

Situationsgerechtes Handeln kann über mehrere Schichten oder Einsätze erforderlich werden. Daher ist es besonders wichtig, dass die lückenlose Dokumentation der notwendigen Informationen/Beobachtungen erfolgt und nicht der Eindruck entsteht, dass etwas versäumt wurde.

Die Pflegeprozessdokumentation muss akute Ereignisse und deren Nachvollziehbarkeit einfach im Überblick darstellen können. Dazu bietet sich eine sogenannte „Fokus-Spalte“ an. Bei EDV-gestützter Dokumentation kann dies ein stichwortbezogener Filter sein, mit dem besondere Ereignisse im Verlauf dargestellt werden können. Stichworte können „Notfall“, „Ereignis“, „Verlaufsbeobachtung“ o. a. sein.

PRAXISTIPP

Datum	Uhrzeit	Fokus Pflege ggf. andere Berufsgruppen	Verlaufsbericht	Hdz.

Abb. 6.8.1-1 Beispiel Fokus-Spalte Pflege-/Verlaufsbericht

6.9 Schmerzmanagement

Der professionelle Umgang mit dem Thema Schmerzmanagement benötigt eine strategische und konzeptionelle Herangehensweise. Seit 2005 greift der Expertenstandard des DNQP diese Problematik unter dem Thema „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingt chronischen Schmerzen“ auf⁽⁸⁾. Ziel ist es, bei jedem Pflegebedürftigen bzw. Betroffenen mit Schmerzen aufgrund eines akuten Geschehens oder einer Tumorerkrankung bzw. zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement anzubieten. Die Maßnahmen sollen dem Entstehen von Schmerzen vorbeugen, sie auf ein erträgliches Maß reduzieren oder beseitigen.

Zu den Besonderheiten eines Schmerzmanagements für Menschen mit demenzieller Erkrankung, Menschen im Wachkoma, beatmete Menschen oder Säuglinge/Kinder muss das Vorgehen individuell angepasst werden. Der Expertenstandard hat diese Zielgruppen nicht in den Fokus genommen. In speziellen Kapiteln der Veröffentlichung werden diese Themen aber im Überblick näher betrachtet.

Seit 2005 gibt es für den Bereich des Schmerzmanagements bei Menschen mit Demenz vermehrt Veröffentlichungen, welche zusätzlich als Grundlage der

konzeptionellen Ausrichtung genutzt werden können^(9, 10, 11). Eine Aktualisierung des Expertenstandards Schmerzmanagement ist für 2012 angekündigt. Die vorläufige Version der Aktualisierung wurde bereits im Herbst 2011 der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Darin wird eindeutig darauf hingewiesen, dass die Unterteilung des bisherigen Standards in verschiedene Expertenstandards notwendig ist und geplant wird. Die Trennung soll erfolgen in Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen, bei tumorbedingt-chronischen Schmerzen und bei chronisch-nicht-tumorbedingten Schmerzen.

Der Expertenstandard für den Bereich der chronischen Schmerzen wird frühestens 2013 im Entwurf vorliegen. Die Inhalte der Aktualisierung zum Thema akute Schmerzen werden bis März 2012 nochmals mit den eingegangenen Hinweisen der Fachöffentlichkeit abgeglichen. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgt im Rahmen eines Workshops in Berlin. Um die Aktualisierung zeitnah verfolgen zu können, wird auf die Internetseite des DNQP verwiesen (www.dnqp.de).

Die in der MDK-Anleitung stichpunktartig aufgenommenen Hintergrundinformationen können nur Impulse geben. In der Verantwortung der Leitung liegt es, das Thema für betroffene Menschen professionell ausgestalten zu wollen und die eigene Einstellung und die der Mitarbeiter zu überprüfen. Der Expertenstandard bietet den Rahmen zur Auseinandersetzung und zeigt Möglichkeiten der Umsetzung⁽⁸⁾.

A

Für den ambulanten Bereich werden beim Schmerzmanagement neben der Schmerzeinschätzung auch die Kommunikation mit dem Arzt und die Beratung zu möglichen Maßnahmen zusammenfassend bewertet.

S

Für den stationären Bereich teilt die MDK-Anleitung die Fragen ein in:

- ▶ Systematische Schmerzeinschätzung
- ▶ Kooperation mit dem behandelnden Arzt
- ▶ Medikamentenverabreichung

6.9.1 Prüffragen – Schmerzeinschätzung

A

QPR M 10.20

Hat der Pflegebedürftige/Bewohner chronische Schmerzen?

Beurteilt vom Gutachter oder Einrichtung/Pflegedienst.

S

QPR M 12.5

Bei dieser Frage werden vom Prüfer Hinweise auf Schmerzzustände gesucht. Dies können Hinweise in der Pflegedokumentation sein oder sie können im Gespräch mit dem Pflegebedürftigen unter Einsatz einer Skala zur Schmerzeinschätzung (Numerische Rangskala = NRS oder Wong-Baker-Skala = Gesichtsskala) ermittelt werden.

Auch regelmäßig verabreichte Schmerzmedikamente deuten auf Schmerzen hin und führen zu einem „Ja“ bei dieser Frage.

A

Sofern der Pflegebedürftige im ambulanten Bereich keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Bereich der Schmerztherapie erhält, wird die nachfolgende Frage mit t.n.z. angekreuzt. Was der einzelne Prüfer unter „Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie“ versteht, stellte sich bislang sehr unterschiedlich dar. Dies reicht von einer gelegentlichen Gabe von Bedarfsmedikation gegen Schmerzen bis hin zur Reduzierung auf palliative Pflege. Es ist zu erwarten, dass sich hier die Leistungen zur Schmerzeinschätzung und anschließende Maßnahmen zur Linderung als Grundlage etablieren.

Liegt eine Schmerzsituation vor, werden alle getroffenen Maßnahmen im Rahmen des pflegerischen Schmerzmanagements im ambulanten Bereich im Freitext der Frage 10.20 eingetragen.

