der Inhaltsstoff Menthol, der in der Pfefferminze enthalten ist, wird auch in der S3-Leitlinie „Supportive Therapie in der Onkologie“ für die Behandlung von neuropathischen Schmerzen empfohlen (AWMF, DGK & DKH, 2020, S. 261).

In weiterer Folge wird bei der Capsaicin-Therapie die Pflegeberatung durch die Pain Nurse fortgeführt. Mit Capsaicin (z. B. Qutenza®) kann erst begonnen werden, wenn die Haut komplett intakt ist. Die Aromapflege als komplementäre Pflgeherapie kann bei weiter bestehenden neuropathischen Schmerzen nach Abheilung der Hautareale zur Hautpflege eigenständig eingeleitet werden.

Die Pain Nurse kann im extramuralen Bereich den niedergelassenen Hausärzt*innen und Fachärzt*innen die Durchführung der Capsaicin-Therapie in der Ordination nach ärztlicher Verordnung anbieten. Die Vorteile einer extramuralen Therapie bei niedergelassenen Ärzt*innen: eine Chronifizierung wird durch die schnellere Einleitung einer Capsaicin-Therapie reduziert, die Schlafqualität und Mobilität werden verbessert, weitere Schmerzen durch Immobilität werden vermindert oder vermieden. Die Wohnortnähe ist gegeben. Es besteht eine persönliche Beziehung zu den niedergelassenen Ärzt*innen und die Anamnese ist bekannt.

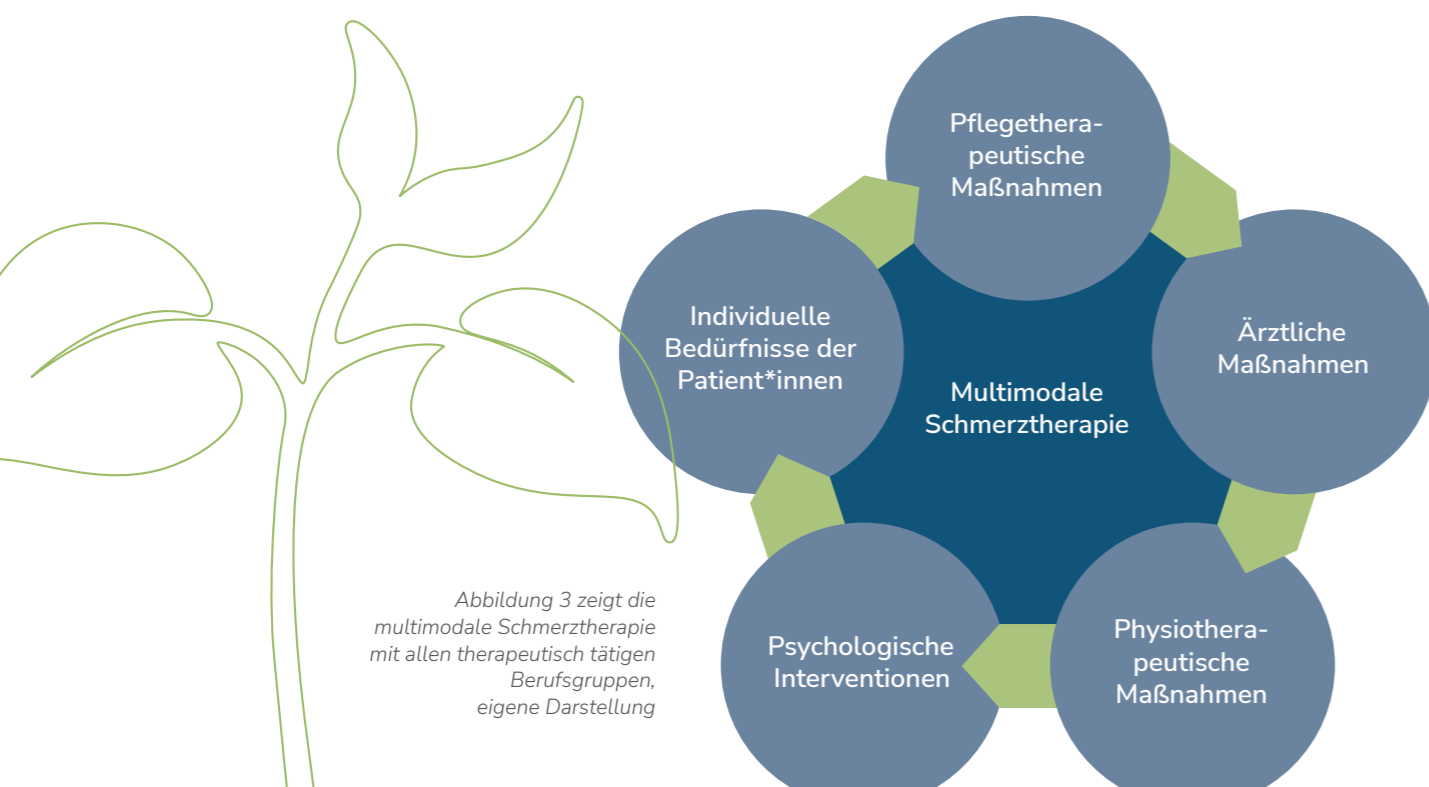


Abbildung 3 zeigt die multimodale Schmerztherapie mit allen therapeutisch tätigen Berufsgruppen, eigene Darstellung

