

# Der Schmerz

Organ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, der Österreichischen Schmerzgesellschaft, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie und der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

## Elektronischer Sonderdruck für

## J. Osterbrink

Ein Service von Springer Medizin

Schmerz 2010 · 24:613–620 · DOI 10.1007/s00482-010-0983-2

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der privaten Homepage und Institutssite des Autors

© Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2010

**J. Osterbrink · A. Ewers · N. Nestler · E. Pogatzki-Zahn · Z. Bauer · I. Gnass · E. Sirsch · C. Krüger · B. Mitterlehner · P. Kutschar · S. Hemling · B. Fischer · U. Marschall · W. Aschauer · M. Weichbold · H. van Aken**

## Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“

Zielsetzung und Methodik

Schmerz 2010 · 24:613–620  
 DOI 10.1007/s00482-010-0983-2  
 Online publiziert: 21. Oktober 2010  
 © Deutsche Gesellschaft zum Studium  
 des Schmerzes. Published by Springer-Verlag -  
 all rights reserved 2010

J. Osterbrink<sup>1</sup> · A. Ewers<sup>1</sup> · N. Nestler<sup>1</sup> · E. Pogatzki-Zahn<sup>2</sup> · Z. Bauer<sup>1</sup> · I. Gnass<sup>1</sup> ·  
 E. Sirsch<sup>1</sup> · C. Krüger<sup>1</sup> · B. Mitterlehner<sup>1</sup> · P. Kutschar<sup>1</sup> · S. Hemling<sup>1</sup> · B. Fischer<sup>3</sup> ·  
 U. Marschall<sup>3</sup> · W. Aschauer<sup>4</sup> · M. Weichbold<sup>4</sup> · H. van Aken<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Pflegewissenschaft, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin,  
 Universitätsklinikum Münster

<sup>3</sup> Barmer GEK, Wuppertal

<sup>4</sup> Paris-Lodron-Universität Salzburg

# Versorgungsforschungs- projekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“

## Zielsetzung und Methodik

Schmerz ist ein allgegenwärtiges Phänomen, das alle Bevölkerungsschichten und Altersgruppen umfasst. In einer repräsentativen Umfrage der Bertelsmann-Stiftung gaben 37% der Bevölkerung im Alter ab 16 Jahren an, unter wiederkehrenden Schmerzen (Z. B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder Arthritis) zu leiden [6]. Im Jahr 2008 wurden bei mehr als 16 Millionen Menschen mindestens einmal Rückenschmerzen diagnostiziert, 6,7 Millionen klagten über Kopfschmerzen oder Migräne, 3,7 Millionen Menschen hatten Bandscheibenschäden und 1,3 Millionen Oberbauchschmerzen [2].

Durch eine angemessene, den Erkenntnissen der modernen Analgesie entsprechende Schmerztherapie könnten vielen Menschen Schmerzen erspart bleiben [1].

Wie das bundesweit durchgeführte Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ (<http://www.schmerzfreies-krankenhaus.de>) gezeigt hat, entstehen die Defizite in der schmerztherapeutischen Versorgung u. a. als Folge struktureller und organisatorischer Mängel [16]. Dazu zählen u. a.:

- fehlende oder unregelmäßige Messung und Dokumentation von Schmerzen,

- unzureichende Kenntnisse der medizinischen Berufsgruppen über Schmerzmanagement,
- mangelhafte interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit [13, 14, 15, 17, 18, 20].

Hierbei sind Patienten in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen mit verschiedenen Schmerzformen betroffen [13, 14, 16]. Eine schmerztherapeutische Unter- oder Fehlversorgung betrifft indes nicht nur die Erkrankten selbst, sondern sie stellt ein gesamtgesellschaftliches Problem dar, welches sowohl für das Gesundheitssystem als auch die Volkswirtschaft eine immense Belastung bedeutet. Nach der Anfang 2009 eingeführten Kodierung für chronische Schmerzkrankheit (ICD F45.41) gibt es nach einer aktuellen Analyse von BARMER-GEK-Daten mindestens 280 000 Patienten in Deutschland mit dieser Diagnose [3]. Mehr als 60% dieser Patienten sind dabei jünger als 65 Jahre (■ **Abb. 1**). Ihre meist langjährige Schmerzkrankheit führt durch erhöhte Krankenstände und Arbeitsunfähigkeit zu einer Verminderung der gesamtwirtschaftlichen Produktion. Rückenerkrankungen verursachen den höchsten Anteil (23,5%) am Krankenstand [4]. Nach Schätzungen des