Hat ein Pflegebedürftiger sporadische Schmerzzustände und sind diese in der Pflegedokumentation entsprechend vermerkt, so darf alleine daraus vom Prüfer nicht auf einen chronischen Schmerzzustand geschlussfolgert werden. Eine Nachfrage beim Pflegebedürftigen ist hier unumgänglich. Diese Verfahrensweise sollte in der Prüfung sehr genau und kritisch begleitet werden, da ansonsten die weiteren Prüffragen ohne reale Grundlage und damit einhergehend überwiegend negativ geprüft werden.

PRAXISTIPP

 QPR 12.6

Notenrelevant

Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?

Die systematische Schmerzeinschätzung erfolgt in einer Befragung der Bewohner zu folgenden Inhalten:

- ▶ Schmerzlokalisierung
- ▶ Schmerzintensität
- ▶ Zeitliche Dimension (z. B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus)
- ▶ Verstärkende und lindernde Faktoren
- ▶ Ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.

Bei Bewohnern mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung.

Ein Kernbereich des Schmerzmanagements ist die systematische Schmerzeinschätzung. Die Erläuterungen in der Prüfanleitung zum fachlichen Hintergrund zitieren Aspekte aus dem Expertenstandard.

Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine systematische Schmerzeinschätzung in einer Befragung des Pflegebedürftigen zu folgenden Inhalten erfolgte:

- ▶ Schmerzlokalisierung
- ▶ Schmerzintensität
- ▶ Zeitliche Dimension (z. B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus)
- ▶ Verstärkende und lindernde Faktoren
- ▶ Ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.

 QPR M 10.21

Weitergehend müssen erhobene Informationen an den Arzt weitergeleitet werden und entsprechende Verlaufskontrollen erfolgen. Eine Beratung des Pflegebedürftigen ist auch unter Berücksichtigung von nichtmedikamentösen Maßnahmen anzubieten.

6.9.2 Vorbereitung – Selbsteinschätzung

Nicht identifizierte Schmerzen können nicht behandelt werden, daher muss eine systematische Erhebung stattfinden. Die Selbsteinschätzung wird dabei als „Goldstandard“ bezeichnet, d.h. diese Form der Einschätzung ist das, was optimal ist.

Die Selbsteinschätzung erfolgt anhand gezielter Fragen, die im Expertenstandard aufgeführt und inzwischen in den üblichen Dokumentationssystemen integriert sind.

Darüber hinaus gibt es weitere Instrumente, die das Thema umfassend abfragen, wie z.B. der „Deutsche Schmerz-Fragebogen“, empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. oder das „Strukturierte Schmerzinterview für geriatrische Patienten“ inklusive eines Mini-Mental-Status-Tests (MMST) zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten. Fragebögen können heruntergeladen werden unter

www.dgss.org und unter
www.drk-schmerz-zentrum.de.

Zur Einschätzung stehen diverse Skalen zur Verfügung, von denen keine innerhalb der Prüfung vorgeschrieben werden darf. Folgende Skalen sind üblicherweise im Einsatz: siehe Abbildung 6.9.2-1.

Egal welche Skala verwendet wird, wichtig ist, dass der Betroffene damit etwas anfangen kann und die Ergebnisse nachvollziehbar sind. Dann bleiben die Pflegekraft bzw. der Pflegebedürftige bei dieser Skala, um eine Vergleichbarkeit im Verlauf der Schmerzintensität herstellen zu können.

WICHTIG!

Der Prüfer darf keine Eingrenzung auf die Anwendung der NRS oder die Wong-Baker-Faces-Rating-Skala vornehmen. Die NRS bietet zwar aufgrund ihrer Zahlenangaben einen direkten Bezug zum Expertenstandard, der bei einer Schmerzangabe von mehr als 3 auf einer Skala von 10 von einzuleitenden Schritten ausgeht, kann aber von Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen ggf. nicht mehr verstanden werden. Die Anwendung einer VRS ist als Alternative möglich, evtl. wird aber auch die VAS besser verstanden.

Wong-Baker-Faces-Rating-Skala

Die sechsstufige Wong-Baker-Faces-Rating-Skala wurde ursprünglich für Kinder entwickelt und zeigt Gesichter, die Kinder ansprechen. Sie war die beliebteste Skala in einer Studie für Kinder zwischen 3 und 18 Jahren, sie zeigte in der Studie eine hohe Validität (ob das Instrument auch das misst, was es messen soll). Bei Erwachsenen zwischen 55 und 87 Jahren wurde eine achtstufige Gesichter-Skala getestet. Diese zeigte in den Studienergebnissen eine hohe Übereinstimmung mit der VAS und der VRS. Bei Menschen mit leichten und mittleren kognitiven Einschränkungen gibt es laut Expertenstandard keine Empfehlung für die Anwendung der Wong-Baker-Skala. In der Prüfanleitung des MDK wird dies allerdings missverständlich dokumentiert und sollte in der fachlichen Diskussion ggf. geklärt werden.

Es gibt laut Studien eine Tendenz bei älteren Menschen, dass die VRS besser verstanden wird als die NRS oder VAS. Es wird aber kein Instrument für die Zielgruppe der älteren Menschen und Menschen mit kognitiven Einschränkungen empfohlen.

Die Einrichtung muss selbst entscheiden, welche Skalen zur Auswahl stehen sollen. Erfahrungsgemäß ist die Auswahl von zwei unterschiedlichen Skalen zur Selbsteinschätzung der Schmerzstärke ausreichend. Zur Entscheidungsfindung sollten verschiedene Skalen für die betreute Zielgruppe getestet werden.

Bei der Anwendung von Gesichterskalen muss darauf geachtet werden, dass die kognitiven Fähigkeiten insoweit noch vorhanden sind, dass die Gesichter auch mit dem Schmerz in Verbindung gebracht werden können. In der Praxis ist dies nicht immer zweifelsfrei der Fall. Auch die selbst bestimmte Zuordnung und Vermischung von VRS, NRS und Gesichterskalen, wie häufig bei Herstellern von Dokumentationssystemen festgestellt, ist fragwürdig. Es sollte auf eindeutige Primärquellen zurückgegriffen werden ⁽⁸⁾.

