

# 1 Menschen – Schmerz – Pflege – Medizin

Bis auf ganz wenige Ausnahmen kennen alle Menschen Schmerzen. Schon in der frühesten Kindheit haben wir die ersten Erfahrungen mit Schmerzen gemacht. Mehr oder weniger dramatische Ereignisse haben uns unterschiedliche Intensitäten von Schmerz erleben lassen. Jeder Mensch hat seine eigenen Erfahrungen, die sich nur begrenzt mit der eines anderen Menschen vergleichen lassen. Auch wenn sich die meisten Frauen einig sind, den Geburtsschmerz als sehr extrem zu bewerten, so gibt es auch bei diesem Schmerz unterschiedliche Bewertungen seitens der Mütter. Einige Frauen entscheiden sich aufgrund ihrer Einstellung für eine rückenmarksnahe Anästhesieform, andere wiederum wollen überhaupt keine Medikamente oder Narkoseformen zur Unterdrückung des Schmerzes, sie wollen ihr Kind auf „natürlichem Wege“ zu Welt bringen – unabhängig davon, wie stark sie den Schmerz erleben.

Sind Menschen krank und haben aufgrund einer akuten oder chronischen Krankheit Schmerzen, kann immer wieder beobachtet werden, dass sie diese unterschiedlich erleben und damit umgehen und dementsprechend ihre Entscheidung bzw. Einstellung für – oder gegen – eine Schmerztherapie sehr verschieden sein kann.

Das Erleben der Menschen mit Schmerzen, ihr Umgang und ihre Bewältigung solcher Situationen sind sehr vielfältig und unterschiedlich. Es hängt von vielen Faktoren ab: Die psychische Komponente spielt beim Schmerz eine zentrale Rolle und führt zu verschiedenartigen Reaktionen und Arten des Umgangs. Diese Situation erfordert eine individuelle und patientenorientierte Betreuung und Pflege, welche die Bedürfnisse der Patienten mit Schmerzen berücksichtigt. Für einige Menschen ist zunächst die Information und Beratung zum Thema Schmerz und Schmerztherapie ein wichtiger Schritt, denn oftmals herrschen in der Bevölkerung Meinungen vor, die es im Sinne des Patienten zu „korrigieren“ bzw. unbedingt zu erklären gilt. Beispielsweise verbinden immer noch viele Menschen mit einer Opiatgabe ihr schnelles und baldiges Ableben, oder sie haben Angst vor einer „Sucht“. Aus solchen Ängsten und Sorgen können Haltungen gegen eine Schmerztherapie entstehen, die aufzuklären sind, damit der Mensch sich auf eine potente Schmerztherapie einlassen kann. Wichtig ist hierbei: Der Mensch „kann“ sich einlassen, er „muss“ sich aber nicht einlassen. Jeder Mensch hat das Recht, eine Schmerztherapie abzulehnen, nur sollte er dies „mit“ und nicht aufgrund „fehlender“ Informationen tun. Ein Mensch benötigt Wissen, um eine Entscheidung für oder gegen etwas treffen zu können.

Die einzige richtige Haltung aller Berufsgruppen Menschen mit Schmerzen gegenüber ist die, den Menschen mit seinen Schmerzen

ernst zu nehmen. Für Patienten mit Schmerzen gilt grundsätzlich: „Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat“ (McCaffery et al. 1997, S. 12).

Wenn alle Professionellen, Pflegende wie Ärzte, diese Haltung in ihren beruflichen Alltag einbringen, dann wäre schon beinah die „Hälfte“ der gesamten Arbeit zum Thema Schmerzmanagement getan.

