Schmerz 2018 · 32:48–55

<https://doi.org/10.1007/s00482-017-0260-8>

Online publiziert: 8. Januar 2018

© Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

CrossMark

R. Boche¹ · N. Nestler² · J. Erlenwein³ · E. Pogatzki-Zahn⁴¹ Pflegedirektion, Stabsstelle Pflegespezialisten, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland² Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich³ Klinik für Anästhesiologie, Geschäftsfeld Schmerzmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland⁴ Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Pflegerische Schmerzexperten an deutschen Kliniken

Eine Erfassung zu Tätigkeitsprofilen und Aufgaben

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00482-017-0260-8>) enthält zusätzlich den Fragebogen zur Umfrage. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen im elektronischen Volltextarchiv auf <http://www.springermedizin.de/der-anaesthesist> zur Verfügung. Sie finden das Zusatzmaterial am Beitragsende unter „Supplementary Material“.

Hintergrund und Fragestellung

Schmerztherapie ist eine interprofessionelle Aufgabe. Bereits Ende der 1980er-Jahre betonten Ready et al., dass eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer postoperativen Schmerztherapie die Einbeziehung von Pflegenden zum Thema ist [20]. Erstmalig in den 1990er-Jahren fanden in Deutschland Bestrebungen statt, die Rolle der Pflegenden im Schmerzmanagement zu beschreiben. Damals wurde deren Kernaufgabe im Sinne einer Mittlerfunktion zwischen Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Patienten gesehen [22]. Es wurde über die Jahre national wie international immer wieder die Notwendigkeit professions-spezifischer Schulung und Weiterbildung reklamiert, um das Wissen und die Fähigkeiten von Pflegenden zu diesem Thema zu erweitern [1, 18, 21, 23, 24]. Gleichwohl ist das Thema Schmerz und Schmerztherapie in der allgemeinen

pflegerischen Ausbildung bis heute nur wenig vertreten [11, 25].

Inzwischen wurde das vielfältige Aufgabenspektrum für Pflegende im Schmerzmanagement sowohl im Krankenhaus als auch in anderen pflegerischen Tätigkeitsfeldern auf breiter Basis bundesweit schriftlich fixiert. 2005 erfolgte die Veröffentlichung des ersten Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen“ [7]. 2011 folgte die Überarbeitung „Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen“ [5] und 2015 der Expertenstandard „Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen“ [6]. Damit wurde eine Verbindlichkeit für alle professionell Pflegenden geschaffen. Um diese Pflegestandards klinisch umzusetzen werden zusätzlich geschulte Pflegeexperten mit dem Schwerpunkt „Schmerz“ benötigt [6]. Diesem Bedarf wurde mit den inzwischen seit über 10 Jahren existierenden Fortbildungen „Pain Nurse“, „algesiologische Fachassistenz“ sowie „Pain Care Manager“ begegnet. Ziel dieser Fortbildungen war und ist es, eine Professionalisierung Pflegenden in diesem Tätigkeitsfeld zu erreichen und sie zu befähigen, sowohl in der Patientenversorgung als auch in der klinikinternen Fortbildung die Inhalte der Pflegestandards zu lehren, deren Umsetzung zu unterstützen und die Patien-

tenversorgung zu verbessern [12]. Nach Angaben der jeweiligen Fortbildungsinstitute sind derzeit im deutschsprachigen Raum bereits über 10.000 Pflegende im Schmerzmanagement fortgebildet.

Bisher gibt es aber keine Daten, ob, wo und in welchem Umfang pflegerische Schmerzexperten (PSE) in deutschen Krankenhäusern eingesetzt werden bzw. wo deren tatsächliche Aufgabenfelder in der Praxis liegen. Entsprechend ist es das Ziel der hier vorliegenden Arbeit, erstmals umfassend aufzuzeigen, in welchen Versorgungsbereichen PSE eingesetzt werden und welche Tätigkeiten und Aufgaben sie in der Praxis innehaben.

Methodik

Es wurden 1989 Pflegedirektoren¹ und Pflegedienstleitungen deutscher Akutkrankenhäuser, Rehakliniken und Kurkliniken per E-Mail angeschrieben (Kontaktverzeichnis: Datensatz Pflegedienstleitungen 2015, Hospimed, Regensburg, Deutschland) und mittels Onlinefragebogen (SurveyMonkey Europe, Shelbourne Road, Dublin, Irland) zur Praxis des Einsatzes von PSE in ihren Häusern

¹ In diesem Artikel wird grundsätzlich die männliche Geschlechtsform für die bessere Lesbarkeit verwendet, beide Geschlechter sind gleichermaßen gemeint.