Numerische Skala (NRS)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Keine
Schmerzen

Stärkste
vorstellbare
Schmerzen

Begriffsskala

Verbale Rating Skala (VRS - 5)

Kein
Schmerz

Leichter
Schmerz

Mittelstarker
Schmerz

Starker
Schmerz

Maximal vorstellbarer
Schmerz

Visuelle Analogskala (VAS)



Gesichterskala

Face Pain Scale – Revised (FPS-R)

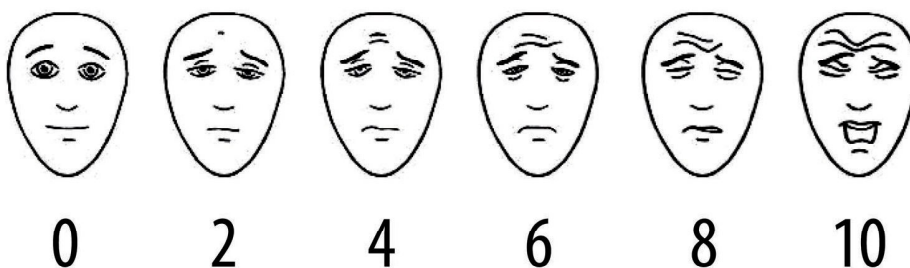


Abb. 6.9.2-1 Auswahl an Skalen zur Selbsteinschätzung

Häufig wird bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen davon ausgegangen, dass sie nicht mehr in der Lage sind, eine Selbsteinschätzung vorzunehmen. Diese Einstellung von Pflegenden sollte hinterfragt werden. Der Versuch der Selbsteinschätzung muss auch bei Menschen mit Demenz erfolgen. Ein Problem hierbei zeigt sich in Bewusstseins-/Orientierungsschwankungen, sodass Schmerzen nicht mehr erinnert werden können und nur aktuell geäußert werden. Ein häufigeres Nachfragen ist ggf. notwendig.

PRAXISTIPP

Bei der Selbsteinschätzung kann über sogenannte Schmerztagebücher der Verlauf von Schmerzen durch den Pflegebedürftigen, ggf. gemeinsam mit den Angehörigen/Bezugspersonen, dokumentiert werden. Solange der Betroffene die Dokumentation des Schmerzverlaufs selbst übernehmen kann, sollte dies erfolgen. Eine Anleitung zum Ausfüllen der Tagebücher oder Protokolle erfolgt durch die Pflegefachkraft und ist dabei selbstverständlich. Tagebücher können im Internet kostenfrei bestellt werden (www.schmerzmessen.de).

6.9.3 Vorbereitung – Fremdeinschätzung

Grundsätzlich muss bei zweifelhafter Aussagekraft der Skalen auf andere Möglichkeiten zur Schmerzeinschätzung zurückgegriffen werden. In der Literatur finden sich Angaben zur Verlässlichkeit von Skalen in Verbindung mit dem MMST. Beispielsweise kann ab einem Ergebnis des MMST <15 die NRS nicht als zuverlässig im Sinne der Selbsteinschätzung bewertet werden, ab einem MMST < 10 ist die verbale Selbstauskunft nicht mehr möglich ⁽⁹⁾.

Erst wenn keine verbale Mitteilung mehr möglich ist, muss eine Fremdeinschätzung mit Beobachtung des Verhaltens als Möglichkeit gesehen werden. Zur Fremdeinschätzung gibt es aktuell drei häufig angewendete und praktisch erprobte Instrumente, die als Hilfsmittel für die Beobachtung und Sensibilisierung zum Thema Schmerzen bei Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Einschränkungen dienen. Sie werden auch in der aktualisierten Fassung des Expertenstandards empfohlen. Es handelt sich um die Instrumente

- ▶ BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)
- ▶ BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz)
- ▶ ZOPA (Zürich Observation Pain Assessment)



Muster BESD

In der MDK-Anleitung wird die BESD erwähnt, da diese vom Arbeitskreis Alter und Schmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes empfohlen wird.

Die Instrumente können je nach Zielgruppe nur als Hilfsmittel für die Beobachtung und Sensibilisierung bei Menschen mit schwerer Demenz bzw. bei beatmeten, sedierten und vorübergehend kognitiv beeinträchtigten Menschen dienen. Keines ist bisher ausgereift und zuverlässig in seiner Anwendung. Die Beobachtung ist nur ein Teil des Schmerzassessments und kein Ersatz für die Fachlichkeit, eigene Analysen und die Einschätzungskompetenz der Pflegefachkräfte.

Auch wenn mit Punktwerten gearbeitet wird, kann aus diesen keine eindeutige Feststellung einer Schmerzsituation resultieren. Je nach Instrument gehen die Autoren davon aus, dass es eine behandlungsbedürftige Schmerzsituation geben kann und fordern dazu auf, weitere Schritte einzuleiten (BESD).

WICHTIG!

Als missverständlich bzw. bisher nicht bestätigt scheint die in der BESD festgelegte Einschätzung, dass bei sechs von maximal zehn erreichbaren Punkten von behandelbaren Schmerzen ausgegangen wird. Unter sechs Punkten würden demnach keine Schmerzen vorliegen. Dies ist in der Praxis nicht zu vertreten, da die in ihrer Ausdrucksfähigkeit eingeschränkten, demenziell erkrankten Personen oder Menschen mit starken Bewusstseinsstörungen (apallisches Durchgangssyndrom) eventuell nicht erfasst werden, obwohl sie Schmerzzeichen aufweisen. Die Schmerztherapie auf der Grundlage einer Fremdeinschätzung wird immer nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ erfolgen müssen.