Statistischen Bundesamtes belaufen sich die Krankheitskosten für Muskel- und Skeletterkrankungen auf 24,5 Milliarden Euro, ein Drittel davon ist auf Rückenleiden zurückzuführen [19]. Neben dem Produktionsausfall entstehen durch die Schmerzkrankheit auch hohe Behandlungskosten: Allein bei der stationären multimodalen Schmerztherapie – eine wissenschaftlich evaluierte Behandlungsmöglichkeit von chronischen Schmerzen, die 2009 bei fast 30 000 Menschen eingesetzt wurde – entstanden Behandlungskosten von über 104 Millionen Euro [3]. Dies macht die Relevanz einer angemessenen Schmerztherapie deutlich.

Im Rahmen des Projekts „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ wird zum ersten Mal das Gesamtkonzept des Schmerzmanagements in verschiedenen Versorgungseinrichtungen eines städtischen Gesundheitssystems untersucht und gemäß den gültigen Pflegestandards und ärztlichen Leitlinien optimiert.

Förderung: Hauptförderer der Studie ist die Firma Mundipharma GmbH in Limburg. Des Weiteren stellen das Land Salzburg und die Stadt Münster Fördermittel zur Verfügung. Sponsors: The study is in part sponsored by Mundipharma GmbH, Limburg, Germany. Additional funding is provided by the province of Salzburg and the City of Münster.

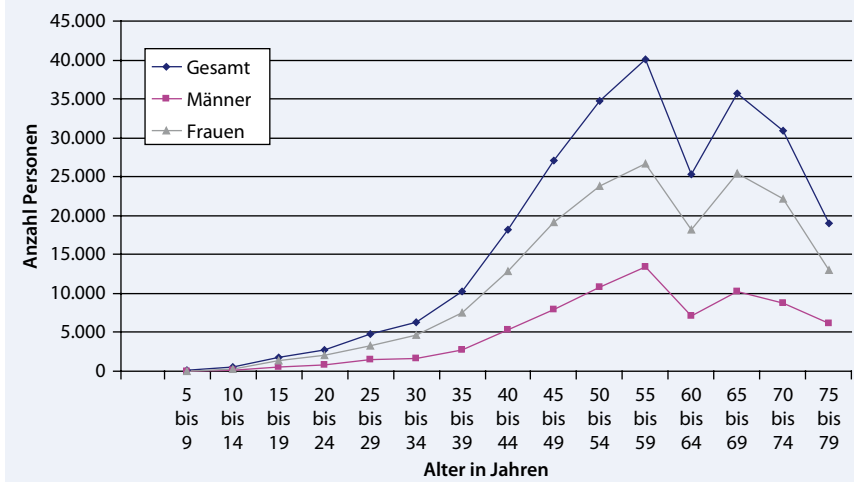


Abb. 1 ▲ Altersverteilung von Patienten mit chronischen Schmerzstörungen nach ICD F45.41 [3]

Hierbei werden Krankenhäuser (KH), Einrichtungen der stationären Altenhilfe (AH), Hospize (HO), ambulante Dienste (AD) und Schmerzpraxen (SP) einbezogen. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit weiteren Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen gefördert werden (Tab. 1), um auf diese Weise die Bildung eines kommunalen Netzwerks zu ermöglichen. Aufgrund dieses Ziels hat das Projekt den Namenszusatz „Aktionsbündnis“ erhalten.

Ziel dieses Artikels ist es, zunächst die Komplexität der Versorgungsstruktur sowie die Methodologie des Projekts vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Schmerzformen und -arten darzustellen. Im Rahmen einer Artikelserie werden anschließend die einzelnen Ergebnisse der Versorgungseinrichtungen vorgestellt.

