



Fotos: epd-bilde.de

### Ambulant-pflegerische Versorgung

# Schmerzmanagement: Tumorpatienten besser betreuen

Ambulante Pflegedienste sind gesetzlich verpflichtet, die Nationalen Expertenstandards umzusetzen, so auch den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Doch das ist aufgrund anderer Rahmenbedingungen nicht so einfach. Ein Forschungsprojekt hat es sich deshalb zum Auftrag gemacht, das Schmerzmanagement in der ambulant-pflegerischen Versorgung auf Basis der gültigen Standards und Leitlinien zu optimieren.

**M**enschen mit einer Tumorerkrankung leiden im Laufe der Erkrankung häufig auch an Schmerzen. Mit Fortschreiten der Erkrankung nimmt die Wahrscheinlichkeit, an Schmerzen zu leiden, zu. In der letzten Lebensphase ist deshalb davon auszugehen, dass bis zu 95 Prozent der Menschen mit einer Tumorerkrankung

davon betroffen sind (HOPE 2011, Svendsen et al. 2005). Der Versorgungsatlas Schmerz weist zudem aus, dass von 398 248 DAK-Versicherten mit bestehendem Krebschmerz zusätzlich noch 62 Prozent unspezifische Rückenschmerzen und 36 Prozent Arthrose- oder Arthritis-bedingte Schmerz hatten (IGES-Institut 2011).

Die gesundheitliche Versorgung und auch die Schmerztherapie finden vorwiegend im ambulanten Sektor statt (HOPE 2011, Perner et al. 2010, Schneider et al. 2011). Diese Versorgungsbemühung wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, vom Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband und der Bundesärztekammer



(2010) in der gemeinsam verfassten Charta für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen als Zielsetzung formuliert. Es werden explizit Rechte und Bedürfnisse für diese Personengruppe ausgewiesen, zum Beispiel „Der schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf adäquate Symptom- und Schmerzbehandlung ...“ (ebd., S. 8) und sie „wünschen sich, ihre letzte Lebensphase im häuslichen bzw. in einem vertrauten Umfeld zu verbringen“ (ebd., S. 12).

Menschen mit einer Tumorerkrankung verbleiben in ihrer persönlichen Umgebung. Sie versuchen, ihren Alltag trotz der Erkrankung so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und besprechen ihre Behandlung zu meist vorwiegend mit den behandelnden Ärzten (Haus-, Fachärzte). Je nach Krankheitsverlauf und eventueller aufkommender Pflegebedürftigkeit werden weitere Bezugspersonen in die Versorgung eingebunden. Professionelle Pflege, im Sinne eines ambulanten Dienstes hingegen, wird erst zu einem späteren Zeitpunkt, mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, in das Versorgungsnetz integriert (Ferrell

et al. 1993, Schneider et al. 2011). Der Umfang dieser Versorgung durch professionell Pflegende wird dann in Anlehnung an die individuelle pflegerischen Notwendigkeiten im Behandlungsvertrag gemäß SGB XI oder SGB V ausgehandelt und vertraglich festgelegt.

### Systematische Schmerzeinschätzung im ambulanten Bereich erschwert

Zur Sicherstellung eines adäquaten Schmerzmanagements wird ein multiprofessioneller Versorgungsansatz gefordert (DGP, DHPV & BÄK 2010, DNQP 2011). Dies bedeutet, dass neben dem Patienten, seinen Bezugspersonen und dem behandelnden Haus- oder Facharzt weitere Akteure an der Versorgung beteiligt sind. Das ist zum Beispiel ein Radiologe oder Mitarbeiter eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes im Rahmen von SAPV-Leistungen (spezielle ambulante palliativmedizinische Versorgung). In jenen Versorgungssituationen, in denen aufgrund von Pflegebedürftigkeit oder beantragter SGB XI-Sachleistungen ein ambulanter Pflegedienst eingebunden wird, ist dieser ebenfalls Akteur in dem oben beschriebenen Versorgungsnetz und somit eine weitere Profession zur Sicherung eines adäquaten Schmerzmanagements.