Bei der Anwendung des BISAD wird von den Autoren festgehalten, dass es aus fachlichen Gründen nicht möglich ist, bei Beobachtungsinstrumenten Werte

festzusetzen, ab denen man sicher sein kann, dass Schmerz vorliegt. Die Anwendung von BISAD kann immer nur individuell für jeden einzelnen Menschen erfolgen, zum Beispiel, um eine Entwicklung im Verlauf zu bewerten oder den Erfolg einer Therapie zu überprüfen. Es muss immer der gesamte Zustand eines Pflegebedürftigen (z.B. schmerzverursachende Erkrankungen oder Interventionen) berücksichtigt werden ⁽¹⁰⁾.

Die Entscheidung, für welche Zielgruppe welche Instrumente wie häufig genutzt werden sollen, treffen die in der Einrichtung dafür Verantwortlichen.

Die wiederholte Einschätzung bei aktuell fehlenden Schmerzen im Rahmen der individuell festzulegenden Zeitabstände darf vom Prüfteam nicht vorgegeben werden. Eine Orientierung bietet der Expertenstandard, die konkrete Festlegung muss die Einrichtung treffen und begründen können. Üblicherweise wird die Überprüfung im Rahmen der Pflegeplanung vorgenommen, sofern es keinen akuten Handlungsbedarf gibt. Da sich der Expertenstandard nicht auf chronische Schmerzen bezieht, muss die Einschätzungshäufigkeit für akute Schmerzen und für chronische Schmerzen individuell festgelegt werden.

Das wiederholte Training durch „schulende Experten“ ist zwingend erforderlich. Die Skalen müssen sowohl vom Pflegebedürftigen als auch von den Pflegekräften verstanden werden. Dazu sollte der Umgang damit geübt werden. Bei Fremdeinschätzungsinstrumenten zur Beobachtung sind die Anleitung der Pflegefachkraft zur Anwendung des Instruments und eine gemeinsame Reflexion der beobachteten Parameter im Team unbedingt notwendig. Die Instrumente sind nicht eindeutig selbsterklärend und die Einschätzungskompetenz muss trainiert werden.

PRAXISTIPP

6.9.4 Vorbereitung – Einschätzungshäufigkeiten/Verlaufskontrolle

In der Einrichtung muss eine Festlegung getroffen werden, wie die Verlaufskontrolle erfolgen soll (Protokolle, Tagebuch, Häufigkeiten, gezielter Einsatz der Fremdeinschätzung u.a.). Für die Festlegung von Verlaufskontrollen ist die Trennung von akuten und chronischen Schmerzen zu berücksichtigen.

Für akute Schmerzen bedeutet dies, schnelles Handeln vor einer umfassenden Befragung zu beachten. Die Verlaufskontrolle bei akuten Schmerzen ist in kürzeren Abständen notwendig, da ggf. schneller reagiert werden muss. Bei akuten Schmerzen sind die Vorgaben konkret gefasst und können im Expertenstandard nachgelesen werden ⁽⁸⁾.

Akuter Schmerz

Beim chronischen Schmerz sollte beachtet werden, dass viele Menschen sehr lange mit nicht ausreichend therapierten chronischen Schmerzen leben, bevor sie professionelle pflegerische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Ein langsames Herantasten an ein lang bekanntes Problem ist daher sinnvoll. Bei chronischen Schmerzen ist beispielsweise die Beurteilung mit Tagebüchern oder Schmerzprotokollen über einen längeren Zeitraum eine Möglichkeit, um das Thema behutsam in den Fokus zu nehmen. Evtl. kann die Verlaufsbeobachtung durch Fremdeinschätzung erforderlich werden. Für chronische Schmerzen gibt es aktuell keine Orientierungswerte. Dies bleibt der Einrichtung überlassen. Mit Spannung kann der neue Expertenstandard für chronische Schmerzen erwartet werden.

Chronischer Schmerz

Die Häufigkeiten müssen intern festgelegt sein. Die Schmerzintensität ist einer der wichtigsten Parameter für die Verlaufskontrolle und wird in der Selbsteinschätzung immer abgefragt. Die Intensität wird auch als 5. Vitalzeichen bezeichnet.

Häufigkeiten

net (neben Blutdruck, Puls, Temperatur, Atmung). Es ist wichtig, diese bei akuten Schmerzen in kurzen Abständen zu erheben. Der aktualisierte Expertenstandard für akute Schmerzen empfiehlt, zu Beginn der Erfassung die Einschätzung in den ersten acht Stunden ca. alle zwei Stunden durchzuführen. Danach erfolgt die Einschätzung bei kontrollierter Situation einmal pro Schicht bzw. im ambulanten Bereich je nach Auftrag bzw. vereinbarten Einsätzen. Die Abstände sind aber generell individuell festzulegen. Die empfohlenen Zeitabstände sollten dabei als Orientierung dienen.

Chronische Schmerzen sollten laut Expertenarbeitsgruppe mindestens einmal pro Woche oder noch seltener bewertet werden. Da sich der Expertenstandard auf akute und tumorbedingt chronische Schmerzen fokussiert, ist die wiederholte Einschätzung von chronischen Schmerzen einrichtungsintern individuell festzulegen. Es gibt diesbezüglich bisher keine Empfehlungen der Experten.

Die Fremdeinschätzung ist sehr von der individuellen Situation des Pflegebedürftigen und seines Umfelds abhängig. Die Entscheidung über die zu ergreifenden Maßnahmen von Beginn der Ersteinschätzung bis zur Wiederholung der Einschätzung hat einen Einfluss auf den Rhythmus der zu wiederholenden Einschätzung. Die Beobachtungsskalen sind immer als Grundlage für eine Teamkommunikation und Reflexion zu betrachten. Sie bieten den Rahmen für die systematische Erfassung eines Problems, zu welchem sich der Pflegebedürftige nicht mehr selbst verbal ausreichend äußern kann.