## Akteure

Das „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ ist ein epidemiologisches Forschungsprojekt der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) Salzburg. Es besteht aus einer Projektgruppe von ärztlichen Experten der Schmerztherapie und Palliativmedizin, pflegewissenschaftlichen Mitarbeitern der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität sowie Experten anderer Bezugswissenschaften (Soziologen, Gesundheitsökonom, Kommunikationswissenschaftler und Gesundheitswissenschaftler).

## Forschungsfragen

Das „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ hat zum Ziel, das Schmerzmanagement in den Versorgungseinrichtungen der Stadt Münster zu analysieren und gemäß den gültigen Pflegestandards [10] und ärztlichen Leitlinien [8, 9] zu optimieren. Die Erhebung baut auf den folgenden Ausgangsfragen auf:

- Inwieweit werden relevante Standards und Leitlinien aus Medizin und Pflege in den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen in der Stadt Münster angewendet?
- Welcher Bedarf an medizinischen und/oder pflegerischen Interventionen lässt sich anhand der Analyseergebnisse zur Optimierung des Schmerzmanagements ableiten?
- Welche konkreten Maßnahmen können im Rahmen der relevanten Standards und Leitlinien aus Medizin und Pflege anhand des ermittelten Bedarfs empfohlen werden?
- Inwieweit werden relevante Standards und Leitlinien aus Medizin und Pflege in den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen nach Implementierung und/oder Optimierung medizinischer und pflegerischer Interventionen umgesetzt?
- Können nach Durchführung der Interventionen Veränderungen des Schmerzmanagements beobachtet werden?
- Welche gesundheitsökonomische Bedeutung haben die Interventionen?

## Methoden

### Wahl des Standorts

Münster wurde aus 8 Städten als Modellstadt für die Untersuchung ausgewählt. Hierfür sprach in erster Linie die stabile Einwohnerstruktur. In Münster können während der Durchführung des Projekts im Vergleich zu vielen anderen Städten geringere Veränderung in der Studienpopulation erwartet werden. Somit können Veränderungen im Schmerzmanagement auf die im Rahmen der Studie eingeführten Maßnahmen zurückgeführt werden. Die Autoren sind sich dabei bewusst, dass die erwarteten Ergebnisse aufgrund des gewählten Designs einer sektorenspezifischen Betrachtung bedürfen.

Für die Wahl der Stadt Münster sprachen des Weiteren auch die etablierten Strukturen der Gesundheits- und Pflegekonferenz. Aufbauend auf diesen bereits vergleichsweise guten medizinischen und pflegerischen Strukturen können für ganz Deutschland Referenzwerte für eine verbesserte schmerztherapeutische Versorgung geschaffen werden. Bei der Entwicklung institutionsübergreifender Referenzwerte kann auf Erfahrungen durch Certkom (<http://www.certkom.com>; [16]) zurückgegriffen werden.

### Forschungsstränge

Das Schmerzmanagement wird in den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen mit Fokus auf folgende Kollektive analysiert:

- *Krankenhäuser* mit dem Fokus auf Patienten nach elektiven Eingriffen bis einschließlich des ersten postoperativen Tages,
- *Ambulante Dienste* mit dem Fokus auf Patienten mit Tumorerkrankungen,
- Einrichtungen der *stationären Altenhilfe* mit dem Fokus auf Bewohner mit akuten und/oder chronischen Erkrankungen,
- *Hospize* und Palliativstationen mit dem Fokus auf Gäste mit Tumorerkrankungen;
- *Schmerzpraxen* mit dem Fokus auf Patienten mit chronischen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule.