Manchmal herrscht noch eine andere Haltung vor – eher die persönliche Haltung eines jeden Einzelnen. Da hört man Sätze von Pflegenden und Ärzten wie: „Das kann doch gar nicht weh tun“; „Sie hat doch gerade erst etwas bekommen“; „Es ist gleich vorbei“ oder „Vielleicht geben wir mal ein Placebo, ich glaube, sie simuliert“. Aber auch die Betroffenen selbst haben manchmal eine solche Haltung: „Nein, ich möchte keine Schmerzmittel“; „Wenn ich still liege, kann ich es aushalten“ oder „Ich habe Angst vor Schmerzmitteln, ich will nicht abhängig werden“; „Schmerzen gehören doch zu einer Operation dazu“. Diese Zitate kann sicher ein jeder für sich beliebig ergänzen. Daran ist zu erkennen, dass die Haltung und Meinung zu Schmerzen und der entsprechenden Schmerztherapie oft sehr verschieden ist. Es bedarf an vielen Stellen zunächst der Wissensvermittlung, Erklärungen und Beratungen, damit ein Überdenken und schlussendlich die Veränderung der Position, sei es bei den Pflegenden und Ärzten und/oder auch bei den Patienten und ihren Angehörigen möglich wird.

Die Schmerztherapie in Deutschland ist theoretisch insgesamt auf einem sehr hohen Niveau, dagegen ist die konkrete Anpassung der Schmerztherapie an die individuelle Situation des Patienten nicht auf der qualitativen Ebene, auf der sie sein könnte. Mögliche Gründe dafür sind bereits angesprochen worden. Hinzu kommt die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema Schmerz und Schmerzmanagement. Die bei manchen Menschen (Ärzten, Pflegenden und großen Teilen der Bevölkerung) fehlende Kenntnis zu diesem Thema ist bekannt und wird immer wieder diskutiert und bemängelt. Im Studium und in der Ausbildung besitzt dieses Thema unterschiedliche Prioritäten, mal wird es mehr, mal weniger intensiv behandelt. Die Folge ist eine unterschiedliche Behandlung, Betreuung und Beratung von Patienten mit Schmerzen.

Auch bei schweren Tumorerkrankungen ist ein qualifiziertes Schmerzmanagement für die Patienten nicht immer garantiert. Bei Patienten, die Schmerzen aufgrund einer nicht-malignen Erkrankung haben, ist die Situation noch schwieriger. Die Gründe dafür sind vielfältig, Müller-Mundt (2008) sieht einen Grund darin, dass die medizinische Versorgungspraxis primär kurativ ausgerichtet ist. In diesem System wird der subjektiven Befindenslage der Erkrankten eher geringe Bedeutung beigemessen (Müller-Mundt 2008).

Aufgrund dieser Erkenntnisse wird an vielen Stellen zum Thema „Schmerz“ gearbeitet, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Der Expertenstandard Schmerzmanagement bei akuten und chronisch tumorbedingten Schmerzen (DNQP 2005) ist dazu ein nachhaltiger Beitrag aus pflegerischer Perspektive, die aktuellen

S3-Leitlinien (AWMF 2007) zur Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen sind dazu u. a. ein Beitrag aus medizinischer Sicht. Für Psychotherapeuten existiert eine Leitlinie, in der die Begutachtung der Patienten mit Schmerzen festgelegt ist (AWMF 2007). Auch bundesweite Forschungsprojekte wie das interdisziplinäre Forschungsprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ tragen dazu bei, die Situation von Menschen mit Schmerzen zu verbessern und zu verändern.

## **Warum einen Praxisleitfaden zur Umsetzung des Schmerzmanagements?**

Manchmal steht man vor der großen Aufgabe, etwas Neues einzuführen und bisher bestehende Prozesse zu verändern. Dieses Buch soll bei der Einführung des Schmerzmanagements eine Unterstützung sein und einen Leitfaden darstellen, mit dem die Umsetzung in einem Unternehmen ein wenig leichter fallen soll. Hier wird beschrieben, wie man konkret vorgehen kann, um das Schmerzmanagement einzuführen. Dabei steht die Praxis im Vordergrund, und es gibt Tipps und Hinweise, wie man das eine oder andere Problem schon im Vorfeld aus dem Weg räumen kann.