Ambulante Pflegedienste sind seit 2008 per Gesetz (SGB XI) verpflichtet, die Nationalen Expertenstandards umzusetzen, somit auch jenen zum „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (DNQP 2011). In § 112 wird wie folgt

ausgewiesen: „Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die [...] 2. sich verpflichten, Expertenstandards nach § 113 a anzuwenden“ (Bundesministerium der Justiz).

Eine häufige Kritik an den Empfehlungen des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ war der zeitliche Versorgungsumfang. Eine kontinuierliche Begleitung eines Menschen (mit oder ohne Tumorerkrankung), zum Beispiel über einen Tagesverlauf, kommt in der ambulanten-pflegerischen Versorgungssituation nur in seltenen Fällen vor (DNQP 2005, Schneider et al. 2011). Dies bedeutet für die Umsetzung des Schmerzmanagements, dass die im Standard geforderte systematische Schmerzeinschätzung und deren Verlaufskontrolle durch einen ambulanten Pflegedienst nur unter erschwerten Bedingungen erbracht werden können. Im aktualisierten Standard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ wird dieser Problematik bereits Rechnung getragen. Die aktualisierte Ausgabe thematisiert allerdings die versorgungsrelevanten Maßnahmen bei akuten Schmerzen (Schüßler, Gnass & Osterbrink 2012). Für die Thematik tumorbedingter beziehungsweise chronischer Schmerz wird derzeit ein eigener Standard erarbeitet.

### Optimierung des Schmerzmanagement durch Forschungsprojekt

Das „Aktionsbündnis Schmerzfremie Stadt Münster“ (siehe Kasten) hat sich zum Ziel gesetzt,

#### Aktionsbündnis Schmerzfremie Stadt Münster

Das „Aktionsbündnis Schmerzfremie Stadt Münster“ ist ein Versorgungsforschungsprojekt, das das Schmerzmanagement in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen untersucht. Das Schmerzmanagement wird in Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Hospizen, Schmerzpraxen und ambulanten Pflegediensten in der Stadt Münster betrachtet. Bei den ambulanten Pflegediensten liegt der Forschungsschwerpunkt auf dem Schmerzmanagement für Menschen mit einer Tumorerkrankung (Osterbrink et al. 2010).

das multiprofessionelle Schmerzmanagement in den teilnehmenden Einrichtungen auf Basis der Ergebnisse einer Ist-Erhebung und gemäß gültigen Standards und Leitlinien zu optimieren. Im Bereich der ambulanten Pflege ging es insbesondere darum, das Schmerzmanagement für Menschen mit einer Tumorerkrankung zu evaluieren und gegebenenfalls zu verbessern.

Nach der Ist-Evaluation wurden Pflegende der ambulanten Pflegedienste als Multiplikatoren zu Maßnahmen des ambulanten-pflegerischen Schmerzmanagement geschult. Die Schulung dauerte zweieinhalb Stunden und wurde zweimal angeboten. Die Inhalte wurden in schriftlicher Form an die Hand gereicht. Die Umsetzung der vermittelten Maßnahmen in die tägliche Praxis sollen – im Einklang mit allen beteiligten Akteuren – zu einer verbesserten Versorgung bei Menschen mit tumorbedingten Schmerzen in deren Häuslichkeit beitragen.

Zum Zeitpunkt der Implementierungsphase (Januar 2012) war keine aktuelle deutsche Empfehlung für das ambulante-pflegerische Schmerzmanagement für Menschen mit einer Tumorerkrankung vorhanden. Folglich wurde im Projekt ein ambulante-pflegerisches Schmerzmanagement entwickelt, welches die teilnehmenden ambulanten Pflegedienste in schriftlicher Ausarbeitung als Vorlage für die Realisierung eines adäquaten Schmerzmanagement erhielten.

### Entwicklung von Empfehlungen

Für die theoretische Aufbereitung des Schmerzmanagement in der ambulante-pflegerischen Versorgung wurden als Quellleitlinien der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ (2005) und die 1. Aktualisierung „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (2011) gewählt. Jene Veränderungen, die sich in den Standardaussagen durch die Aktualisierung in 2011 ergaben,

## Ziele für die Schmerztherapie

Abb. 1

### Comfort Goal

ist die angestrebte Schmerzlinderung zum Erreichen möglichst größter Lebensqualität in Ruhe.