## Studiendesign

Das „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ ist ein epidemiologisches Forschungsprojekt mit Prä-/Post-Test-Vergleich im Ex-post-facto-Design und gliedert sich in folgende Schritte:

1. *Erhebung des Ist-Zustands* des Schmerzmanagements (Prä-Test): In einem ersten Schritt werden die Strukturdaten und die Regelungen (Verfahrensvorschriften) der Einrichtungen zum Umgang mit Schmerzen erfasst. Mitarbeiter und Patienten (KH, AD, SP), Bewohner (AH) und Gäste (HO) werden zu dem in der jeweiligen Einrichtung interprofessionell durchgeführten Schmerzmanagement, die Patienten, Bewohner und Gäste zusätzlich auch zu ihren Schmerzen und möglichen Nebenwirkungen der Schmerzmedikation befragt. Im Strang AD werden auch die Angehörigen der Tumorpatienten befragt. Im Strang AH erfolgen zusätzlich Fallanalysen.
2. *Entwicklung von Optimierungsmaßnahmen*: Die erhobenen und ausgewerteten Ergebnisse der ersten Erhebung (Prä-Test) werden den Einrichtungen vorgestellt, um dann gemeinsam mit ihnen im Sinne von Qualitätssicherungsmaßnahmen evtl. Anpassungen im Schmerzmanagement vorzunehmen. Diese können unter anderem folgende Maßnahmen enthalten:
  - Einführung von regelmäßigen Dokumentationstools zur Qualitätssicherung und zur täglichen Patientenversorgung (Schmerzerfassung und -dokumentation),
  - Vorschläge für die Erstellung von schriftlichen Verfahrensregelungen zum Schmerzmanagement,
  - Festlegung von pflegerischen Maßnahmen/Verbesserung der pflegerischen Kompetenzen im Schmerzmanagement,
  - Tools für interne/externe Qualitätssicherung.
3. *Umsetzung ausgewählter Maßnahmen* durch die Einrichtungen, Schulung der Pflegenden, Ärzte und ggf. der Angehörigen.

## Zusammenfassung · Abstract

Schmerz 2010 · 24:613–620 DOI 10.1007/s00482-010-0983-2

© Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes.

Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2010

J. Osterbrink · A. Ewers · N. Nestler · E. Pogatzki-Zahn · Z. Bauer · I. Gnass · E. Sirsch · C. Krüger · B. Mitterlehner · P. Kutschar · S. Hemling · B. Fischer · U. Marschall · W. Aschauer · M. Weichbold · H. van Aken

### Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“. Zielsetzung und Methodik

#### Zusammenfassung

Die schmerztherapeutische Unterversorgung von betroffenen Menschen in Einrichtungen des Gesundheitssystems ist ein anhaltend gravierendes Problem. Die Möglichkeiten der modernen Analgesie werden u. a. aufgrund struktureller und organisatorischer Mängel des Schmerzmanagements bei weitem nicht ausgeschöpft. Das Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ hat zum Ziel, das multiprofessionelle Schmerzmanagement in den Versorgungseinrichtungen der Modellstadt Münster in einer epidemiologischen Studie zu analysieren und gemäß den gültigen Pflegestandards und ärztlichen Leitlinien zu optimieren. Untersucht werden Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulante Dienste, Hospize und Schmerzpraxen. Nach der Analyse des Ist-Zustands in einem Prä-Test werden, falls erforderlich, Optimie-

rungsmaßnahmen erarbeitet und umgesetzt. In einem anschließenden Post-Test wird das Schmerzmanagement reevaluiert. Im Rahmen des Projekts werden epidemiologische Daten in zum Teil noch unerforschten Versorgungsbereichen generiert, Barrieren für die Implementierung der gültigen Standards und Leitlinien aufgedeckt und Möglichkeiten der Optimierung erarbeitet und erprobt. Darüber hinaus wird die Schnittstellenproblematik zwischen den evaluierten Sektoren aufgezeigt. Im vorliegenden Artikel werden Zielsetzung und Methodik des Projekts beschrieben.