Tab. 1 Strukturen der teilnehmenden Krankenhäuser

	Gesamt, n (%)	Kleines KH (≤199 Betten), n (%)	Mittleres KH (200–699 Betten), n (%)	Großes KH (≥700 Betten), n (%)
<i>Klinikart</i>	<i>n = 374</i>	<i>n = 132</i>	<i>n = 201</i>	<i>n = 41</i>
Grundversorgung	95 (25,4)	42 (31,8)	48 (23,9)	5 (12,2)
Regel-, Schwerpunktversorgung	109 (21,1)	15 (11,4)	88 (43,8)	6 (14,6)
Maximalversorgung	41 (11)	2 (1,5)	10 (9,5)	29 (70,7)
Fachklinik	71 (19)	44 (33,3)	27 (13,4)	0
Belegklinik	7 (1,9)	7 (5,3)	0	0
Rehabilitationsklinik	48 (12,8)	20 (15,2)	27 (13,4)	1 (2,4)
Kurklinik	2 (0,5)	2 (1,5)	0	0
Sonstiges	1 (0,3)	0	1 (0,5)	0
<i>Träger</i>	<i>n = 370</i>	<i>n = 130</i>	<i>n = 200</i>	<i>n = 40</i>
Öffentlicher Träger	134 (36,2)	46 (35,4)	62 (31)	26 (40)
Privater Träger	109 (29,5)	46 (35,4)	57 (28,5)	6 (15)
Kirchlicher Träger	90 (24,3)	26 (20)	57 (28,5)	7 (17,5)
Freigemeinnütziger Träger	37 (10)	12 (9,2)	24 (12)	1 (2,5)
<i>Zertifizierung des Schmerzmanagements</i>	<i>n = 362</i>	<i>n = 128</i>	<i>n = 195</i>	<i>n = 39</i>
	64 (17,7)	13 (10,2)	44 (22,6)	7 (17,9)

KH Krankenhaus

anonym befragt (Versendung des Links zum Fragebogen am 09.06.2015 mit Reminder am 23.06.2015, letzter Beantwortungszeitpunkt am 30.06.2015). Der Bearbeitungslink konnte nur einmal pro Adressat bearbeitet werden.

Der Fragebogen enthielt insgesamt 32 Fragen zu allgemeinen Daten des Krankenhauses (Versorgungsstufe, Trägerschaft, Bundesland, Bettenanzahl), zur Implementierung der Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ und Fragen zur Tätigkeit der PSE im Haus (Aufgaben in der direkten Patientenversorgung und edukative wie konzeptionelle Aufgaben). Zudem waren Fragen zur Personalstellenplanung für PSE enthalten (siehe Supplement, Abb. S1). Für die deskriptive Auswertung wurden die Krankenhäuser nach Größe in drei Gruppen eingeteilt: kleines (bis 199 Betten), mittleres (200–699 Betten) und großes Krankenhaus (700 und mehr Betten). Die Auswertung erfolgte mit SPSS (IBM SPSS Statistics for Mac, Version 20.0., IBM Corporation, Armonik, USA).

Ergebnisse

Insgesamt wurden Pflegedirektoren und Pflegedienstleitungen von 1989 Einrichtungen angeschrieben; hiervon beantworteten 374 (18,8 %) den Fragebogen. Die meisten Antworten kamen aus Häusern der mittleren Größe ($n = 201$). Die Charakteristika der teilnehmenden Kliniken zeigt **Tab. 1**. Eine Zertifizierung des Schmerzmanagements wiesen 18 % aller teilnehmenden Krankenhäuser auf (**Tab. 1**), vermehrt solche mit einer mittleren Bettenzahl (23 %) im Vergleich zu kleinen (10 %) und großen (18 %) Kliniken.

Einführung der Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege

Der Nationale Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ ist deutlich häufiger eingeführt als der Expertenstandard bei chronischen Schmerzen (**Abb. 1a, b**). Mit zunehmender Größe der Klinik steigt die Häufigkeit der Einführung, insbesondere die Umsetzung in allen Fachbereichen (**Abb. 1a**). 57 % der mittelgroßen Kliniken gaben an, den Ex-

pertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ eingeführt zu haben (**Abb. 1b**).

Einsatz pflegerischer Schmerzexperten

Von 226 (70,6 %) der antwortenden Einrichtungen wurde angegeben, dass PSE vorhanden sind. Dies ist abhängig von der Größe der Einrichtung; alle großen Krankenhäuser haben demnach Schmerzexperten im Einsatz, kleine Krankenhäuser zu gut 50 %. Der Median pro Einrichtung sind 3 pflegerische Schmerzexperten ($Q_{25} = 2,0$; $Q_{75} = 6,0$; Min. 0, Max. 89; **Tab. 2**). Überwiegend sind sie der jeweiligen Pflegedirektion des Krankenhauses organisatorisch zugeordnet (**Tab. 2**).

Die Einsatzbereiche von PSE unterscheiden sich je nach Größe des Krankenhauses: In kleinen Häusern ist der Einsatz häufiger auf allgemeinen Pflegestationen im normalen Stationsdienst, seltener in spezialisierten Organisationseinheiten. In großen Häusern sind sie häufiger in Akutschmerzdiensten oder auf der Intensivstation eingesetzt (**Abb. 2**).