PRAXISTIPP

Daher bietet es sich an, die Fremdeinschätzung an eine Teamsitzung, Fallbesprechung oder Pflegevisite zu koppeln. Es sollte in der Fallbesprechung oder mit anderen Methoden festgelegt werden, wann die nächste Einschätzung erfolgt. Dazu ist die Anpassung des genutzten Instruments hilfreich (siehe Abbildung). Ein grundsätzlich festgelegter, sich wiederholender Rhythmus (z.B. jede Woche) erscheint nicht zielführend, da die Verlaufskontrolle sehr von den eingeleiteten Maßnahmen abhängig ist.

Egal welche Einschätzungsinstrumente genutzt werden, sie müssen in ein pflegerisch-diagnostisches Gesamtkonzept eingebunden sein. Für Menschen mit Demenz und einem herausfordernden Verhalten, welches auch durch nicht erkannte und dadurch nicht behandelte Schmerzen entstehen kann, ist ein systematischer Umgang mit diesem Problemfeld notwendig.

PRAXISTIPP

Eine Möglichkeit der Auseinandersetzung bietet das Modell der „Serial Trial Intervention“ (STI), welches in einer Studie in Deutschland getestet wurde. Dieses Modell betrachtet Verhaltensauffälligkeiten und setzt sie u.a. auch in Verbindung mit einem möglichen Schmerzerleben von Menschen mit Demenz. Auch das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.) nimmt den Aspekt des Schmerzerlebens von Menschen mit Demenz als Forschungsaspekt auf. Zur detaillierten Beschreibung der Modelle, ihrer Möglichkeiten und Grenzen wird auf die vertiefende Literatur verwiesen^(11, 13). Der Projektbericht STI ist unter <http://medsoz.charite.de>, der Projektabschlussbericht H.I.L.DE. unter www.gero.uni-heidelberg.de verfügbar.



6.9.5 Vorbereitung – Schmerzmanagement

In der ambulanten Pflege muss ein Auftrag vom Pflegebedürftigen vorliegen, d.h. es muss geklärt werden, ob der Betroffene eine Veränderung will, eine Beratung verstanden wird und welche Schritte realistisch sind. Sofern keine Maßnahmen im Schmerzmanagement gewünscht werden, sollte dies eindeutig dokumentiert sein. Es ist hilfreich, dies festzulegen. Das nachfolgende Flussdiagramm zeigt beispielhaft die Vorgehensweise einer ambulanten Einrichtung.