7 PFLEGEBERATUNG? UND WER MACHT DANN DIE PFLEGE?

Oder anders formuliert: Warum die Kommunikation im Pflegeberuf einen hohen Stellenwert hat



Das Gespräch ist die erste und wichtigste pflegerische Maßnahme. Auf diese Kernkompetenz kann nicht verzichtet werden. Informelle Gespräche während einer anderen Tätigkeit wie Grundpflege können helfen, Informationen zu sammeln.

Ein Gespräch auf Augenhöhe zur notwendigen partizipativen Entscheidungsfindung kann nur gelingen, wenn die Rahmenbedingungen dafür hergestellt werden. Zeit und Raum werden vorab festgelegt, Ziele definiert und weitere Gespräche vereinbart. Entsprechend vorab definierte Gesprächstechniken werden angewandt (z. B. hypnotische Kommunikation, motivierende Gesprächsführung).

Fallbeispiel

Frau W., 35 Jahre alt, alleinerziehend, zwei Kinder im Schulalter, leidet seit der Geburt des zweiten Kindes unter Rückenschmerzen. Die Ehe wurde nach fünf Jahren geschieden. Der Vater der Kinder weigert sich, Kindergeld zu bezahlen, weil er derzeit wegen Arbeitslosigkeit selbst in einer finanziellen Krise ist. Ein Gerichtsverfahren läuft. Frau W. ist Angestellte in einem großen Unternehmen und übt einen vorwiegend sitzenden Beruf aus. Alle sechs Wochen wird sie stationär für eine Infusionstherapie aufgenommen. In dieser Zeit kümmern sich die Großeltern um die Kinder. Das Krankenhaus plant die Aufenthalte immer kürzer. Der Patientin wurde auch schon eine ambulante Therapie angeboten, die sie jedoch ablehnt. Es ist zu beobachten, dass die Schmerzen immer kurz vor der Entlassung zunehmen.

Interpretation des Fallbeispiels

Frau W. kümmert sich neben ihrem Job auch noch um ihre beiden schulpflichtigen Kinder. Sie ist überwiegend alleine für die Erziehung und den Haushalt zuständig. Durch die Weigerung ihres Exmannes, Kindergeld zu bezahlen, und durch das laufende Gerichtsverfahren kommen noch finanzielle Sorgen hinzu. Somit ist eine Mehrfachbelastung entstanden. Zusätzlich leidet sie schon seit mehreren Jahren unter Rückenschmerzen. Der stationäre Aufenthalt scheint für sie eine Auszeit von ihren Mehrfachbelastungen zu sein, da sich in dieser Zeit die Großeltern um ihre Kinder kümmern. Das kann ein Grund für die Ablehnung der angebotenen ambulanten Therapie sein.

Professionelle Intervention durch die Pain Nurse nach dem Pflegeprozess

In einem professionellen Beratungsgespräch benennt die Pain Nurse ihre Beobachtungen. Frau W. wird gefragt, warum sie glaubt, dass eine regelmäßige stationäre Therapie aus ihrer Sicht erforderlich ist. Frau W. beginnt von ihren Mehrfachbelastungen zu erzählen und dass sie keinen anderen Ausweg sieht, als durch einen stationären Aufenthalt ein wenig Abstand zu gewinnen. Sie muss aufgrund der finanziellen Situation arbeiten und kann die Stunden auch nicht reduzieren. Die Großeltern kümmern sich zwar während des Krankenhausaufenthalts um die Kinder, mehr Ressourcen können sie jedoch nicht freimachen.

Gemeinsam mit Frau W. werden Möglichkeiten besprochen (Kinderbetreuung, finanzielle Unterstützung etc.).

Zusätzlich werden komplementäre Pflegemethoden angeboten, um Frau W. auch bei wenig Zeitressourcen Gelegenheiten zur kurzfristigen Entspannung aufzuzeigen. Eventuell ist das Hinzuziehen weiterer Berufsgruppen wie Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen sinnvoll.

Handlungsempfehlungen und Leitlinien

Die S3-Leitlinie „Nationale Versorgungsleitlinie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen“ gibt eine starke Empfehlung für die individuelle Beratung und Information während des gesamten Krankheitsverlaufs bei Menschen mit nichtspezifischen Kreuzschmerzen (Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2017, S. 30).