Schriftliche Aufgabenbeschreibungen

In 42,2 % der Krankenhäuser gibt es eine schriftliche Aufgabenbeschreibung für die PSE (**Tab. 3**). Dabei ist die Verschriftlichung deutlich häufiger in großen Krankenhäusern vorhanden (**Tab. 3**).

Aufgaben pflegerischer Schmerzexperten

Hauptaufgabe von Schmerzexperten in der direkten Patientenversorgung (**Abb. 3a**) ist laut Angaben der Kliniken die Versorgung von Patienten mit invasiven Analgesieverfahren, wie der patientenkontrollierten Analgesie (PCA) und Katheterv Verfahren (37,1 %). Hinzu kommt in mittleren und großen Häusern die Patientenbetreuung bei komplexen Schmerzproblemen in operativen Abteilungen (alle Krankenhäuser im Mittel 33,2 %) bzw. in kleinen Häusern eine Patientenbetreuung in konservativen Abteilungen (insgesamt im Mittel 30 %).

Schmerz 2018 · 32:48–55 <https://doi.org/10.1007/s00482-017-0260-8>
© Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

R. Boche · N. Nestler · J. Erlenwein · E. Pogatzki-Zahn

Pflegerische Schmerzexperten an deutschen Kliniken. Eine Erfassung zu Tätigkeitsprofilen und Aufgaben

Zusammenfassung

Hintergrund. Pflegende haben in den letzten Jahren ihre Tätigkeit im interprofessionellen Team in der Schmerzversorgung professionalisiert. Seit der Veröffentlichung des Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege wurden zunehmend pflegerische Schmerzexperten ausgebildet. Deren Einsatzort und Tätigkeitsprofil im klinischen Alltag ist aber weitgehend unklar. Ziel dieser Erhebung war zu identifizieren, wie und in welchen klinischen Versorgungsbereichen pflegerische Schmerzexperten eingesetzt werden.

Methodik. Online-Befragung von 374 Pflegedirektoren und Pflegedienstleitungen zum Einsatz pflegerischer Schmerzexperten und zu deren Aufgabenprofil in deutschen Gesundheitseinrichtungen.

Ergebnisse. In 70,6 % der antwortenden Kliniken werden pflegerische Schmerzexperten eingesetzt. Ihr Aufgabenprofil ist abhängig von der Klinikgröße. Schriftliche Aufgabenbeschreibungen bestehen in 42,2 % der Häuser. Hauptaufgaben der pflegerischen Schmerzexperten sind die Versorgung von Patienten mit invasiven Schmerztherapieverfahren (37,1 %) und mit komplexen Schmerzproblemen in operativen Abteilungen (33,2 %). Edukative Aufgaben sind Schulung der Kollegen, Einführung und Umsetzung der Nationalen Expertenstandards. Der Expertenstandard Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen ist in 36,1 % der Kliniken eingeführt, immerhin 57 % der mittelgroßen Kliniken haben den

Expertenstandard bei chronischen Schmerzen implementiert.

Diskussion. Die Untersuchung liefert einen ersten Einblick in die tatsächlichen Aufgabengebiete pflegerischer Schmerzexperten. Die Verbreitung der Schmerzexperten legt nahe, dass die Bedeutung dieser Qualifikation in der klinischen Versorgung als hoch eingestuft wird. Die edukativen Aufgaben zeigen zudem die Bedeutung in der Schulung und Beratung der pflegerischen Kollegen.

Schlüsselwörter

Pflegerisches Schmerzmanagement · Akuter Schmerz · Chronischer Schmerz · Interprofessionalität

Nursing pain experts in German hospitals. A compilation of activity profiles and tasks

Abstract

Background. In recent years nurses have come to play a professional role in pain management. In Germany, the publication of the national expert standards on pain management in nursing resulted in nurses being educated to be pain resource nurses; however, since education has started the continuance and commitments of specialized pain nurses in clinical practice is basically unclear. The goal of this evaluation was to identify how pain resource nurses are involved in pain management and organizational aspects in German hospitals.

Method. Online survey of 374 directors of nursing services of different types of hospitals on the assignment of nursing pain experts.

Results. Pain resource nurses are involved in pain management in 70.6% of the hospitals responding to the questionnaire. Their task profile depends on the hospital size and 42.2% of the hospitals have documented task profiles. Pain resource nurses are primarily involved in invasive pain management processes (37.1%) and in the management of pain in patients with complex pain problems after surgery (33.2%). Educative tasks are training of colleagues and implementation and conversion of the national expert standards. Of the hospitals 36.1% implemented the national expert standards for acute pain and 57% of the medium-sized hospitals have

at least also implemented the national expert standards for chronic pain.