#### Schlüsselwörter

Schmerz · Versorgungsforschung · Qualitätssicherung im Gesundheitssystem · Einhaltung von Leitlinien · Versorgungseinrichtungen

### Health services research project “Action Alliance Pain-free City Münster”. Objectives and methods

#### Abstract

Inadequate pain care in health care facilities is still a major concern. Due to structural and organizational shortcomings the potential of modern analgesia is far from being exhausted. The project “Action Alliance Pain-free City Münster” is designed to analyze the multiprofessional pain management in health care facilities in the model City of Münster in an epidemiologic study and aims to optimize pain management in accordance with nursing standards and medical guidelines. Hospitals, nursing homes, outpatient nursing services, hospices and pain care centers will be examined. After an analysis of the current state on the basis of a pre-test, the necessary optimization measures will be developed and

implemented. Subsequently, the pain management will be reevaluated in a post-test. In partly still unexplored health care areas of Germany, epidemiologic data will be generated, barriers to the implementation of standards and guidelines revealed and measures of improvements developed and tested. In addition, interface problems between the evaluated sectors will be identified. In this article the objective and the methods of the project are described.

#### Keywords

Pain · Health services research · Quality assurance, health care · Guideline adherence · Health facilities

**Tab. 1** Kooperationspartner des „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“

- Apothekerkammer Westfalen-Lippe
- BARMER GEK
- Bezirksregierung Münster
- Bundesministerium für Gesundheit
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
- Deutsche Schmerzliga e. V.
- Facharztinitiative Münster
- Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie Certkom
- Hausärzterverbund Münster
- MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin
- Palliativnetz Münster
- Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Münster
- Schmerztherapiezentrum Münster
- Stadt Münster
- Universitätsklinikum Münster

4. *Reevaluation* des Schmerzmanagements nach der Umsetzung der Maßnahmen (Post-Test). Hierbei erfolgt die gleiche Datenerhebung mit den gleichen Instrumenten wie beim Prä-Test. Ein abschließender Vergleich der Ergebnisse aus Prä- und Post-Test wird Aufschluss über die Veränderungen geben. Die primären Zielparameter aller inkludierten Einrichtungen sind die Optimierung der Schmerzerfassung, medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen, Prophylaxe und Therapie von medikamentösen Nebenwirkungen sowie die Implementierung patientenzentrierter und interprofessioneller Beratung und Schulung.

### Zeitplan

Das Forschungsprojekt wurde auf 3 Jahre angelegt und Anfang 2010 gestartet. Die Erstevaluation der Einrichtungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen findet 2010 statt, die Interventionen werden 2011 durchgeführt. Die Reevaluationen sollen im Herbst 2011 beginnen. Das Projekt wird voraussichtlich im Win-

**Tab. 2** Anzahl der vorhandenen und eingeschlossenen Einrichtungen in der Stadt Münster

	AD	AH	HO	KH	SP
Anzahl der in Münster vorhandenen Einrichtungen	38*	32*	2*	7*	2*
Davon eingeschlossen	14	14	2	6	2

\*Stand September 2010

ter 2012 mit der Fertigstellung der Ergebnisberichte abgeschlossen.

### Rekrutierung der Einrichtungen

Die beteiligten Einrichtungen werden auf freiwilliger Basis eingeschlossen. Alle Krankenhäuser mit operativen Fachabteilungen, ambulante Dienste, Hospize und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in Münster wurden kontaktiert. In den Strängen AD, HO und SP werden alle Einrichtungen inkludiert, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme nach Vorstellung des Projekts in einem schriftlichen „Memorandum of Understanding“ bzw. einer Einverständniserklärung zusagen. Aufgrund der großen Anzahl der Einrichtungen werden im Strang AH 14 repräsentative Einrichtungen ausgewählt. Hierbei wird die Verteilung über die verschiedenen Träger berücksichtigt. Im Strang KH wurde das Universitätsklinikum Münster aus der Erhebung ausgeschlossen, da es bereits am Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ teilgenommen und das Zertifikat „Certkom – Qualifizierte Schmerztherapie“ erlangt hat. Alle anderen Krankenhäuser mit operativen Abteilungen nehmen am Projekt teil.

Die Anzahl der vorhandenen Einrichtungen zeigt **Tab. 2**.