Wie beginnt man eigentlich konkret mit der Arbeit, wenn man das Buch zum Expertenstandard Schmerzmanagement in den Händen hält, welches sind die ersten Schritte, und wenn man die gemacht hat, wie geht es dann weiter? Wie wird aus der Einführung und Umsetzung des Expertenstandards auf einer ganz konkreten Station ein großes interdisziplinäres Projekt zur Einführung des Expertenstandards in einem ganzen Krankenhaus oder Altenheim? Welche Strukturen und Ressourcen benötigt man dazu, ohne die Projektleiter oder die Pflegenden und Ärzte zu überfordern? Darüber hinaus müssen die theoretischen Anforderungen natürlich Berücksichtigung finden. Deswegen ist der erste Teil des Buchs recht „theorielastig“. Man muss sich mit dem theoretischen Rahmen der Expertenstandards beschäftigen, um die Systematik, die dahinter steht, zu verstehen, denn erst dann wird die Systematik dieser wichtigen Inhalte Einzug in den Pflegealltag finden. Am Ende des Buchs ist dann dem Leser deutlich, wie man in seiner Abteilung, auf seiner Station oder in seinem Pflegeheim diese Standards umsetzen kann. Es funktioniert eben nicht, wie mancherorts schon mal geschehen, einfach den Expertenstandard (die tabellarische Darstellung) zu kopieren, auf der Station oder dem Wohnbereich auszuhängen und dann ist man fertig – der Expertenstandard ist eingeführt.

Bei der Einführung neuer Inhalte ist es immer ein ganz entscheidendes Ziel, die Nachhaltigkeit und Verfestigung des Wissens zu erreichen. Es nutzt nicht viel, wenn sich Arbeits- oder Projektgruppen in vielen Sitzungen mit der Einführung neuer Inhalte beschäftigt haben, und nach Abschluss des Projekts verschwindet vieles davon wieder im „Nirgendwo“ oder in Schubladen. Hier liegt auch ein wenig die Herausforderung der Arbeit. Natürlich ist bekannt, dass nach Einführung eines Themas – wenn nicht mehr die ganze Aufmerksamkeit

Wissen soll nicht wieder verschwinden

der Beteiligten darauf gelenkt ist – die Qualität wieder ein wenig absinkt. Das liegt in der Natur der Sache, die Werbekampagnen zum Thema AIDS haben hier ein ähnliches Phänomen gezeigt. Wird der Fokus auf ein Thema gerichtet, z. B. durch ein Projekt oder Werbung, ist die Aufmerksamkeit hoch. Ist das Projekt beendet oder wird die Werbung weniger, schwindet auch die Aufmerksamkeit der Menschen wieder und richtet sich auf ein anderes Thema. Auch wenn die Aufmerksamkeit nachlässt, so sollten doch die meisten Ziele, die man sich für die Arbeit gesteckt hat, weiterhin erreicht werden. Hier hilft das sogenannte Audit (= prüfen) ungemein, denn dadurch lässt sich konkret die Zielerreichung der einzelnen Standardkriterien messen – aber dazu in späteren Kapiteln des Buchs mehr. In der Implementierung und nachhaltigen Umsetzung von Expertenstandards steckt viel Arbeit, aber sie ist machbar und führt – so meine Erfahrung – neben der verbesserten Schmerzsituation der Patienten auch zu einer höheren Motivation der Pflegenden und der Ärzte, weil sie Erfolge in der Versorgung der Patienten und in einer verbesserten Arbeitsstruktur sehen, und das sind ganz entscheidende Faktoren. Bevor der praktische Teil dargestellt wird, werden zunächst die theoretischen Schwerpunkte abgebildet und besprochen.