Eine an die jeweiligen patient*innenbezogenen Bedürfnisse angepasste kognitive Verhaltenstherapie erhält in dieser Leitlinie ebenso eine starke Empfehlung (Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2017, S. 49).

DGKP und Pain Nurses verfügen durch ihre Grundausbildung über die Kernkompetenz für eine psychosoziale Betreuung und können im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie eine kognitive Verhaltenstherapie sowohl einleiten als auch gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen wie Psycholog*innen mitgestalten.

8 MOBILES SCHMERZTEAM

LUXUS ODER NOTWENDIGKEIT?



Oder anders formuliert:
von der Vision zur Umsetzung – das mobile Schmerzteam unter der Leitung der Pflege als Teil der Gesamtentwicklung der Schmerzversorgung in Österreich

Fallbeispiel

Herr K., 44 Jahre alt, ist verheiratet und hat zwei Kinder im Volksschulalter. Er arbeitet als Dachdecker bei einer Baufirma. Seine Frau ist aufgrund der Betreuungssituation geringfügig beschäftigt, er ist Hauptverdiener. Aufgrund seiner ständigen Belas-

tung sowie durch Fehlhaltungen verspürt er vermehrt Rückenschmerzen, die er zunächst ignoriert. Im Einzelfall nimmt er ein Schmerzmittel bzw. verwendet lokal Schmerzsalben. Da die Schmerzen auch im Ruhezustand nicht mehr besser werden, sucht er seinen Hausarzt auf, der ihm Ruhe verordnet und ihn ein

paar Tage krankschreibt. Zusätzlich bekommt er intramuskulär ein Schmerzmittel verabreicht. Nach einer Woche geht er wieder arbeiten, die Schmerzsituation verschlechtert sich jedoch weiter. Die Krankenstände häufen sich. Der Hausarzt überweist ihn in eine Schmerzambulanz, die Wartezeit bis zur Erstvorstellung beträgt vier Monate. Durch die Krankenstände bezieht Herr K. bereits Krankengeld. Die Baufirma setzt ihn mit der Mitteilung unter Druck, dass sie angesichts seiner vielen Krankenstände eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses andenkelt. Da er kaum mehr an Alltagsaktivitäten teilnehmen kann, leidet auch die familiäre Situation. Zusätzliche Therapien kann er aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen.

Interpretation des Fallbeispiels

Herr K. behandelt seine beginnenden Rückenschmerzen zunächst selbst. Vielleicht weil er hofft, dass diese von selbst vergehen, oder vielleicht weil die Ordinationszeiten seines Hausarztes nicht mit seinen Arbeitszeiten vereinbar sind. Präventionsprogramme sind in seiner Firma nicht vorhanden, auch fehlt das Wissen um die rechtzeitige Behandlung von akuten Schmerzen, wodurch es zu einem verzögerten Behandlungsbeginn kommt. Damit ist die Gefahr einer Chronifizierung gegeben. Darüber hinaus steigt durch die häufigen Krankenstände das Risiko auf Langzeitarbeitslosigkeit. Neben den psychosozialen Belastungen sind hier die Kosten für die Arbeitslosigkeit und eventuell Berufsunfähigkeit zu berücksichtigen.

Das ist ein klassisches Beispiel für die Art und Weise, wie Schmerztherapie in Österreich zurzeit oft erfolgt. Aktuell mangelt es hierzulande an spezialisierten Versorgungsstrukturen. Für die große Menge an Patient*innen mit Schmerzen fehlt es an einer flächendeckenden Versorgung. Schmerzambulanzen (im Jahr 2020 noch 48) werden Jahr für Jahr reduziert. Durch diesen Umstand müssen Patient*innen monatelanges Warten auf einen Ersttermin in Kauf nehmen, wie auch Oberärztin Dr. Gabriele Grögl-Aringer 2020 in einem Interview bestätigt hat (Bartmann, 2020, S. 8). Es bedarf also in Österreich einer vollständigen, gut vernetzten und allgemein akzeptierten stationären und ambulanten Schmerzversorgung.

Für die Versorgungslage außerhalb der Klinik braucht es regionale wohnortnahe Lösungen. Ein mögliches

Konzept wäre eine mobile fachliche Beratung im häuslichen Bereich. Durch die Etablierung von mobilen Diensten kann diese Versorgungslücke für Betroffene geschlossen werden.

Professionelle Intervention der Pain Nurse nach Pflegeprozess

Durch eine betriebliche Gesundheitsförderung können Arbeitnehmer*innen schon präventiv darüber informiert werden, wie man Schmerzen vorbeugen kann. Community Nurses/Pain Nurses können auch außerhalb von Gesundheitseinrichtungen in Unternehmen beratend tätig sein und gesundheitsfördernde Konzepte implementieren. Bei beginnenden Schmerzen ist eine frühzeitige Behandlung sinnvoll, von Selbstbehandlungen wird abgeraten. In einem Fall wie dem von Herrn K. heißt das: Präventionsprogramme vonseiten der Arbeitgeber*innen, weitere Beratungen durch Community Nurses/Pain Nurses, Einleiten entsprechender Maßnahmen. Bei länger andauernden Schmerzzuständen kann eine Vorstellung von und Vernetzung mit mobilen Schmerzteams erfolgen. Das Ziel: die Vermeidung von Chronifizierung und daraus resultierender Berufsunfähigkeit.