### Treatment Goal

ist die Schmerzintensität, bei der der Patient Aktivitäten ausführen kann, die für eine zufriedenstellende Erholung und/oder eine verbesserte Lebensqualität nötig sind.

wurden in den Tabellen durch Kursivsetzung kenntlich gemacht.

Eine differenzierte tabellarische Betrachtung für das ambulante-pflegerische Schmerzmanagement für Menschen mit einer Tumorerkrankung, auf die in diesem Artikel Bezug genommen wird, kann unter folgender Internetadresse eingesehen werden: <http://www.schmerzfreie-stadt.de/das-projekt/publikationen.html>. Die Tabellen folgen der in beiden Standards ausgewiesenen Gliederung, gemäß den fünf Ebenen des Schmerzmanagement:

- Schmerzeinschätzung
- Medikamentöse Schmerztherapie
- Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen
- Nicht-medikamentöse Schmerztherapie
- Information, Anleitung und Schulung.

Analog zu den Empfehlungen und der bekannten Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien fand dann eine kritische Betrachtung zur Passgenauigkeit der Inhalte zur Umsetzung im ambulanten Versorgungskontext statt.

Wissend, dass der Expertenstandard von 2005 aktuellere Erkenntnisse zum Tumorschmerz entbehrt und die 1. Aktualisierung ausschließlich auf das Management des akuten Schmerzes fokussiert, war es zur Darstellung des aktuellen Wissensstandes zum Schmerzmanagement bei Tumorerkrankung notwendig, zusätzliche Quellen heranzuziehen. Für den Zeitraum von 2005 bis 2011 wurden nationale und internationale Leitlinien, welche sich ausschließlich Versorgungsempfehlungen

zum tumorbedingten Schmerz widmeten, über eingängige Leitlinienregister beziehungsweise Webseiten von Schmerzorganisationen zusammengetragen und systematisch der Logik der Expertenstandards folgend analysiert. Die gewonnenen Ergänzungen zu den bestehenden Aussagen der Expertenstandards sowie versorgungsrelevante Empfehlungen explizit für das ambulante-pflegerische Schmerzmanagement wurden zu einem gemeinsamen Dokument integriert.

### Einzelerggebnisse zu den Empfehlungen

Da die Umsetzung der Nationalen Expertenstandards gesetzlich gefordert wird, sah die Projektplanung vor, den ambulanten Pflegediensten eine schriftliche Aufbereitung zum ambulante-pflegerischen Schmerzmanagement zur Verfügung zu stellen. Aus diesem Grunde wurden die Original-Standardebenen der 1. Aktualisierung „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ beibehalten. Weitere Ergänzungen aus den Leitlinien sind in den Tabellen (<http://www.schmerzfreie-stadt.de/das-projekt/publikationen.html>) der Standardebenen in checklistenähnlicher Form zusammengefasst worden. So konnte eine gute Übersicht über die wesentlichen versorgungsrelevanten Aspekte für die Umsetzung zum ambulante-pflegerischen Schmerzmanagement aufgezeigt werden. Im Folgenden werden ausschließlich jene Aspekte zu den einzelnen Standardebenen angesprochen, bei denen eine Anpassung oder Ergänzung zu den

versorgung relevanten Maßnahmen im aktualisierten Standard vorgenommen wurde.

### Schmerzeinschätzung

Der kanadischen Leitlinie zufolge zeigte sich für die Standardebene S1b: „Die Einrichtung stellt aktuelle zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung“, die Festlegung einer Person und eines Instrumentes zur Schmerzeinschätzung als relevant (CCO, 2010). Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen und systematischen Schmerzeinschätzung (Verlaufskontrolle) ist es für die ambulante Versorgung wichtig, dass Patienten und dessen Bezugsperson/en aktiv in die Einschätzung der Schmerzen einzubinden sind. Alle relevanten Personen erheben mit einem auf den Patienten abgestimmten Instrument die Schmerzsituation (Schmerzintensität/-verhalten, -lokalisation, -qualität, und -verlauf usw.). Die Ergebnisse werden an einem festgelegten Dokumentationsort schriftlich festgehalten. Hierfür wird sowohl der BPI (Brief Pain Inventory) als auch ein Schmerztagebuch empfohlen.