## 2 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wie aus dem Namen des Netzwerks bereits zu erkennen ist, ist das Thema Qualitätsentwicklung in der Pflege die zentrale Aufgabe des DNQP. Das DNQP ist der Fachhochschule Osnabrück angegliedert und setzt sich aus Fachexperten der Pflege zusammen.

Ursprung der Expertenstandards

Die Arbeit des DNQP ist bundesweit ausgerichtet. Übergreifendes Ziel der Tätigkeit ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Expertenstandards in allen Fachbereichen der Pflege. Die zentrale Aufgabe des DNQP ist dabei die Entwicklung, Konsentierung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards. Dazu gehört auch die Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und Qualitätsmessung, die in der Pflegepraxis genutzt werden. Hierzu zählt beispielsweise die Entwicklung des spezifischen Auditinstruments, das zu jedem Expertenstandard gehört.

Das DNQP hat zur Steuerung der inhaltlichen Arbeit einen Lenkungsausschuss installiert. Diesem gehören Pflegepraktiker und Pflegewissenschaftler an, die in den verschiedenen Disziplinen der Pflege, der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft, der Pflegelehre oder des Pflegemanagements arbeiten. Die Mitglieder des Lenkungsausschusses befassen sich in verschiedenen Dimensionen mit den Themen der Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Das DNQP selbst besteht aus Mitarbeitern eines wissenschaftlichen Teams, das die Verantwortung für die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen trägt. Das DNQP arbeitet seit 1999 auf nationaler Ebene eng mit dem Deutschen Pflegerat e. V. (DPR) und mit der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS) zusammen. Finanzielle Förderung zur Entwicklung der Expertenstandards erhält das DNQP durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Auf europäischer Ebene besteht ein enger Austausch mit Partnerorganisationen, die sich gleichermaßen mit aktuellen Qualitätsthemen beschäftigen (DNQP 2007b).

### 2.1 Expertenstandards in der Pflege

Jedes Unternehmen im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Pflege, verfügt über ein mehr oder weniger großes Werk mit eigens entwickelten Pflegestandards und Beschreibungen verschiedener Arbeits- und Prozessabläufe. International ist man längst zu der

Ansicht gekommen, dass von Pflegeexperten erarbeitete evidenzbasierte und von der Berufsgruppe konsentierte Qualitätsinstrumente (d. h. Instrumente, denen die Berufsgruppe zustimmte) in die Pflegepraxis zu implementieren sind. Das führt zu einem spürbar verbesserten Qualitätsniveau in Gesundheits- und Altenhilfeinrichtungen. Davon profitieren die Betroffenen direkt, denn die Anwendung solcher Instrumente hat Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und somit auf den Gesundheitszustand der Betroffenen.



**Merke:** „Expertenstandards sind als ein Instrument zu verstehen, mit deren Hilfe die Qualität von Leistungen definiert, eingeführt und bewertet werden kann und das Auskunft darüber gibt, welche Verantwortung die Berufsgruppe gegenüber der Gesellschaft, den Pflegebedürftigen, dem Gesetzgeber wie auch gegenüber ihren einzelnen Mitgliedern übernimmt“ (DNQP 2007a).

Die Expertenstandards haben für den Pflegeberuf einen übergreifenden und allgemeingültigen Stellenwert, mit ihrer Einführung beschäftigen sich alle Pflegenden bundesweit und müssen sie in der Pflegepraxis umsetzen. Durch diesen Qualitätsentwicklungsprozess tragen die Expertenstandards auch zur Professionalisierung des Pflegeberufs bei.