Nichts beeinträchtigt die Lebensqualität von Menschen mehr als Schmerzen.

Versorgung durch Schmerzteams im niedergelassenen Bereich

„Um Menschen zu ermöglichen, weiterhin in ihrem Zuhause betreut zu werden, wird zur Entlastung der pflegenden Angehörigen die mobile Pflege und Betreuung ausgebaut und weiterentwickelt [...] Durch ein ausgeweitetes Angebot an Beratung und Information sollen Pflegenden zusätzlich in ihrer Arbeit unterstützt werden. Ziel der neuen Bundesregierung ist es, qualitätsvolle Pflege auch in Zukunft zu sichern. (Auszug aus dem aktuellen Regierungsprogramm: Aus Verantwortung für Österreich 2020–2024, online abgerufen unter <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html> am 20.09.2022, S. 242)

Die Unterversorgung wurde in einer europaweiten Studie bestätigt. Dies betrifft sowohl medikamentöse als auch – in größerem Umfang – nichtmedikamentöse Therapien (Strohbücker, 2005, S. 35).

Was kann ein mobiles Schmerzteam leisten?

Für eine hohe Qualität der Behandlung von Schmerzpatient*innen sind neben der hausärztlichen Versorgung, den stationären Zentren, den Ambulanzen und Fachärzt*innen auch weiterführende Beratung und Betreuung im häuslichen Umfeld nötig. Durch ein gezieltes, zeitgerechtes Schmerzmanagement können Schmerzen gelindert und/oder kann eine Chronifizierung verhindert werden. Dies setzt eine individuelle hochprofessionelle sowie kontinuierliche Schmerztherapie voraus. Durch diese können schmerzbedingte Komplikationen, Rettungseinsätze und Spitalsaufenthalte reduziert und die Mobilität und Lebensqualität, manchmal auch die Heilungsprozesse deutlich verbessert werden.

Welche Professionen sind im mobilen Schmerzteam vertreten?

Das Team sollte multiprofessionell zusammengesetzt sein, d.h. aus pflegerischem Personal, Ärzt*innen, Physio-, Ergo- und Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen etc. Die Mitarbeiter*innen eines mobilen Schmerzteams müssen sowohl berufliche als auch persönliche Qualifikationen mitbringen. Es bedarf einer Weiterbildung der Pflege zu Schmerzexpert*innen nach § 64 GuKG sowie bei Ärzt*innen eines Schmerzdiplooms. Pflegenden verbringen die meiste Zeit mit den Patient*innen, durch diese Nähe nehmen sie Veränderungen im Schmerzverlauf als Erste wahr. Sie können am besten erkennen, „welche Bedingungskonstellationen das Schmerzerleben im Alltag intensivieren und lindern“ (Ekert & Ekert, 2010, S. 181). Durch diese zentrale Aufgabe sind sie ein essenzieller Bestandteil in der multimodalen, interdisziplinären Schmerztherapie. Neben schmerzlindernden pflegerischen Maßnahmen können Pflegepersonen, die über ein fundiertes Wissen verfügen, die Situation der Patient*innen oft entscheidend verbessern (Müller-Mundt, 2001, S. 98).

Die Erweiterung von Handlungsspielräumen in Bezug auf Schmerzbewältigungsstrategien, der reale organisatorische und emotionale Rückhalt für Betroffene und Angehörige, das Vermitteln eines sicheren Umgangs mit den Betroffenen, deren Medikation und deren Therapien sowie die Vermittlung zu anderen Diensten sind von zentraler Bedeutung und geben Sicherheit und eine wichtige Unterstützung in dieser Versorgungslücke (Hackler, 2012).

Wie sind die Zugangskriterien?

Zielgruppe sind von einer Schmerzerkrankung Betroffene mit der Gefahr einer Chronifizierung des Schmerzes. Chronischen Schmerzpatient*innen fällt es oftmals schwer, die Wohnung zu verlassen. Eine adäquate ambulante Versorgung sollte hier geplant und umgesetzt werden. Die Ziele orientieren sich an den Bedürfnissen der Klient*innen, wobei die zeitnahe Versorgung der Schmerzpatient*innen oberstes Prinzip ist. Mehrmonatiges Warten auf eine Versorgung ist aus vielerlei Gründen inakzeptabel.

Das Team wird auf Anfrage oder bei Anforderung tätig für

- Betroffene und deren Angehörige sowie
- Betreuer*innen vor Ort in komplexen Situationen, in denen spezielle Expertise notwendig ist.