### Rekrutierung der Teilnehmer, Ein- und Ausschlusskriterien, Stichprobengröße

Zum Auftakt der Erhebung werden alle potenziellen Studienteilnehmer entweder auf einer Informationsveranstaltung oder über ein Informationsschreiben über Sinn, Zweck und Ablauf der Studie informiert. Unter den Mitarbeitern wird eine Vollerhebung angestrebt. Hier bilden nur die Schmerzpraxen eine Ausnahme, wo nur Patienten befragt werden. Die Ein- und Ausschlusskrite-

rien der Patienten, Bewohner und Gäste sind in **Tab. 3** dargestellt. Im Strang AH werden im Gegensatz zu den anderen Strängen auch bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen die vorhandenen Schmerzen über Instrumente zur Fremdeinschätzung erhoben. Personen mit kognitiven Einschränkungen werden dabei vorab mithilfe des Mini-Mental-Status-Test (MMSE; [12]) ermittelt.

In allen Einrichtungen wird eine Vollerhebung der Patienten, Bewohner und Gäste im Erhebungszeitraum angestrebt. Der Erhebungszeitraum unterscheidet sich in den verschiedenen Forschungssträngen: In den Strängen KH und AH sind pro Einrichtung jeweils 3 Wochen, in den Strängen AD und HO 6 resp. 4 Monate sowie im Strang SP 6 Monate vorgesehen. Die Mitarbeiter werden parallel zu den Patienten befragt.

### Datenerhebung und Instrumente

Für jeden Bereich werden einrichtungs- und personengruppenspezifische Instrumente (**Tab. 4**) zur Datenerhebung entwickelt und auf ihre Validität getestet. Diese Testung findet für jeden Einrichtungssektor getrennt wie auch instrumentenspezifisch statt. Aufgrund methodologischer und kulturkongruenter Gründe wurden hierzu benachbarte Städte ausgewählt.

Zunächst werden von allen Einrichtungen Strukturdaten und Daten zur Prozessqualität erfragt. Mittels eines medizinischen Kennbogens werden persönliche Daten der Patienten, Bewohner und Gäste (z. B. Alter und Geschlecht) und medizinische Kenndaten (Diagnosen, eingeleitete Therapien, ggf. die zuständigen Fachabteilungen usw.) ermittelt. Die Datenerhebung bei den Patienten, Bewohnern und Gästen wird durch geschulte Studienassistenten durchgeführt, die Eingabe und die Verarbeitung der Daten erfolgt in elektronischer Form.

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



**Tab. 3 Ein- und Ausschlusskriterien der Patienten (KH, AD, SP), Bewohner (AH) und Gäste (HO)**

	AD	AH	HO	KH	SP
<b>Ein-schluss-kriterien</b>	Vollerhebung von Krebspatienten, die zur Selbstauskunft fähig sind	Vollerhebung	Vollerhebung aller Gäste mit einer Krebserkrankung, die zur Selbstauskunft fähig sind	Vollerhebung aller Patienten nach einem elektiven Eingriff am 1. postoperativen Tag auf allgemeinen Pflegestationen	Vollerhebung aller Patienten mit chronischen Rückenschmerzen durch Erkrankungen der Lendenwirbelsäule
<b>Aus-schluss-kriterien</b>	Keine Zustimmung Alter <18 Jahre Keine Fähigkeit zur Selbstauskunft (keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse, zu starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustands, kognitive Beeinträchtigung Psychiatrische Erkrankung	Keine Zustimmung Alter <18 Jahre Bewohner in der Kurzzeitpflege, der Tagesbetreuung Bewohner in lebensbedrohlichen Situationen Isolierung aufgrund einer Infektion	Keine Zustimmung Alter <18 Jahre Keine Fähigkeit zur Selbstauskunft (keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse, zu starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustands, kognitive Beeinträchtigung) Isolierung aufgrund einer Infektion Psychiatrische Erkrankung	Keine Zustimmung Alter <18 Jahre Keine Fähigkeit zur Selbstauskunft (keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse, zu starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustands, kognitive Beeinträchtigung) Isolierung aufgrund einer Infektion Psychiatrische Erkrankung	Keine Zustimmung Alter <18 Jahre Keine Fähigkeit zur Selbstauskunft (keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse, zu starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustands, kognitive Beeinträchtigung) Psychiatrische Erkrankung