Bisher erschienene Expertenstandards

Inzwischen wurden folgende sieben Expertenstandards für die Pflege entwickelt, konsentiert und eingeführt:

- Dekubitusprophylaxe
- Entlassungsmanagement
- Schmerzmanagement bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen
- Sturzprophylaxe
- Förderung der Harnkontinenz
- Chronische Wunden
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Der folgende Expertenstandard ist für die Zukunft geplant:

- Schmerzmanagement bei chronischen nicht-malignen Schmerzen

Wie wird ein Thema überhaupt zu einem Expertenstandard? Die Entscheidung, welcher Expertenstandard entwickelt wird, fällt im Lenkungsausschuss des DNQP. Dabei spielt zum einen eine Rolle, ob das Thema eine Relevanz hat, also ob es sich dabei um ein typisches Pflegephänomen handelt, wie z. B. die Dekubitusprophylaxe. Zum anderen ist das Vorhandensein pflegewissenschaftlicher Forschungsergebnisse von zentraler Bedeutung. Ein typisches pflegerelevantes Thema kann nur dann in einen Expertenstandard münden, wenn das Thema national oder international erforscht ist. Ist dem (noch) nicht so, wird es (noch) nicht zur Entwicklung eines Expertenstandards kommen. Darüber hinaus sollten die Themen der Expertenstandards so gewählt werden, dass auch tatsächlich eine spürbare Qualitätsverbesserung der Pflege für die Betroffenen zu erwarten ist (DNQP

2007b). Auf dieser Basis wird es zukünftig zur Entwicklung weiterer Expertenstandards kommen, aber es wird sicher nicht irgendwann „hundert“ Expertenstandards geben, da für bestimmte Themen in der Pflege die Voraussetzungen für einen Expertenstandard gar nicht gegeben sind und diese nicht zielführend sind.

## 2.2 Aufbau der Expertenstandards

Der Aufbau der Expertenstandards erfolgt immer nach der gleichen Systematik. Zunächst gehört zu jedem Expertenstandards eine Präambel<sup>2</sup>:

### „Präambel zum Expertenstandard“

Schmerzen beeinflussen das physische, psychische und soziale Befinden und somit die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Darüber hinaus entstehen dem Gesundheitswesen durch schmerzbedingte Komplikationen und einer daraus oft erforderlichen Verweildauerverlängerung im Krankenhaus sowie durch die Chronifizierung von Schmerzen beträchtliche Kosten, die durch ein frühzeitiges Schmerzmanagement in den meisten Fällen erheblich verringert werden könnten. Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Schmerzmanagement und hat zum Ziel, die Schmerzwahrnehmung der Pflegefachkräfte zu verbessern und so die Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerzen und deren Linderung deutlich zu verkürzen. Er berücksichtigt alle Patienten mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung. Patienten/Betroffene mit nicht-tumorbedingtem chronischem Schmerz werden in diesem Standard explizit nicht als Zielgruppe angesprochen, da aufgrund der Unterschiede im Schmerzmanagement die Standardaussagen zu allgemein würden und keine konkrete Orientierung für die pflegerische Praxis bieten könnten. Die Expertenarbeitsgruppe war sich darüber im Klaren, dass Patienten/Betroffene, die sich nicht, noch nicht oder nicht mehr adäquat äußern können, z. B. Säuglinge, beatmete Patienten, Patienten im Wachkoma oder demente Patienten, über die Reichweite des Standards hinaus besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Aus diesem Grund findet sich in der Literaturanalyse

<sup>2</sup> Expertenarbeitsgruppe Schmerzmanagement (<http://www.dnqp.de/>)  
Wissenschaftliche Leitung: Jürgen Osterbrink  
Wissenschaftliche Mitarbeit: Sabine Metzing, Barbara Strohbücker

Autoren: Kristine Böhm, Jutta Busch, George C. M. Evers, Hedwig François-Kettner, Hubert R. Jocham, Barbara Jung, Sabine Metzing, Gabriele Müller-Mundt, Nadja Nestler, Jürgen Osterbrink, Christa Schulte, Barbara Strohbücker, Monika Thomm.

ein Kapitel zur Schmerzeinschätzung bei Kindern, älteren Menschen und Menschen mit kognitiven und schweren kognitiven Einschränkungen, in dem Besonderheiten der Schmerzeinschätzung bei diesen Patientengruppen beschrieben werden. Dieses Kapitel soll die eigenständige Anpassung des Expertenstandards an die jeweiligen Anforderungen dieser Patientengruppen in den verschiedenen Einrichtungen unterstützen.