Speziell für die ambulante Versorgungssituation kann aufgezeigt werden, dass die wiederholte Schmerzeinschätzung bei jedem Besuch des ambulanten Pflegedienstes erfolgen soll, unabhängig davon, wie oft der Patient von diesem aufgesucht wird (BPS 2010, CCO 2010).

### Aspekte zur medikamentösen Schmerztherapie

Schmerzgrenzwerte, die analog der NRS (Numerische Rank-Skala) für die Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen festgelegt sind, sind für Menschen mit einer Tumorerkrankung nur bedingt anwendbar. Der erfahrene Schmerz ist häufig nicht akut, die Schmerzwerte liegen außerdem tendenziell höher. Für die Anpassung der Schmerztherapie wird daher das sogenannte akzeptable Schmerzmaß/

-verhalten ausgewiesen, das mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen anhand einer Skala (z.B. NRS, BESD) zu ermitteln ist. Das akzeptable Schmerzmaß sollte – je nach Patientensituation – kritisch unter Zielvorgaben für die Schmerztherapie betrachtet werden (Abb. 1). Bei Veränderung des akzeptablen Schmerzmaßes obliegt es den Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes, die Kommunikation mit dem Patienten, der Bezugsperson oder mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen (NHS 2009).

### Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen

Symptome wie Atemnot, Müdigkeit oder Erbrechen können als schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen oder mit Fortschreiten der Erkrankung als tumorbedingte Begleitsymptome zunehmen. In jedem Fall sind diese Symptome systematisch zu erfassen und in der Gesamtsituation des Patienten zu betrachten. Die Erfassung dieser Symptome, unabhängig von der Ursache, ist von entscheidender Bedeutung für die weitere Therapie. Darum ist zu fordern, dass die Pflegenden mit dem Patienten/der Bezugsperson vereinbaren, wer bei unzureichender Linderung von unangenehmen Symptomen die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt aufnimmt.

### Nicht-medikamentöse Schmerztherapie

Das neue aufgenommene Strukturkriterium S4b: „Die Einrichtung stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können“. Die Sicherstellung und damit verbundene Vorhalten von unterschiedlichen nicht-medikamentösen Maßnahmen erscheint in der ambulant-pflegerischen Versorgung schwierig. Daher wird hier empfohlen, dass der ambulante Pflegedienst für sich festlegt, welche nicht-medikamentösen Maßnahmen verbindlich angeboten und dann auch angemessen umgesetzt und begleitet

werden können. Die Einbeziehung von Bezugspersonen kann hier fester Bestandteil einer erfolgreichen Umsetzung sein und stellt einen wichtigen Beitrag des ambulanten Schmerzmanagements dar.

### Information, Anleitung und Schulung

Patienten und Bezugspersonen benötigen Informationen darüber, inwieweit der ambulante Pflegedienst in das bestehende Versorgungsnetzwerk – zumeist aus Patient und Hausarzt bestehend – in das Schmerzmanagement integriert wird. Hilfreich erscheint hier eine schriftliche Informationsbroschüre, die das vom ambulanten Pflegedienst angestrebte Schmerzmanagement ausweist sowie Kontaktdaten für Notfallsituationen und Hilfestellungen zur Erkennung von Komplikationen anbietet. Erbrachte Informationen, Anleitungen und Schulungen zum Schmerzmanagement seitens des ambulanten Pflegedienstes sind zu dokumentieren (RNAO 2007).

### Ambulant-pflegerisches Schmerzmanagement bleibt Herausforderung

Die Darstellung eines komplexen Schmerzmanagements für die Versorgung von Menschen mit einer Tumorerkrankung, angepasst an die ambulant-pflegerischen Bedingungen, war und ist in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung. Es muss einerseits der unterschiedlichen Versorgungssituationen der Menschen mit einer Tumorerkrankung und andererseits der Vielfältigkeit der Akteure im oben erwähnten Versorgungsnetz Rechnung getragen werden.