**Tab. 4 Geplante Erhebungsinstrumente**

	AD	AH	HO	KH	SP
<b>Erhebungs-instrumente</b>	Strukturdatenbogen Medizinischer Kennbogen Fragebögen: - Patienten - Pflegende - Angehörige	Strukturdatenbogen Medizinischer Kennbogen Fragebögen: - Pflegende - Bewohner Selbsteinschätzung - Bewohner Fremdeinschätzung (BESD) - Mini Mental State Examination - Cohen Mansfield Agitation Inventory mit dichotomer Ergänzung	Strukturdatenbogen Medizinischer Kennbogen Fragebögen: - Gäste - Pflegende	Strukturdatenbogen Medizinischer Kennbogen Fragebögen: - Patienten - Pflegende - Stations- und Oberärzte - Anästhesisten	Strukturdatenbogen Medizinischer Kennbogen Fragebögen: - Patienten - Pflegende

Die Daten werden – falls möglich – von den Studienteilnehmern selbstständig in die Computer eingegeben. Falls von den Patienten, Bewohnern oder Gästen Hilfestellung erwünscht ist, führen die Studienassistenten die gesamte Befragung als standardisiertes Interview durch. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe erfolgt die Befragung der Bewohner je nach mentalem Status mittels Selbst- oder kombinierter Selbst- und Fremdeinschätzung. Für die Fremdeinschätzung wird das validierte Instrument BESD eingesetzt [5]. Zusätzlich erfolgt die Beurteilung des herausfordernden Verhaltens mithilfe des Cohen Mansfield Agitation Inventory [7, 11], welches um die Erfassung weiterer Verhaltensmerkmale ergänzt wurde.

Die Mitarbeiter füllen die Online-Fragebögen selbstständig aus. Alle Mitarbeiter, die im Zeitraum der Datenerhebung im Dienst sind, erhalten einen individuellen Zugangscodex, mit dem sie sich ins Online-Befragungssystem einloggen können.

### Einhaltung der „Helsinki Declaration“ und der Datenschutzgesetze

Das Forschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität positiv begutachtet (2010-010-f-S). Die Anonymität der Informanten, die informierte Zustimmung („informed consent“), die Freiwilligkeit, das Recht auf Abbruch der Teilnahme sowie der Schutz der Personen vor Schäden werden garantiert. Die Datenschutzbestimmungen gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz werden eingehalten. Personenbezogene Daten werden pseudonymisiert verarbeitet.

### Erwartete Ergebnisse

Die Ergebnisse werden zeigen, wie die gesetzlich geforderte Umsetzung von pflegerischen Standards und ärztlichen Leitlinien in den Versorgungseinrichtungen

einer Stadt durchgeführt wird. Wir gehen davon aus, dass bei vielen Einrichtungen ein mehr oder minder ausgeprägter interprofessioneller schmerztherapeutischer Optimierungsbedarf besteht. Wir erwarten, dass nach der Reevaluation grundlegende schmerztherapeutische Regelungen, eine systematische Schmerzerfassung und -dokumentation und eine funktionierende multiprofessionelle Zusammenarbeit – wie durch Standards und Leitlinien gefordert [8, 9, 10] – vorgefunden werden. Hierzu werden nach Durchführung des Prä-Tests die sektorenspezifischen Interventionen leitliniengestützt entwickelt.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht bieten die Ergebnisse der Studie eine erste Datenbasis für eine hypothesengenerierende Modellierung in Kosten-Nutzen-Analysen. Sie stellen eine Planungsbasis für weitergehende konfirmative Effizienzstudien dar.



**Fazit für die Praxis**

Anfang 2010 startete ein auf 3 Jahre angelegtes Versorgungsforschungsprojekt mit der Bezeichnung „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“. Im Rahmen des Projekts wird in Münster das Schmerzmanagement in Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Diensten, Hospizen und Schmerzpraxen untersucht und optimiert. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit weiteren Kooperationspartnern wie u. a. der Apothekerkammer, dem Hausarztverband und der Facharztinitiative gestärkt und somit ein kommunales Netzwerk für die optimale schmerztherapeutische Versorgung geschaffen werden. Die beim Forschungsprojekt generierten Informationen können zur Verbesserung des Schmerzmanagements auch in Einrichtungen außerhalb Münsters beitragen.