Welche Aufgaben übernimmt das mobile Schmerzteam?

- Schmerzanamnese, Anwendung von Schmerzassessmentinstrumenten in Ergänzung und Zusammenarbeit mit Schmerzzambulanzen
- Information über die korrekte Einnahme der Medikamente und Evaluation der Wirksamkeit der verordneten Schmerzmedikamente
- Nebenwirkungsmanagement
- Information, Beratung und Schulung von nichtmedikamentösen Maßnahmen
- Zeitnahe Setzen von Maßnahmen, um eine Chronifizierung zu verhindern – durch frühzeitige Risikoidentifizierung und Erkennen von Warnsignalen
- Intensive Kommunikation zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich
- Vernetzung mit anderen Berufsgruppen (Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen, ...)
- Beratung und Unterstützung von An- und Zugehörigen

Welche Vorteile bietet ein mobiles Schmerzteam für die Betroffenen und ihr Umfeld:

- **kostenloses Angebot**
- Reduktion des Auftretens von Schmerzen
- Verbesserung der Kontinuität der Schmerzbehandlung
- Verkürzung der Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerzen und der Behandlung

- Definition der Aufgaben der Pflege innerhalb des Schmerzmanagements
- Stärkung der fachlichen Kompetenz der Pflegenden
- Förderung der Selbstpflegekompetenz der Betroffenen
- Erlangen/Wiedererlangen der Erwerbstätigkeit/ Lebensqualität

für das Gesundheitssystem:

Die weite Verbreitung des Symptoms Schmerz hat nicht nur dramatische Folgen für jeden einzelnen Betroffenen, sondern auch für das Gesundheits- und Sozialsystem, wie einmal mehr eine große europäische Studie von EFIC im Jahr 2003 belegt hat (Breivik, Eisenberg & O'Brien, The individual and societal burdens of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation

and action to improve knowledge and availability of appropriate care, 2013), (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Diese Untersuchung konnte bei Schmerzpatient*innen einen deutlichen negativen Zusammenhang zwischen Schmerzstärke und mentalem und physischem Befinden nachweisen.

Ebenso zeigte sich laut OA Dr. Wolfgang Jaksch: „Je stärker die Schmerzen sind, umso stärker ausgeprägt sind auch der Verlust an Lebensqualität, der Aktivitätsverlust und Krankenstände und umso mehr werden Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen (Jaksch, 2016, „Eine Lanze für die Schmerzmedizin“. In: Ärzte Exklusiv, online abgerufen unter <https://archiv.aerzte-exklusiv.at/news/article/eine-lanze-fuer-die-schmerzmedizin.html> am 26.09.2022).

Schmerzbetreuung			
	Grundversorgung	spezialisierte Versorgung	
	traditionelle Dienstleister*innen	unterstützende Angebote	betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhaus, Schmerzzambulanz	Schmerzdienst	Schmerztherapiezentren
Langzeitbereich	Basisversorgung Hausärzt*innen	mobiles Schmerzteam	multimodale Schmerztherapie
häuslicher Bereich			
	einfachere Situation	komplexe Situation, schwierige Fragestellungen	

Abbildung 4: M. Klee, eigene Darstellung

Vernetzung

Bei der Betreuung von Patient*innen durch das mobile Schmerzteam ist die Festlegung der einzelnen Arbeitsschritte notwendig, um einen reibungslosen Ablauf innerhalb des Teams und eine gute Zusammenarbeit mit anderen Organisationen des Gesundheitswesens und mit den primären Betreuer*innen der Patient*innen zu gewährleisten. Das mobile Schmerzteam arbeitet nicht nur innerhalb des Teams eng zusammen, sondern steht auch in Kooperation mit vernetz-

ten Organisationen des Gesundheitswesens. Diese externen Partner*innen sind zum Beispiel: Hausärzt*innen, Hauskrankenpflege, Krankenhäuser, Ambulanzen, Fachärzt*innen, Therapeut*innen usw. Die Dienste, die von einem mobilen Schmerzteam angeboten werden, stellen in vielen Fällen eine beträchtliche Entlastung der Patient*innen und Angehörigen, aber auch der Hausärzt*innen und der Hauskrankenpflegedienste dar.

Finanzierung

Die Finanzierung eines mobilen Schmerzteams sollte von Interesse für die Krankenkassen sein. Die ständige Suche nach Ärzt*innen und Therapeut*innen, die das Leiden lindern sollen, das so genannte „Doctor-Shopping“, verursacht den Gesundheitskassen hohe Ausgaben. Die Finanzierung aus öffentlicher Hand ist absolut notwendig, da es sich beim mobilen Schmerzteam um eine völlig neuartige Nahtstelle zwischen Krankenhaus und mobiler Versorgung handelt. Es

entlastet Hausärzt*innen ebenso wie Spitalsambulanzen. Das Zitat von Cicely Saunders „Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“ verdeutlicht besonders gut, dass es hoch an der Zeit ist, die bestmögliche pflegerische und therapeutische Behandlung für jeden einzelnen Menschen im interprofessionellen Team zu ermöglichen. Dazu könnte ein mobiles Schmerzteam einen erheblichen Beitrag leisten.