Discussion. The study shows a first insight into the task profiles of pain resource nurses. The implementation of this special qualification is meaningful and seems to be well-recognized in the hospitals. The tasks of patient care are orientated to the spectrum of patients treated in the hospital. The tasks of education also show the importance for the education of colleagues.

Keywords

Nursing pain management · Acute pain · Chronic pain · Interprofessionalität

Bei den edukativen und konzeptionellen Aufgaben waren in allen Kliniken die Schulung der pflegerischen Kollegen, die Einführung und Umsetzung der Expertenstandards sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln bzw. einer Projektgruppe zum Thema Schmerz häufige Aufgaben (Abb. 3b). Deutlich seltener ist die Schulung anderer Mitarbeiter Aufgabe der pflegerischen Schmerzexperten (insgesamt im Mittel 14,7 %).

Diskussion

Einsatz pflegerischer Schmerzexperten

Die hier vorgestellten Ergebnisse geben zum ersten Mal einen Einblick in die Aufgabengebiete von PSE in deutschen Krankenhäusern. Demnach erfolgt heutzutage der Einsatz dieser Experten in Krankenhäusern aller Versorgungsstufen. Das lässt vermuten, dass

die Notwendigkeit, zum Thema Schmerz geschulte Pflegende in Kliniken einzusetzen [11], erkannt und grundsätzlich angefangen wurde, dies auch umzusetzen. Allerdings unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Klinikgröße der Einsatzort der PSE. Je größer das Krankenhaus ist, desto spezifischer scheinen die Aufgaben der Pflegenden zu sein. Während in kleinen Häusern der Einsatz eher auf allgemeinen Pflegestationen erfolgt, sind PSE in großen Kliniken eher

Abb. 1 Einführung der Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (a) und chronischen Schmerzen (b) in Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses

in speziellen Organisationseinheiten wie z. B. einem Akutschmerzdienst (ASD) eingesetzt. Die Einsatzorte spiegeln dabei die Spezialisierungen der Kliniken wider. Gerade in großen Krankenhäusern mit vielen Patienten mit größeren Eingriffen und nachfolgender postoperativer Schmerztherapie gemäß einer komplexen Akutschmerztherapie wie Katheterv Verfahren oder einer patientenkontrollierten Analgesie werden PSE in speziellen Organisationseinheiten benötigt, um diese Patienten angemessen mit zu versorgen [10]. Die hier vorliegende Erhebung weist darüber hinaus darauf hin, dass die in einem ASD eingesetzten Pflegenden oft speziell zum Thema Schmerz weitergebildete Pflegeexperten zu sein scheinen. Leider kann in diesem Kontext keine Aussage dazu getroffen werden, ob die Besetzung der ASD interprofessionell, also gemeinsam mit einem Arzt, gestaltet ist. Dies wäre, wie bereits an anderer Stelle dargestellt, zu fordern [10]. Das Zusammenspiel der beiden Berufsgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten in der Therapiebeobachtung und Aus-

wertung der Patientensituation kann eine effektive Patientenversorgung bewirken [8, 17]. Zudem sichert der PSE die Kommunikation zu und mit den Pflegenden auf den Stationen, was die Nachhaltigkeit der Therapie verbessern kann [5]. Allerdings zeigt eine aktuelle Auswertung von QUIPS-Daten, dass Patienten nach Operationen in Schwerpunkt- und Universitätskliniken eher stärkere Schmerzen und geringere Zufriedenheit mit der Schmerztherapie angaben als in Kliniken der Grund- und Regelversorgung; assoziiert war dies mit schlechterer Schmerzdokumentation in der Krankenakte und einer vom Patienten wahrgenommenen schlechteren Information [17]. Gerade diese Aspekte der Patientenversorgung könnten PSE verbessern, insbesondere durch Schulungen auf den Stationen. Ein intensivierter Einsatz der pflegerischen Schmerzexperten gerade in großen Krankenhäusern unabhängig von spezialisierten Organisationseinheiten auf den Stationen sowie organisationsübergreifend muss deshalb grundsätzlich gefordert werden. Unabhängig von der Größe des Kran-

kenhauses gehört die (Mit-)Betreuung der Patienten mit komplexen Schmerztherapieverfahren laut unserer Umfrage zu den Hauptaufgaben der PSE in deutschen Krankenhäusern. Allerdings muss die Versorgung dieser Patienten durch in die Stationsarbeit eingebundene PSE auf allgemeinen Pflegestationen kritisch betrachtet werden. Es muss angenommen werden, dass lediglich eine fundierte Betreuung der eigenen Patientengruppe erfolgen kann, nicht aber eine Mitbetreuung weiterer Patienten zum Schmerzmanagement. Somit ist zu vermuten, dass die Kompetenz der PSE nur für die eigene Patientengruppe genutzt, nicht aber eine qualifizierte Schmerzversorgung aller Patienten erreicht werden kann. Diese Vermutung wird gefördert durch den lediglich geringen Anteil schriftlicher Aufgabenbeschreibungen insbesondere in kleinen Häusern, wodurch eine Übernahme von Aufgaben über den üblichen Versorgungskontext hinaus zumindest erschwert ist. Daher sind schriftlich fixierte, für alle verbindliche Aufgabenfestschreibungen dringend zu fordern [4].