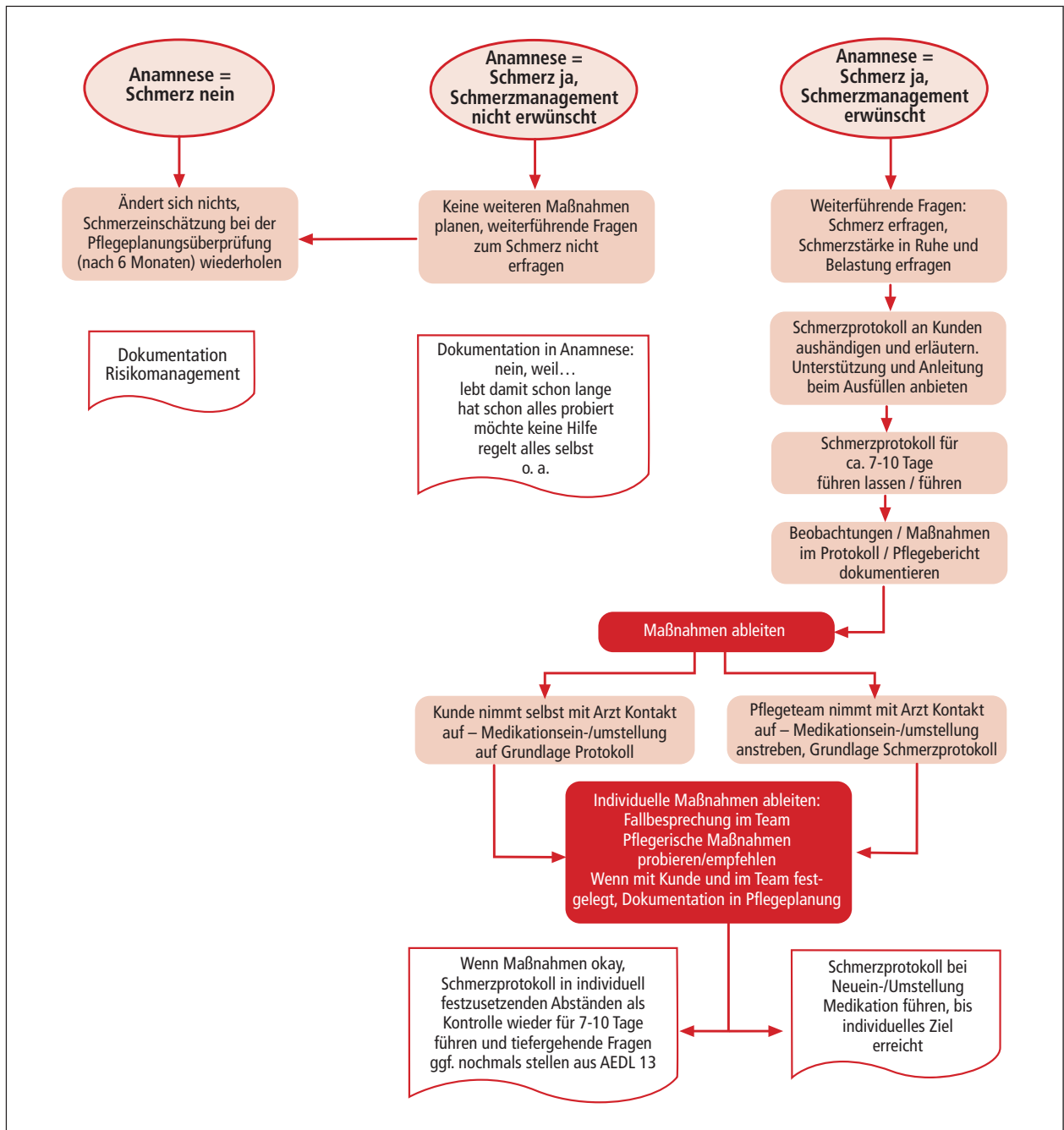


Abb. 6.9.5-1 Beispiel ambulant – Vorgehen bei Selbsteinschätzung

6.9.6 Prüffrage – Kooperation mit behandelndem Arzt

Im ambulanten Bereich wird dies nur bewertet, sofern ärztlich verordnete Leistungen zum Schmerzmanagement durchgeführt werden. Eine eigene Frage zur ärztlichen Kommunikation und Beratung gibt es nicht. In der Frage 10.21 ambulant wird dies in den Ausführungen zum fachlichen Hintergrund aufgegriffen. Auch über die allgemeine Frage der aktiven Kommunikation mit dem Arzt bei verordneter Behandlungspflege (QPR 10.1 ambulant) kann der Fokus des MDK-Prüfteams dann auf dem Schmerzmanagement liegen.



S QPR 12.7

Notenrelevant

Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn erkennbar ist bzw. vom Pflegeheim dargelegt wird, dass aufgrund der Ergebnisse der Krankenbeobachtung von Schmerzpatienten der behandelnde Arzt im Bedarfsfall unverzüglich informiert wird, insbesondere dann, wenn durch die eingenommenen Medikamente keine ausreichende Minderung der Schmerzen erreicht wird.

Dem Problem, dass behandelnde Ärzte vor allem bei geriatrischen Pflegebedürftigen und bei Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen sich zum Thema Schmerzmanagement häufig nur sehr zurückhaltend einbringen, trägt die MDK-Anleitung stationär und ambulant Rechnung. Pflegeeinrichtungen müssen den Arzt über ihre Beobachtungen informieren, auch wenn die Wahrscheinlichkeit gering ist, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch den Arzt angeregt oder angepasst werden. Wenn keine angemessene Reaktion durch den Arzt erfolgt, kann dies nicht der Pflegeeinrichtung angelastet werden. Dies bedeutet aber auch, dass in jedem Einzelfall entschieden werden muss, welche Schritte eingeleitet werden müssen, sofern es keine zufriedenstellende Situation bezüglich der ärztlichen Therapie für den Pflegebedürftigen gibt.



6.9.7 Vorbereitung – Kommunikation mit dem Arzt

Die Kommunikation mit dem Arzt muss ggf. durch das Management unterstützt werden. Hausärzte neigen immer wieder dazu, chronische Schmerzen von Pflegebedürftigen als nicht therapierbar zu betrachten und handeln nicht immer im Sinne einer modernen Schmerztherapie. Eine fachliche Argumentation im Sinne des Betroffenen ist daher besonders wichtig und benötigt ein gemeinsam abgestimmtes Vorgehen.

Schwellenwerte
Schmerzintensität

Der Expertenstandard fordert für akute Schmerzen, dass bei einer Intensität von mehr als 3 von 10 analog der NRS eine Verfahrensregelung in der Einrichtung greifen muss, die eine interprofessionell geltende medikamentöse Schmerzbehandlung regelt. In der aktualisierten Version des Expertenstandards wird ergänzt, dass für die Schmerzintensität in Bewegung/Belastung der Schwellenwert bei 5 von 10 NRS liegt. Zur Einleitung/Anpassung der Schmerzbehandlung muss ggf. eine ärztliche Anordnung eingeholt werden. Bei Neueinstellung und Anpassung der Medikation muss der Behandlungserfolg regelmäßig dem Analgesieverfahren entsprechend überprüft werden. Bei zu erwartenden Schmerzen muss präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgen.

PRAXISTIPP

Mit den behandelnden Ärzten sollte eine Kommunikation über das eigene Qualitätsniveau stattfinden. Es hat sich in einigen Fällen gezeigt, dass eine „vorsichtige“ Informationspolitik unterstützend sein kann, um eine ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit zu entwickeln. Dies kann beispielsweise mithilfe eines Informationsschreibens ausprobiert werden, das die Ärzte über bestimmte Anforderungen in der Einrichtung unverbindlich informiert und zeigt, dass eine Zusammenarbeit auf diesem Niveau erwünscht ist. Es können ausgewählte Unterlagen zum jeweiligen Thema zur Kenntnis mitgeschickt werden. Im Vorfeld muss diesbezüglich aber eine Auswahl der Adressaten und der Menge an Informationen getroffen werden. Vor allem Ärzte, die viele Pflegebedürftige in der Einrichtung betreuen oder immer wieder Patienten zuweisen, sollten gezielt angeschrieben werden. Der daraus entstehende fachliche Austausch sollte auf der Leitungsebene angesiedelt sein, da die Mitarbeiter vor Ort nicht alle Argumente für eine notwendige fachliche Überzeugungsarbeit der Ärzte zur Verfügung haben.

Verfahrensregelungen können auch dazu dienen, dass den Pflegekräften auf dem Wohnbereich oder in ihrer Eigenverantwortung vor Ort der Rücken gestärkt wird. Verfahrensregelungen können z.B. festlegen, wie damit umgegangen wird, wenn der behandelnde Arzt Analgetika trotz vorhandener Schmerzen nicht verändert. Zur Vermeidung unnötiger zeit- und kräfteaubender Kleinstdiskussionen vor Ort, sofern der Arzt nicht ausreichend auf die pflegerischen Beobachtungen reagiert, sollte eine Entscheidung in problematischen Fällen durch die Leitungskraft getroffen werden. Eine mögliche Regelung findet sich in der nachfolgenden Abbildung.