9 SCHLUSSWORTE



Das Positionspapier „Pain Nurse“ zeigt in den Fallbeispielen die vielseitigen Aufgabengebiete im Schmerzmanagement auf.

Die Akademisierung der Pflege ist notwendig, um professionell mit den Patient*innen sowie interprofessionell mit anderen Berufsgruppen arbeiten zu können. Forschung und wissenschaftliches Arbeiten sind für Pflegekräfte eine unerlässliche Grundlage, um eine evidenzbasierte Pflegetherapie anbieten und durchführen zu können.

Obwohl es zahlreiche Aspekte zu bedenken und viele Hürden zu meistern gilt, wird in der Schmerzversorgung von Patient*innen bereits gute Arbeit geleistet. Es muss jedoch gelingen, eine flächendeckende Lösung

zu finden. Vor allem verdeutlicht dies den Patient*innen, dass ihre Beschwerden ernst genommen und sie in ihrer Not nicht alleine gelassen, sondern kompetent versorgt werden.

Trotz der derzeitigen Einsparungen im Gesundheitswesen besteht die Hoffnung auf eine Umsetzung des Regierungsprogramms. Regionale Pilotprojekte und die Vision eines mobilen Schmerzteams könnten finanzielle Unterstützung erhalten. Sie würden die Kosten des Gesundheitssystems insgesamt reduzieren.

10 LITERATURVERZEICHNIS

AWMF, DGK & DKH (2020). S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“.

Bartmann, I. (2020). Chronifizierung durch lange Wartezeiten. *Arzt&Praxis*, S. 6–9.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, S. 287–333.

Breivik, H., Eisenberg, E., & O'Brien, T. (2013). The individual and societal burdens of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. doi: 10.1186/1471-2458-13-1229, 1–14.

Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017). S3-Leitlinie „Nationale Versorgungsleitlinie nichtspezifischer Kreuzschmerzen“, S. 30 u. S. 49.

Carr, E., & Mann, E. (2014). Schmerz und Schmerzmanagement. *Praxishandbuch für Pflegeberufe*. Bern: Verlag Hans Huber.

Deutsche Schmerzgesellschaft (2017). Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Von <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/leitlinien-zur-schmerzbehandlung/lonts-1>. abgerufen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020). Positionspapier Advanced Practice Nursing. Berlin.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020). Positionspapier Advanced Practice Nursing. Von <https://www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/Positionspapiere.php>. abgerufen.

DGAI (2021). S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“.

DNQP (2005). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Osnabrück: DNQP.

DNQP (2020). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Egger, J. (2017). Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin. Wien: Facultas Verlag.

Ekert, C., & Ekert, B. (2010). Psychologie für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme.

Engel, G. (2011). Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Eychmüller, S. (2012). SENS macht Sinn – Der Weg zu einer neuen Assessment-Struktur in der Palliative Care. *Therapeutische Umschau*, S. 69 (2) 87–90.

Gesundheit Österreich GmbH (2021). Fördercall Community Nurse.

Geyrhofer, S. (01 2021). Multimodale Schmerztherapie – ohne Pflege geht das nicht! *Schmerznachrichten*, S. 58–59.

Geyrhofer, S. (2022). Der Einsatz von Community Nursing im Schmerzmanagement. *Schmerznachrichten* Nr. 2, S. 104–105.

Geyrhofer, S. (2022). Pflegetherapie im Schmerzmanagement. Wien: Facultas.

Hackler, E. (2012). Chronische Schmerzen im Alter. Erfordernisse einer effektiven Schmerzversorgung. Von Deutsche Seniorenliga e.V.: <https://www.deutsche-seniorenliga.de/presse/presse-archiv/105-auch-im-alter-schmerzen-nicht-hinnehmen.html> abgerufen.

Heering, C. (1995). Theorie und Praxis der Pflegevisite. Die Schwester/Der Pfleger, S. 302–306.

Heintze, C. (2015). Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Von www.fes.de/wiso: <https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=001860475907637661170:98f4za9tqli&q=https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf&sa=U&ved=2ahUKE-wiH4r69mbL6AhXLsaQKHcTWD1gQFnoECAEQAg&usq=AOvVaw3uxaRXb5XQ8lbn4VuOTZ-d> abgerufen.

Herdmann, T., & Kamitsuru, S. (2019). NANDA International Pflegediagnosen 2018–2020. Kassel: RECOM GmbH.

Jaksch (2016). „Eine Lanze für die Schmerzmedizin“. In: Ärzte Exklusiv, online abgerufen unter <https://archiv.aerzte-exklusiv.at/news/article/eine-lanzefuer-die-schmerzmedizin.html> am 26.09.2022.