Abb. 2 ▲ Einsatzbereiche pflegerischer Schmerzexperten. Mehrfachangaben möglich

Abb. 3 ▲ Aufgaben der pflegerischen Schmerzexperten (PSE) in der direkten Patientenversorgung (a) und im edukativen/konzeptionellen Bereich (b). Mehrfachangaben möglich. NES Nationaler Expertenstandard in der Pflege, QUIPS Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie

Tab. 2 Einsatz pflegerischer Schmerzexperten und die organisatorische Zuständigkeitsregelung

	Gesamt, n (%)	Kleines KH, n (%)	Mittleres KH, n (%)	Großes KH, n (%)
<i>Einsatz pflegerischer Schmerzexperten</i>	320	n = 115	n = 171	n = 34
Ja	226 (70,6)	67 (58,3)	125 (73,1)	34 (100,0)
Nein	83 (25,9)	44 (38,3)	39 (22,8)	0
Ausschließlich in Fortbildung befindliche Pflegende	8 (2,5)	3 (2,6)	5 (2,9)	0
Weiß ich nicht	3 (0,9)	1 (0,9)	2 (1,2)	0
<i>Anzahl der pflegerischen Schmerzexperten</i>	Median 3,0 Min. 0, Max. 89 Q ₂₅ = 2,0 Q ₇₅ = 6,0	Median 2,0 Min. 0, Max. 26 Q ₂₅ = 1,0 Q ₇₅ = 4,75	Median 3,5 Min. 1, Max. 30 Q ₂₅ = 2,0 Q ₇₅ = 5,0	Median 6,0 Min. 1, Max. 89 Q ₂₅ = 4,0 Q ₇₅ = 6,0
<i>Organisatorische Zuständigkeit</i>	n = 218	n = 67	n = 169	n = 29
Pflegedirektion	178 (81,7)	53 (79,1)	102 (83,6)	23 (79,3)
Chefarzt Anästhesie	31 (14,2)	11 (16,4)	16 (13,1)	4 (13,8)
Chefarzt andere Abteilung	6 (2,8)	2 (3)	3 (2,5)	1 (3,4)

KH Krankenhaus

Maßnahmen der Edukation wie die Schulung der pflegerischen Kollegen, konzeptionelle Aufgaben wie die Einführung und Umsetzung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege bei akuten wie bei chronischen Schmerzen und die Teilnahme an Qualitätszirkeln bzw. einer Projektgruppe zum Thema Schmerz gehören in allen Klinikgrößen laut unserer Umfrage zu den Aufgaben der PSE. Somit wird die fachliche Expertise der pflegerischen Kollegen genutzt, um auf konzeptioneller und struktureller Ebene das Schmerzmanagement in dem jeweiligen Krankenhaus zu optimieren. Dieses Vorgehen ist absolut zu begrüßen und kann Kliniken unterstützen, die Umsetzung einer adäquaten Schmerztherapie in einem gesamten Krankenhaus zu fördern.

Da sich das Schmerzmanagement im Krankenhaus in den letzten Jahren zunehmend verändert hat und neben den operativen Versorgungsbereichen auch die Betreuung von Schmerzpatienten in nichtoperativen Abteilungen zunehmend in den Fokus rückt [9, 15], ergeben sich hieraus als Folge die Professionalisierung der Pflege zu diesem Themengebiet und die Anpassung an klinische Entwicklungen. Entsprechend

wichtig ist die weitere Bearbeitung des Profils pflegerischer Schmerzexperten. Im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK e. V.) hat sich im Jahr 2014 die Fachgruppe „Pflegeexperten Schmerz“ gegründet, die ein Kompetenzprofil erarbeitet hat [3]. Es definiert das Wissen und die Fähigkeiten von PSE und schafft somit einen verbindlichen Rahmen für diese Expertengruppe. Allerdings muss hierbei kritisch angemerkt werden, dass das bisherige schmerztherapeutische Curriculum für die integrierte Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Pflege des Arbeitskreises Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerzmedizin der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. keine Kompetenzen für die Edukation von Klinikmitarbeitern oder im Rahmen von Qualitätskontrollprojekten (Projektplanung und -durchführung) beinhaltet [12]. Somit muss der jeweilige Schmerzexperte sich individuelle Fähigkeiten aneignen, um diese edukativen und konzeptionellen Aufgaben bewältigen zu können. Es besteht deshalb der Bedarf der Überarbeitung des bestehenden Curriculums, um den durch die Fachgruppe geforderten Kompetenzen und der in unserer Erhebung deutlich ge-

wordenen Aufgabenvielfalt gerecht zu werden.