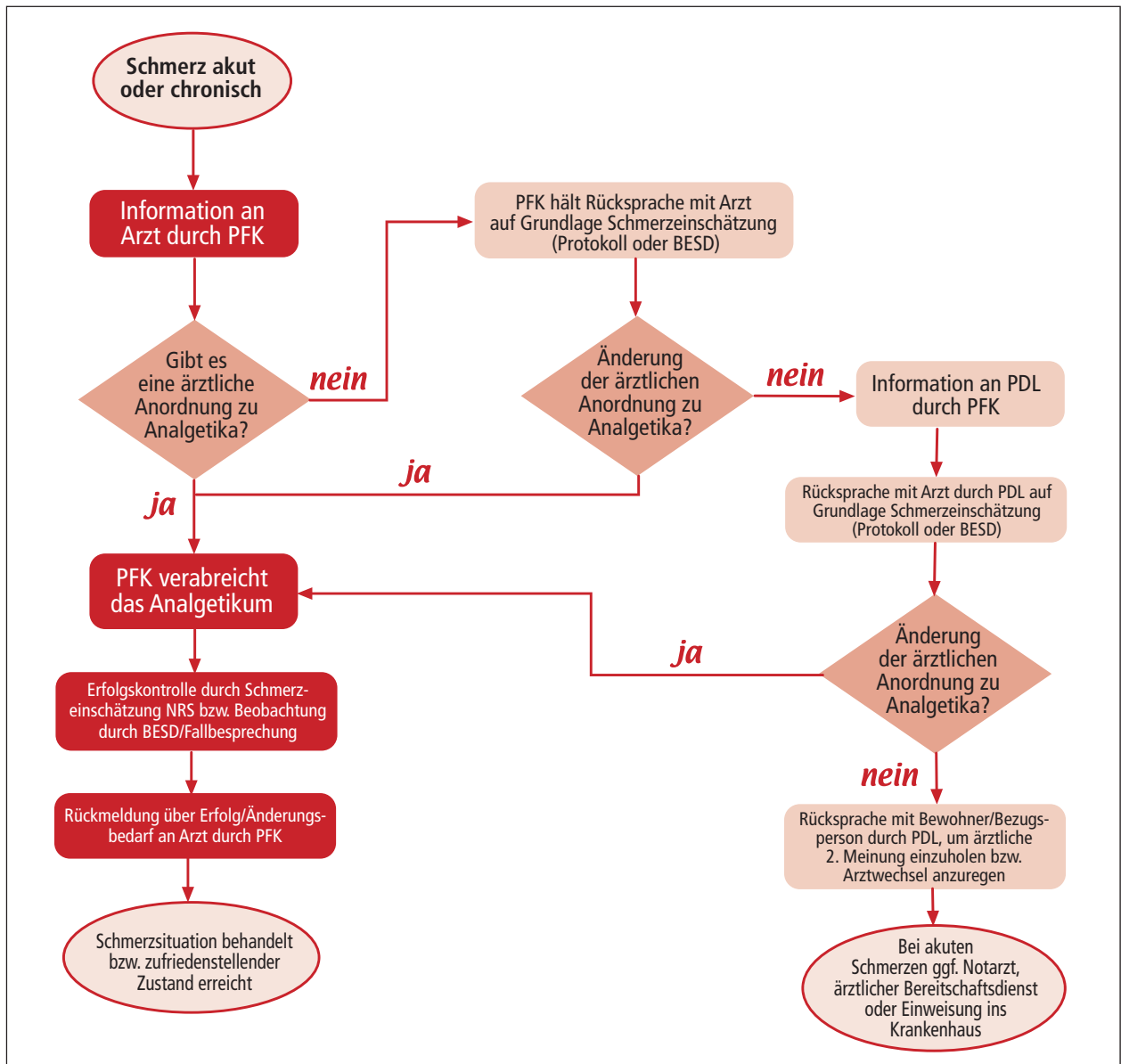


Abb. 6.9.7-1: Verfahrensanweisung ärztliche Schmerztherapie – Beispiel stationär

WICHTIG!

Die Forderung zur medikamentösen Schmerzbehandlung auf Grundlage der Schmerzintensität laut NRS kann für die Fremdeinschätzung nicht gelten, da die Punktwerte der Fremdeinschätzung nicht mit denen der NRS vergleichbar sind. Es ist daher zwingend erforderlich, dass die Einrichtung eine individuell geltende, interprofessionelle Verfahrensregelung erstellt, in der geregelt ist, wie mit der medikamentösen Schmerzbehandlung umgegangen wird. Dies ist für akute und chronische Schmerzen und die Selbst- und Fremdeinschätzung getrennt zu reflektieren. Eine eindeutige Verfahrensregelung bietet auch Sicherheit in der fachlichen Diskussion während einer Qualitätsprüfung.



6.9.8 Prüffrage – Medikamente/Analgetika

S QPR 12.8
Notenrelevant

Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?

Die Beurteilung dieses Kriteriums erfolgt anhand der Pflegedokumentation. Es gelten hier die Erläuterungen zum Kriterium 3 (Frage 12.3) entsprechend.

Die Bewertung der Frage folgt den Vorgaben der Frage zur Medikamentenversorgung nach ärztlicher Anordnung in der MDK-Anleitung stationär und wird im Detail dort thematisiert (siehe Kapitel Medikamentenmanagement).



In der MDK-Anleitung ambulant werden Fragen zur Medikamentengabe bei verordneter Behandlungspflege in der Frage 10.16 analog aufgegriffen (siehe Kapitel Medikamentenmanagement). Eine spezielle Eingrenzung auf die Schmerzmedikation findet nicht statt, erklärt sich aber bei vorhandenen Schmerzen. Geprüft wird auch, ob die Verknüpfung von dokumentierten Schmerzen und der nachvollziehbar dokumentierten Gabe von Bedarfsmedikation vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall, wird die Frage negativ bewertet. Der Prüfer fragt an dieser Stelle auch gezielt nach nichtmedikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung. Das Hintergrundwissen zu Maßnahmen, Indikationen und Kontraindikationen spezieller Methoden ist aber bei den Prüfern sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Bewertung der Methoden fließt üblicherweise nicht in die Prüffrage ein, da es hierbei speziell um die Analgesie geht.