Kröner-Herwig, B. (2017). Schmerz als biopsychosoziales Phänomen – eine Einführung. In Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R., & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung (S. 3–16). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Likar, R., Jaksch, W., & Geyrhofer, S., et al. (2017). Interdisziplinäres Positionspapier „Perioperatives Schmerzmanagement“. Der Schmerz, S. 463–482.

Likar, R., Stromer, W., Donnerer, J., & Geyrhofer, S. (2020). Positionspapier Schmerzen, Schmerzerfassung und Schmerztherapie im Alter: Besonderheiten und Empfehlungen. Schmerznachrichten, S. 1–20.

Lindpaintner, L. (2007). Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege. Pflege, S. 185–190.

Müller-Mundt, G. (2001). Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements. In Hurrelmann, K., & Leppin, A. Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. (S. 94–106). Bern, Göttingen: Huber Verlag.

McMahon, S. B., & Wall, P. D. (1986). The relationship of perceived pain to afferent nerve impulses. Trends in Neurosciences, S. 254–255.

Mimmler, K. I. (2018). Schmerz zwischen Tür und Angel – Optimierung des perioperativen Schmerzmanagements durch die anästhesiologische Pflegevisite. Schmerznachrichten Nr. 2, S. 52–54.

Schneider, F. (2007). Untersuchung der Bedeutung einer präoperativen Pflegevisite für die perioperative Schmerztherapie. GRIN.

Schnitzler, P., & Reichling, J. (25. Mai 2011). Wirksamkeit von Pflanzenprodukten gegen Herpesinfektionen. HNO, S. 59:1176–1184.

Stürmer, N., Frei, I. A., & Nicca, D. (2021). Erfahrungen von Advanced Practice Nurses mit einem klinischen Weiterbildungsstudiengang im Kontext ihrer beruflichen Entwicklung. Pflege 34 (4), S. 213–220.

Strohbücker, B. (2005). Schmerzprävalenz an einer deutschen Universitätsklinik: Vorkommen und Intensität von Schmerzen bei stationären Patienten. In Bartholomeyczik, S., & Nonn, C. Fokus: Epidemiologie und Pflege (S. 32–68). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

Weiss, S., & Lust, A. (2021). GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.


11 ANHANG

TÄTIGKEITSPROFIL EINER PAIN NURSE

Zusätzlich zu den Tätigkeiten der DGKP im Rahmen ihrer pflegerischen Kernkompetenzen und der Mitwirkung bei der medizinischen Diagnostik und Therapie übernimmt die Pain Nurse in Anlehnung an den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ (DNQP, 2020, S. 27) folgende Tätigkeiten:

- Sie erstellt auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse die Möglichkeiten der zielgruppenspezifischen Schmerzeinschätzung. Sie evaluiert in regelmäßigen Abständen (z. B. vierteljährlich) die Anwendung und Anwendbarkeit der Schmerzassessmentinstrumente und überprüft mittels des Erhebungsbogens, ob eine systematische Schmerzeinschätzung durchgeführt wird. Sie evaluiert den Ablauf des pflegerischen Schmerzmanagements in ihrem Bereich/in ihrer Institution. Sie verwendet dabei die Erhebungsbögen, die vom DNQP zur Verfügung gestellt werden.
- Sie definiert gemeinsam mit dem interprofessionellen Team die Möglichkeiten zur Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen. Sie berücksichtigt dabei das biopsychosoziale Modell und sorgt dafür, dass jede DGKP das Modell auch ohne Weiterbildung zur Pain Nurse anwenden kann.
- Sie evaluiert in regelmäßigen Abständen die Anwendbarkeit der Standards und aktualisiert diese bei Bedarf gemeinsam mit dem interprofessionellen Team.
- Sie evaluiert die Umsetzung der nichtmedikamentösen Maßnahmen und aktualisiert diese bei Bedarf. Sie erhebt, ob die Einrichtung die erforderlichen Materialien zeitnah zur Verfügung stellt. Bei Feststellen von Verzögerungen werden gemeinsam mit den zuständigen Stabsstellen die Ursachen erhoben und, wenn möglich, beseitigt.
- Sie erstellt gemeinsam mit dem interprofessionellen Team sowohl für das pflegerische Team als auch für die Patient*innen und deren Angehörige Schulungs- und Informationsunterlagen.
- Sie erstellt gemeinsam mit dem interprofessionellen Team eine gültige Handlungsanweisung für das Schmerzmanagement. Weiters werden medikamentöse und nichtmedikamentöse Standards erstellt. Die Durchführung der medikamentösen und nichtmedikamentösen Schmerztherapie erfolgt unter Berücksichtigung der §§ 14, 15 und 16 des GuKG.
- Sie erstellt gemeinsam mit dem interprofessionellen Team ein Fortbildungsprogramm auf Basis der individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Teams auf den Abteilungen und übernimmt oder koordiniert Schulungen in regelmäßigen Abständen. Sie evaluiert mit entsprechenden Evaluierungsbögen, wie sich die Schulungen auf die Praxis auswirken (vorher/nachher).