Umsetzung pflegerischer Expertenstandards

45,2 % der kleinen Krankenhäuser haben laut unserer Umfrage den Nationalen Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ [5] und sogar 60 % dieser Häuser den „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ [6] nicht eingeführt. Dies stellt sich aus unserer Sicht problematisch dar, da zwar PSE für die Versorgung einzelner Patienten mit speziellen Analgesieverfahren eingesetzt werden, nicht aber ein systematisches Schmerzmanagement aller Patienten gesichert ist. Hierfür wäre die flächendeckende Durchführung eines systematischen Schmerzmanagements notwendig, an dem alle Pflegenden beteiligt sind [5]. Auch wenn wir in unserer Erhebung zeigen konnten, dass ein hoher Anteil von Krankenhäusern PSE einsetzt, scheinen die Anzahl der eingesetzten Pflegeexperten und/oder ihre Einsatzbereiche und Aufgaben nicht ausreichend dafür zu sein, um die Expertenstandards in den Kliniken flächendeckend zu etablieren. Hier muss dringend Abhilfe geschaffen werden, da eine Etablierung der Expertenstandards die Qualität der Patientenversorgung maßgeblich, wo sie noch nicht optimal ist [16], verbessern könnte [13].

Schriftliche Vorgaben als Grundlage

Unsere Befragung konnte auch zeigen, dass nur wenige und vorwiegend größere Häuser schriftliche Aufgabenbeschreibungen für PSE aufweisen. Obwohl in den letzten Jahren Untersuchungen den Nutzen und die Sinnhaftigkeit solcher Aufgabenbeschreibungen aufzeigen konnten [5, 11, 19], scheinen diese gerade in Kliniken, die die Expertenstandards nicht eingeführt haben, zu fehlen. Hier zeigt sich zudem ein Mangel an Vorgaben zu interprofessionellen Verantwortlichkeiten, denn ärztliche Vereinbarungen zu Tätigkeitsübernahmen sind bereits vor Jahren entwickelt und zur Verfügung

Tab. 3 Vorhandensein schriftlicher Aufgabenbeschreibungen für pflegerische Schmerzexperten

	Gesamt, n (%)	Kleines KH, n (%)	Mittleres KH, n (%)	Großes KH, n (%)
	n = 211	n = 65	n = 118	n = 28
Ja	89 (42,2)	18 (27,7)	54 (45,8)	17 (60,7)
Nein	110 (52,1)	45 (69,2)	57 (48,3)	8 (28,6)
Weiß ich nicht	12 (5,7)	2 (3,1)	7 (5,9)	3 (10,7)

KH Krankenhaus

gestellt worden [2]. Eine Abstimmung mit der Berufsgruppe der Pflegenden und insbesondere mit Mitarbeitern mit speziellen Aufgabenbereichen ist selten vorhanden. Da die Aufgabenbereiche der PSE sehr unterschiedlich sein können [3] und Delegationen ärztlicher Tätigkeiten an Pflegenden möglich sind – insbesondere dann, wenn Pflegenden speziell ausgebildet sind –, sollten sie schriftlich fixiert sein [14]. Dies würde allen Beteiligten Handlungssicherheit geben und zudem durch Transparenz eine Stärkung der Anerkennung erreichen.

Limitationen und Ausblick

Die Erhebung der Tätigkeiten und Aufgaben von PSE in deutschen Krankenhäusern erfolgte mittels einer Befragung von Mitarbeitern des Pflegemanagements der jeweiligen Kliniken. Hierbei wurde auf ein kommerziell erhältliches Kontaktverzeichnis zurückgegriffen, ohne Wissen, ob die jeweiligen Adressen tatsächlich aktuell waren. Ggf. waren auch veraltete Adressen dabei, sodass einzelne Kliniken ggf. nicht erreicht wurden.

Zudem hat sich gezeigt, dass die Befragung teilweise vom Pflegemanagement an Stabsstellen oder sogar an PSE delegiert wurde, wodurch ggf. eine Verzerrung der Ergebnisse möglich sein könnte.

Die hier vorgestellten Ergebnisse können keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, da hierfür zu wenig Pflegedirektoren sowie Pflegedienstleitungen teilgenommen haben. Für diese geringe Rücklaufquote können verschiedene Gründe angenommen werden, die sowohl in mangelndem Interesse an einer solchen Beantwortung liegen können als auch im Fehlen von Schmerzexperten in den jeweiligen Kliniken und der hieraus ggf. resultierenden Unkenntnis zu die-

sem Thema. Zudem ist auch die Verteilung der Klinikarten ungleich. Gleichwohl geben aber die Ergebnisse einen Einblick in die Tätigkeiten und Aufgaben der PSE. Eine Befragung der Experten könnte weitere Aufschlüsse darüber geben, welche Aufgaben tatsächlich ausgeführt werden, wo ggf. zukünftige Aufgabenfelder gesehen werden und welche Kompetenzen hierfür als notwendig erachtet werden.