6.9.9 Vorbereitung – Medikamente/Analgetika

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt zur Schmerztherapie ein Vorgehen in drei Stufen. Das ursprünglich für die Tumorthherapie entwickelte WHO-Stufenschema beginnt mit der Stufe 1 und kann bei unzureichender Wirksamkeit bis zur Stufe 3 gesteigert werden. Der Entscheidung, wann welche Stufe angewendet wird, liegt die Bewertung der Schmerzintensität nach der NRS zugrunde (siehe Abbildung).

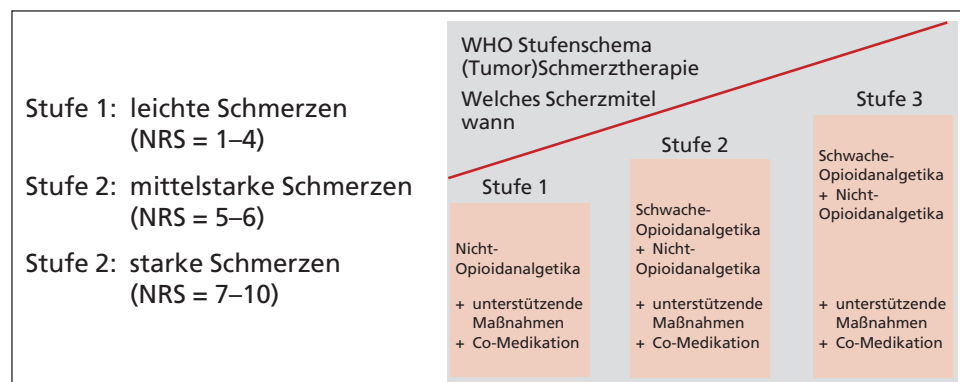


Abb. 6.9.9-1: WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie

Laut Expertenstandard sollen Pflegefachkräfte Wissen zu diesem Themenbereich haben. Problematisch zeigt sich die Tatsache, dass behandelnde Hausärzte dieses Stufenschema nicht im Detail kennen bzw. anwenden. Für die Behandlung von chronischen Schmerzen muss ggf. auch eine andere Grundlage herangezogen werden. Da die medikamentöse Schmerztherapie ärztliches Hoheitsgebiet ist, muss die Rolle der Pflegenden in der Einrichtung reflektiert und festgelegt werden.

Zur Beurteilung, ob Analgetika richtig dosiert sind, Zeitintervalle ausreichen und Nebenwirkungen im Blick behalten werden können, ist eine Übersicht über die üblicherweise in der Pflegeeinrichtung angewendeten Analgetika hilfreich. In Kooperation mit zuliefernden Apotheken kann eine tabellarische Übersicht die Handlungssicherheit der Pflegefachkräfte erhöhen.

Es handelt sich dabei um eine Art Übersicht, in der die gängigen Analgetika in der Einrichtung bzw. der Kunden im Überblick dargestellt werden. Vor allem der Wirkungseintritt und die Dauer der Wirkung sind von Wichtigkeit, da nur hierüber eine ausreichende Analgesie erfolgen kann. Beispielsweise ist es wichtig zu wissen, ob das Analgetikum zum Zeitpunkt der Mobilisation des Pflegebedürftigen mit Kontrakturen noch oder schon wirkt. Eine Übersicht transportiert Wissen und trägt zur Sensibilisierung der Pflegefachkräfte bei.

PRAXISTIPP



Muster
Analgetika-Übersicht

Name	Stärke	Dosierung (allgemein, wenn nicht anders verordnet)	Wirkeintritt	Wirkdauer	Nebenwirkungen (Auswahl)
Tramadol	50mg 100mg Lösung (1ml=8Hübe=100mg)	Anfangsdosis 2 x 50-100mg (morgens und abends) Bis zu 400mg Tagesmaximaldosis	20-40min (unretardiert/Lösung) 1 Stunde (retardiert)	4-8 Stunden (retardierte Formen länger)	Übelkeit, Schwindel, Benommenheit, Obstipation, Mundtrockenheit, Magendruck; Selten Atemdepression
Tilidin Valoron®	50/4mg 100/8mg (Tilidin/Naloxon)	Anfangsdosis 2 x 100 mg im 12 Stunden-Abstand, bis zu 600mg Tagesmaximaldosis	Lösung/tropfen: 5-15 min Kapseln: 15-20 min	4-6 Stunden	Zu Beginn häufig Übelkeit, Erbrechen, Schwindel; Schwitzen, unspezifische Bauchschmerzen

Abb. 6.9.9-2 Übersicht Analgetika – Beispiel

6.9.10 Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Im Schmerzmanagement konzentrieren sich Pflegenden meist auf die medikamentöse Schmerztherapie. Über ihre Möglichkeiten, auch pflegefachlich Einfluss zu nehmen, sind sich viele nicht im Klaren. In den Fragen der MDK-Anleitung wird nicht detailliert nach nichtmedikamentösen Maßnahmen gefragt. Der Bereich gehört aber selbstverständlich zu einem pflegerischen Schmerzmanagement und wird im Expertenstandard aufgenommen.

Ein gezielter Einsatz von zentral/peripher wirkenden Maßnahmen, die realistisch umsetzbar sind, ist eine weitere wichtige Säule im bereits erwähnten pflegerischen Gesamtkonzept. Die Kooperation mit anderen Berufsgruppen wie Physio-/Ergotherapeuten muss in diesem Zusammenhang geklärt werden.

Zur Verdeutlichung, welche pflegerischen Interventionen möglich sind, kann eine Übersicht über nicht-medikamentöse Maßnahmen hilfreich sein. Der Expertenstandard bietet einen Überblick, der durch entsprechende Fachliteratur vertieft werden sollte⁽¹⁴⁾. Eine Abstimmung über anzuwendende Maßnahmen in der Pflegeeinrichtung ist notwendig. Hilfreich ist eine Zusammenfassung nach Art der Maßnahme, Wirkungsweise, Anwendungsgebiete, Gegenanzeigen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikation (siehe Abbil-

PRAXISTIPP