- Sie erhebt den Bedarf der Schulung im jeweiligen Bereich (Chirurgie, Onkologie, Interne, Neurologie, Geriatrie, ...) und koordiniert Schulungen im Bereich der konzeptgeleiteten und zielgerichteten Gesprächsführung. Es werden folgende Konzepte zur Gesprächsführung angewandt: motivierende Gesprächsführung, hypnotische Kommunikation.
- Sie übernimmt bei speziellem Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarf im Rahmen eines Schmerzkonsils die Beratung der betroffenen Patient*innen sowie von deren Angehörigen, koordiniert weitere Interventionen, zum Beispiel durch Hinzuziehung von Sozialarbeiter*innen und/oder Psycholog*innen, und sorgt gegebenenfalls für regelmäßige Beratungsstunden.
- Sie evaluiert in regelmäßigen Abständen, wie häufig spezieller Beratungsbedarf gegeben ist und ob die Schulungsunterlagen den Kriterien entsprechend erstellt wurden. Gemeinsam mit dem interprofessionellen Team sorgt sie für die Einhaltung der Qualitätskriterien und wirkt beim Qualitäts- und Risikomanagement mit.
- Sie übernimmt und koordiniert die Leitung von Patient*innen-Schmerzgruppen mit dem Ziel, gemeinsam Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.
- Sie evaluiert in regelmäßigen Abständen Schulungsunterlagen unter Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Kriterien und aktuellen Handlungsempfehlungen und Leitlinien.
- Sie koordiniert gemeinsam mit dem interprofessionellen Team den Umgang mit schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen und übernimmt oder koordiniert die Schulung der Teammitglieder beim Nebenwirkungsmanagement. Es werden Maßnahmen zur Prophylaxe von Nebenwirkungen und Maßnahmen zur Schmerzvermeidung und zur Schmerzlinderung in einem Organisationsstandard festgelegt. Dabei werden ausdrücklich die pflegerischen Kernkompetenzen nach § 14 GuKG berücksichtigt.
- Sie beschreibt pflegerische Interventionen, die möglicherweise Schmerzen auslösen können, und sorgt für die Durchführung von prophylaktischen schmerzvermeidenden oder -verringenden Maßnahmen:
 - z. B. durch den Verzicht auf einen nicht unbedingt notwendigen schmerzhaften Verbandswechsel
 - z. B. durch die Anwendung von hypnotischer Kommunikation während des Verbandswechsels
 - z. B. durch die professionelle Positionierung und Anwendung von Aromapflege, um die Situation erträglicher zu gestalten
- Sie gibt ihre Erfahrungen und ihr Wissen rund um das Nebenwirkungsmanagement und die präventiven Maßnahmen zur Schmerzvermeidung durch fortbildende Publikationen weiter. Sie vernetzt sich mit anderen Pain Nurses und sorgt so für den Erfahrungsaustausch und die Erweiterung von Expert*innenwissen.
- Sie diskutiert im interprofessionellen Team die vorgegebenen Cut-off-Points (das ist der Schmerzwert, ab dem eine Intervention erfolgen soll), insbesondere die Interventionsgrenzen und die Sinnhaftigkeit. Sie formuliert individuelle Vorgaben und sorgt dafür, dass die persönlichen Bedürfnisse der Patient*innen und Klient*innen gewahrt bleiben und individuell vereinbarte Referenzwerte den Cut-off-Point ersetzen. Sie beschreibt Abläufe, die eine Vorgehensweise auch abseits der Interventionsgrenzen ermöglichen. Sie erklärt die Unterscheidung zwischen stabiler/instabiler Situation und stellt sicher, dass klinische Pflegediagnostik stattfindet.
- Sie überprüft in regelmäßigen Abständen, ob die internen Standards und Abläufe zum Behandlungserfolg beitragen und praktikabel sind. Sie sorgt dafür, dass ihr pflegerisches Team auch bei Abweichungen von Standards und Abläufen im gesetzlichen Rahmen agiert, und trägt so zur Erhöhung der Sicherheit im Team bei.
- Sie beantwortet die Frage: „Was ist, wenn mein Handeln vom Standard abweicht oder der/die Patient*in die standardisierten Maßnahmen ablehnt?“



„Krankenpflege ist keine Ferienarbeit. Sie ist eine Kunst und fordert, wenn sie Kunst werden soll, eine ebenso große Hingabe, eine ebenso große Vorbereitung wie das Werk eines Malers oder Bildhauers.“

(Florence Nightingale, 1820–1910)

GeSGuK

Gesellschaft für Schmerzmanagement
der Gesundheits- und Krankenpflege

www.gesguk.at