Korrespondenzadresse

Ass.-Prof. Dr. N. Nestler
Institut für Pflegewissenschaft
und -praxis, Paracelsus
Medizinische Privatuniversität
Strubergasse 21,
5020 Salzburg, Österreich
nadja.nestler@pmu.ac.at

Funding. Open access funding provided by Paracelsus Medical University.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Boche hat keine unmittelbaren Interessenkonflikte in Bezug auf diesen Beitrag. Unabhängig von dieser Arbeit wurde an R. Boche ein finanzieller Ausgleich für Beratung oder Vorträge von folgenden Firmen in den letzten 5 Jahren gezahlt: Grünenthal; Mundipharma GmbH. N. Nestler hat keine unmittelbaren Interessenkonflikte in Bezug auf diesen Beitrag. Unabhängig von dieser Arbeit wurde an N. Nestler ein finanzieller Ausgleich für Beratung oder Vorträge von folgenden Firmen in den letzten 5 Jahren gezahlt: Grünenthal; Mundipharma GmbH; ponte-med. J. Erlenwein hat keine unmittelbaren Interessenkonflikte in Bezug auf diesen Beitrag. Unabhängig von dieser Arbeit wurde an J. Erlenwein ein finanzieller Ausgleich für Beratung oder Vorträge von folgenden Firmen in den letzten 5 Jahren gezahlt: Grünenthal; Mundipharma GmbH. E. Pogatzki-Zahn hat keine unmittelbaren Interessenkonflikte in Bezug auf diesen Beitrag. Unabhängig von dieser Arbeit wurde an E. Pogatzki-Zahn persönlich und/oder an die Universitätsklinik Münster ein finanzieller Ausgleich für Beratung oder Vorträge von folgenden Firmen in den letzten 5 Jahren gezahlt: Grünenthal, MSD SHARP &

DOHME GmbH; Mundipharma GmbH; Mundipharma International; Janssen-Cilag GmbH; Fresenius Kabi; ArcRx.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Abdalrahim M, Majahli SA, Stomberg MW et al (2011) The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Educ Pract* 11:250–255
2. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie Und Intensivmedizin, Anästhesisten BD (2011) Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie. <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/528-vereinbarung-zur-organisation-der-postoperativen-schmerztherapie/file.html>. Zugriffen: 22.08.2017
3. Deutscher Berufsverband Für Pflegeberufe D (2016) Nursing pain Experts. In: nursing expert groups. <http://www.dbfk.de/de/expertengruppen/pflegeexperten-schmerz/index.php>. Zugriffen: 22.08.2017
4. Deutsches Netzwerk Für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (2015) Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. <https://www.dnqp.de/de/materialien/#c83192>. Zugriffen: 22.08.2017
5. Deutsches Netzwerk Zur Qualitätsentwicklung in Der Pflege D (2011) Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. DNQP, Osnabrück
6. Deutsches Netzwerk Zur Qualitätsentwicklung in Der Pflege D (2015) Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege, (DNQP), Osnabrück
7. Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege D (2005) Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und chronisch tumorbedingten Schmerzen. Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege D, Osnabrück
8. Erlenwein J, Emmons MJ, Hecke A et al (2014) Prozesssteuerung in der Akutschmerztherapie - Eine Analyse des Organisationsgrades angewandter Behandlungsstandards. *Schmerz* 28:493–503
9. Erlenwein J, Stamer U, Koschwitz R et al (2014) Akutschmerztherapie in der stationären Versorgung an deutschen Krankenhäusern - Ergebnisse des Akutschmerzzensus 2012. *Schmerz* 28:147–156