Angehörige von Schmerzpatienten – gemeint sind damit die primären Bezugspersonen, also auch solche, die nicht im gesetzlichen Sinne Verwandte sind – sind häufig „Mitbetroffene“ und sollten daher sowohl im Rahmen der Schmerzeinschätzung als auch bei der Schulung/Beratung mit einbezogen werden. Voraussetzung dafür ist selbstverständlich die Einwilligung des Patienten/Betroffenen. Besonders bei Kindern, aber auch bei den übrigen vulnerablen Patientengruppen, ist die Einbeziehung der Bezugspersonen als Experten für den Umgang mit Schmerz auf allen Ebenen des Schmerzmanagements unabdingbar.

Dem Expertenstandard liegt eine umfassende Recherche der nationalen und internationalen Literatur zugrunde, die aufgrund der Weiterentwicklung in den letzten zwei Dekaden auf dem Gebiet der Schmerztherapie evidenzbasiert ist. Neben der umfangreichen Literaturanalyse wurden die klinischen und außerklinischen Erfahrungen der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe genutzt, um den aktuellen Stand der Therapie wie auch eine Vielzahl verschiedener moderner Versorgungsmuster und damit verbundene Bedingungen zu erfassen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche und des Expertenkonsenses zeugen von einer vielschichtigen schmerztherapiebezogenen Wissensbasis. Jedoch sprechen die Erfahrungen aus den Krankenhäusern, Hospizen und Altenhilfeeinrichtungen sowie aus dem häuslichen Pflegebereich dafür, dass diese Erkenntnisse noch unzureichend umgesetzt werden. Folge ist ein deutliches Versorgungsdefizit bei Patienten/Betroffenen mit Schmerzproblemen. Therapien, die nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, wie die Gabe von zu gering dosierten Schmerzmedikamenten oder die Verabreichung von Placebos, sollten innerhalb der Berufsgruppen kritisch betrachtet werden.

Den Pflegefachkräften<sup>3</sup> kommt im interdisziplinären Team auf Grund ihres häufigen und engen Kontaktes zu den Patienten und Bewohnern eine Schlüsselrolle im Rahmen des Schmerzmanagements zu. Grundvoraussetzung für ein gelungenes pflegerisches Schmerzmanagement ist eine personelle Kontinuität in der pflegerischen Betreuung sowie eine gute Kooperation mit den behandelnden Ärzten. Zentrales Anliegen des Expertenstandards ist, Patienten/Be-

<sup>3</sup> Im Standard werden die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger) berufsgruppenübergreifend als „Pflegefachkraft“ angeprochen. Angesprochen werden darüber hinaus auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

troffenen mit Schmerzen oder zu erwartenden Schmerzen unnötiges Leid zu ersparen sowie einer Chronifizierung vorzubeugen. Aufgabe der Pflege im Rahmen des Schmerzmanagement ist es, Frühzeichen des erfahrenen Schmerzes zu erkennen und adäquate Therapien zu koordinieren oder durchzuführen. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist eine aktuelle wie auch systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle mit Hilfe von Einschätzungsinstrumenten oder bei tumorbedingten chronischen Schmerzen mittels komplexer Dokumentationsverfahren wie zum Beispiel Schmerztagebüchern. Zur Stärkung der Selbstkompetenzen der Patienten/Betroffenen und ihrer Angehörigen gehört das Angebot von Schulungen und Beratungen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt. Nur so können bestehende Vorurteile gegenüber Schmerzmedikamenten abgebaut und eine aktive Einbindung von Patienten/Betroffenen in das Schmerzmanagement mit dem Ziel eines weitestgehenden Selbstmanagements erreicht werden. Ziel einer gelenkten Schmerztherapie bei akuten Schmerzen ist die Schmerzfreiheit. Bei chronischen Schmerzpatienten steht eine umfassende Schmerzlinderung im Vordergrund. Für die Umsetzung des Expertenstandards ist es wesentlich, dass die Wissensbasis von professionell Pflegenden in Aus-, Fort- und Weiterbildungen vertieft und verbreitert wird. Darüber hinaus bedarf es interner und externer Verfahrensregelungen zwischen den Berufsgruppen und den verschiedenen Einrichtungen, die die interdisziplinäre Kooperation, insbesondere die Vorgehensweisen und Zuständigkeiten im Rahmen des Schmerzmanagements, beschreiben.