Die entwickelten Anpassungen versuchen, eine Brücke zu schlagen zwischen dem expliziten Versorgungsauftrag, den ambulante Pflegedienste mit den Patienten vereinbaren, und der impliziten Versorgungssicherung des Schmerzmanagements gemäß gesetzlichen Forderungen. Im Rahmen des Projektes

„Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ haben die beteiligten ambulanten Pflegedienste eine theoretische aufbereitete Vorlage zum ambulant-pflegerischen Schmerzmanagement erhalten, die sich bestmöglich an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten, der Bezugspersonen als auch an den pflegerischen Alltag der ambulanten Pflegedienste orientiert. Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden die ambulanten Pflegedienste durch Mitarbeiter der Projektgruppe in der Umsetzungsphase begleitet. Herausforderungen, die sich für die Pflegenden der ambulanten Pflegedienste in der Anwendung beziehungsweise Umsetzung des ambulant-pflegerischen Schmerzmanagements für die Begleitung von Menschen mit einer Tumorerkrankung ergaben, werden in weiterer Folge evaluiert.

#### Literatur:

Bundesministerium der Justiz. SGB XI – § 112 Qualitätsverantwortung. Retrieved 03.01.2012, from [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/\\_112.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_112.html)

BPS (British Pain Society) (2010). Cancer Pain Management; Publication. Retrieved 22.07.2011, from The British Pain Society: [http://britishpainsociety.org/pub\\_professional.htm#cancerpain](http://britishpainsociety.org/pub_professional.htm#cancerpain)

CCO (Cancer Care Ontario). (2010). Symptom Management Guides-to-Practice: Pain; Publication. Retrieved 03.07.2012: <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=58189&contextId=1377>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., & Bundesärztekammer. (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Retrieved 22.09.2011, from <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>

DGP, DHPV, BÄK (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer). (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Retrieved 22.09.2011, from <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege) (2005). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege) (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Osnabrück

Ferrell, B. R., Taylor, E. H., Grant, M., Fowler, M. & Corbisiero, R. M. (1993). Pain management at home. *Cancer Nursing*, 16 (3), 169–178

HOPE (2011). HOPE Bericht. Retrieved 2.04.2012, from [www.hope-clara.de](http://www.hope-clara.de)

IGES-Institut. (2011). Versorgungsatlas Schmerz. Aachen: Verlag Velbrück Wissenschaft

NHS (National Health Service) (2009). The Management of Pain in Patients with Cancer (Publication. Retrieved 13.02.2012: <http://www.nhshealthquality.org>

Osterbrink, J., Ewers, A., Nestler, N., Pogatzki-Zahn, E., Bauer, Z., Gnass, I. et al. (2010). Das Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“. *Der Schmerz*, 24, 613–620

Perner, A., Götze, H., Stuhr, C. & Brähler, E. (2010). Ambulante Palliativversorgung von Tumorpatienten im Raum Leipzig. *Der Schmerz*, 24, 38–45

RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). (2007). Assessment and management of pain. Retrieved 22.07.2012, from <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>

Schneider, W., Eschenbruch, N., Thoms, U., Eichner, E., & Stadelbacher, S. (2011). Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – Eine explorative Begleitstudie from [http://www.philso.uni-augsburg.de/lehrestuehle/soziologie/sozio3/projekte/SAPV\\_Begleitstudie\\_2012\\_2013/](http://www.philso.uni-augsburg.de/lehrestuehle/soziologie/sozio3/projekte/SAPV_Begleitstudie_2012_2013/)

Schüßler, N., Gnass, I., & Osterbrink, J. (2012). Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen - Was ist neu? *Die Schwester Der Pfleger* 51 (04), 336-341

Svendsen, K. B., Andersen, S., Arnason, S., Arnér, S., Breivik, H., Heiskanen, T., et al. (2005). Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: a review of prevalence, characteristics and mechanisms. *European Journal of Pain* 9, 195–206.

#### Die Verfasser:

Irmela Gnass, Nadja Nestler, Cornelia Krüger, Nadine Schüßler, Patrick Kutschar, Barbara Mitterlehner, Stephanie Hemling, Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink

#### Anschrift für die Verfasser:

Irmela Gnass, BScN, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Paracelsus Medizinische Universität  
Institut für Pflegewissenschaft  
E-Mail: [Irmela.Gnass@pmu.ac.at](mailto:Irmela.Gnass@pmu.ac.at)