10. Erlenwein J, Hinz J, Meißner W et al (2015) Akutschmerztherapie in deutschen Krankenhäusern als Wettbewerbsfaktor. Schmerz 29:266–275
11. Fragemann K, Meyer N, Graf B et al (2012) Interprofessionelle Lehre in der Schmerztherapie. Schmerz 4:369–382
12. Gnass I, Rettig M et al (2016) Kurse zum Schmerzmanagement. Schwester Pfleger 6:60–62
13. Göttermann A (2017) Qualitätsmanagement – eine Chance für die Optimierung der pflegerischen Ressourcen im Akutschmerzdienst. Schmerz Schmerzmanag 1(2):6–10
14. Hell W (2013) Alles Wissenswerte über Staat, Bürger, Recht: Staatsbürger- und Gesetzeskunde. Thieme, Stuttgart
15. Maier C, Nestler N, Hansel N et al (2013) Zertifizierung für „Qualifizierte Schmerztherapie“, Nachhaltige Verbesserung der Versorgungsrealität in deutschen Krankenhäusern. Klinikarzt 42:80–87
16. Maier C, Nestler N, Richter H et al (2010) Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Arztebl 107:607–614
17. Meißner W, Komann M, Erlenwein J et al (2017) The quality of postoperative pain therapy in German hospitals. Dtsch Arztebl Int 114:161–167
18. Michaels TK, Hubbartt EH, Caroll AA et al (2007) Evaluating an educational approach to improve pain assessment in hospitalized patients. J Nurs Care Qual 22:260–265
19. Nestler N, Maier C, Osterbrink J (2014) Soziale Erwünschtheit in der Schmerztherapie. Schmerz 28:384–390
20. Ready LB, Oden R, Chadwick HS et al (1988) Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. Anesthesiology 68:100–106
21. Schreiber JA, Cantrell D, Moe KA et al (2014) Improving knowledge, assessment, and attitudes related to pain management: evaluation of an intervention. Pain Manag Nurs 15:474–481
22. Thomm M et al (1994) Die Rolle des Pflegepersonals in der Schmerzzambulanz. Schwester Pfleger 33:1016–1018
23. Visentin M, Trentin L, De Marco R et al (2001) knowledge and Attitudes of Italian medical Staff towards the approach and treatment of patients in pain. J Pain Symptom Manage 22:925–930
24. Watt-Watson J, Hunter J, Pennefather P et al (2004) An integrated undergraduate pain curriculum, based on IASP curricula, for six Health science Faculties. Pain 110:140–148
25. Zhang C-H, Hsu L, Zou B-R et al (2008) Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China. J Pain Symptom Manage 36:616–627

Wirksame und lang anhaltende Schmerzlinderung durch Akupunktur bei chronischen Schmerzen

Die Ergebnisse der aktuellen Studie von Andrew J. Vickers et al. „Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis“ bestätigen die hohe Wirksamkeit der Akupunktur bei chronischen Schmerzen. Der viel diskutierte Placebo-Effekt der Nadeltherapie konnte widerlegt werden.

„Die Akupunktur ist eines der am besten nachgewiesenen Verfahren in der Behandlung chronischer Schmerzen“, erklärt PD Dr. Dominik Irnich, Mitautor der am 2. Dezember in Journal of Pain der American Pain Society veröffentlichten Studie. Irnich ist leitender Arzt der Schmerzzambulanz an der LMU München sowie 1. Vorsitzender der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur (DÄGfA). Er betont, dass die in Deutschland noch weit verbreitete Meinung, die Wirkung von Akupunktur sei nicht besser als eine Placebotherapie oder es sei egal, wohin man sticht, mit der vorliegenden Studie endgültig der Vergangenheit angehöre. Über 20.800 individuelle Patientendaten aus 39 randomisiert-kontrollierten Studien haben Andrew J. Vickers, Forschungsmethodiker und Biostatistiker im New Yorker Memorial Sloan Kettering Cancer Center und seine Kollegen ausgewertet. Ihre Analyse belegt nachhaltig die Wirksamkeit der Akupunktur bei Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen bei Kniegelenksarthrose und Schulterschmerz. Die Wissenschaftler konnten außerdem aufzeigen, dass die therapeutische Wirksamkeit der Akupunktur nicht allein über den Placeboeffekt erklärt werden kann: Die Nadeltherapie ist Placebo- und anderen Kontrollverfahren sogar deutlich überlegen. Bemerkenswert ist der nachgewiesene Behandlungseffekt der Nadeln. Dieser hält, bei einer Abnahme von lediglich 15% der Effektstärke, über zwölf Monate an. Da die aufwendige Metaanalyse auf den Primärdaten der jeweiligen referierten Studien basiert, ist sie gängigen Auswertungen, die Studienergebnisse zusammenfassen, deutlich überlegen. Die gewählte Methode gilt als die aktuell verlässlichste, um medizinische

Fragestellungen anzugehen, die durch Einzelstudien nicht ausreichend geklärt werden konnten.

Dennoch sollte Akupunktur nicht überbewertet oder gar als Allheilmittel verstanden werden. Irnich unterstreicht, dass chronische Schmerzpatienten, die beispielsweise seit vielen Jahren unter Rückenschmerz leiden, auch durch Akupunktur nicht für immer geheilt werden können. „Hier sollten interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapien, die nachweislich zur Schmerzlinderung beitragen und sowohl biologische als auch psychische und soziale Ursachen des chronischen Schmerzes berücksichtigen, verstärkt in den Fokus der Mediziner rücken“, so Irnich. Aus Sicht der DÄGfA, die sich seit 1951 für ein hohes Niveau der Akupunkturausbildung von Ärzten einsetzt, gehört die Akupunktur deshalb zwingend in ärztliche Hände. Auch weil sie als invasives Verfahren eine entsprechend fundierte ärztliche Indikation erfordert.

Literatur

Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, Irnich D, Witt CM, Linde K; Acupuncture Trialists' Collaboration (2017) Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. J Pain, doi: 10.1016/j.jpain.2017.11.005. [Epub ahead of print]

Quelle:
presse@daegfa.de
www.daegfa.de