Die Einführung und Umsetzung des Expertenstandards muss als gemeinsame Aufgabe der Betriebsleitung, des Pflegemanagements und der beteiligten Pflegefachkräfte sowie weiterer beteiligter Berufsgruppen in den Versorgungsbereichen der Kliniken, der ambulanten Pflegedienste, der Altenheime wie auch der Hospize erkannt und umgesetzt werden. Nur durch die konsequente Bearbeitung auf der Management- wie auch auf Stationsebene oder im ambulanten Bereich werden Wissensdefizite reduziert, adäquate Maßnahmen geplant und konsequent versorgungsstrukturübergreifend umgesetzt. Das Ergebnis der Umsetzung eines auf dem Stand der Pflegewissenschaft wie auch ihrer Bezugswissenschaften basierenden Schmerzmanagements wird sein, dass die gesundheitsökonomischen und gesellschaftlichen Erfordernisse und nicht zuletzt die Lebensqualität der Betroffenen umfassend interprofessionell Berücksichtigung finden“ ([www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)).

Die äußere Form eines Expertenstandards ist eine Tabelle, die aus Standardkriterien und Qualitätsdimensionen besteht. Die Standardkriterien sind in den jeweiligen Zeilen der Tabelle genannt, sie sind durchnummeriert: beim Expertenstandard Schmerzmanagement von 1–5, bei anderen Expertenstandards kann die Zahl variieren. Die Anzahl richtet sich nach dessen inhaltlicher Ausgestaltung. Dennoch finden sich in allen Standardkriterien Aussagen zu den Themen: Risikoeinschätzung, Maßnahmenplanung, Information, Schulung und Beratung, Koordination, Durchführung und Evaluation.

Standardkriterien und Qualitätsdimensionen

**Tab. 1:**  
Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege  
(DNQP 2005, S. 25)

**Standardaussage:** Jeder Patient/Betroffene mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.

**Begründung:** Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann für Patienten/Betroffene gravierende Folgen haben, z. B. physische und psychische Beeinträchtigungen, Verzögerungen des Genesungsverlaufs oder Chronifizierung der Schmerzen. Durch rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzeinschätzung, Schmerzbehandlung sowie Schulung und Beratung von Patienten/Betroffenen und ihren Angehörigen tragen Pflegekräfte maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren bzw. zu verhindern.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p><b>Die Pflegefachkraft</b> <b>S1a</b> – verfügt über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.</p> <p><b>S1b</b> Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente zur Verfügung.</p>	<p><b>Die Pflegefachkraft</b> <b>P1</b> – erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrages, ob der Patient/Betroffene Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. – führt bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durch. – wiederholt die Einschätzung der Schmerzintensität sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung/Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.</p>
<p><b>S2a</b> – verfügt über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p> <p><b>S2b</b> Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p>	<p><b>P2</b> – setzt spätestens bei einer Schmerzintensität von mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die geltende Verfahrensregelung um oder holt eine ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung ein und setzt diese nach Plan um. – überprüft bei Neueinstellung bzw. Anpassung der Medikation den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen – sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.</p>	<p>E2 Der Patient/Betroffene ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS).</p>