**Korrespondenzadresse**

**Prof. Dr. J. Osterbrink**



Institut für Pflegewissenschaft,  
Paracelsus Medizinische  
Privatuniversität  
Strubergasse 21, 5020 Salzburg  
Österreich  
juergen.osterbrink@pmu.ac.at

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass die vorliegende Forschungsarbeit von der Firma Mundipharma GmbH finanziell unterstützt wurde. In ihrer Funktion als Förderer nimmt die Mundipharma GmbH keinerlei Einfluss auf die wissenschaftliche Erhebung und Auswertung der Projektdaten. Birgit Fischer ist Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK. Die Autoren erklären, dass die Darstellung der Inhalte unabhängig und produktneutral erfolgt.

**Literatur**

1. Wu CL, Raja SN (2002) Optimizing postoperative Analgesia: the use of global outcome measures. *Anesthesiology* 97(3):533–534
2. BARMER-GEK (2008) BARMER-GEK-Daten, alters- und geschlechtsstandardisiert; Hochrechnung GKV
3. BARMER-GEK (2009) BARMER-GEK-Daten, alters- und geschlechtsstandardisiert; Hochrechnung GKV
4. Barmer Ersatzkasse (Hrsg) (2008) BARMER Gesundheitsreport. Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal, Wuppertal
5. Basler HD, Hüger D, Kunz R et al (2006) Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD): Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltes. *Schmerz* 20(6):519–526
6. Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) (2009) Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Bertelsmann Stiftung
7. Cohen-Mansfield J (1991) Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). In: Research Institute on Aging. George Washington University Medical Center, Washington
8. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (2009) S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (AWMF-Register-Nr. 041/003)(LONTS)
9. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (2009) S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen (AWMF-Register Nr. 041/001)
10. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in Der Pflege (Hrsg) (2004) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück
11. Fischer T (2009) Entwicklung eines Instruments zum Assessment von Schmerzen bei Menschen mit schwerer Demenz. Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Medizinischen Fakultät Charité, Charité Berlin
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Minimal state": a practical method for grading the state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12(3):189–198
13. Jiang HJ, Lagasse RS, Ciccone K et al (2001) Factors influencing hospital implementation of acute pain management practice guidelines. *J Clin Anesth* 13:268–276
14. Lavies N, Hart L, Rounsefell B et al (1992) Identification of patient, medical and nursing staff attitudes to postoperative opioid analgesia: stage 1 of a longitudinal study of postoperative analgesia. *Pain* 48:313–319
15. Lehmann KA, Henn C (1987) Zur Lage der postoperativen Schmerztherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage. *Anaesthesist* 36:400–406
16. Maier C, Nestler N, Richter H et al (2010) Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. *Dtsch Arztebl* 107(36):607–614
17. Neugebauer E, Sauerland S, Keck V et al (2003) Leitlinien Akutschmerztherapie und ihre Umsetzung in der Chirurgie. *Chirurg* 74:235–238
18. Ripamonti C, Zecca E, Brunelli C et al (2000) Pain experienced by patients hospitalized at the National Cancer Institute of Milan: research project „towards a pain-free hospital“. *Tumori* 86:412–418
19. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2008) Krankheitskosten 2002, 2004, 2006
20. Strohbuecker B, Mayer H, Evers GCM et al (2005) Pain prevalence in hospitalized patients in a German University Teaching Hospital. *J Pain Symptom Manage* 29:498–506

**Mangelhafte Schmerztherapie im Krankenhaus**

Über 80 % der Patienten leiden in Kliniken an zu starken Schmerzen. Sowohl konservative als auch operative Stationen könnten ihren Patienten eine adäquate Schmerztherapie bieten, die allerdings häufig an fehlenden Absprachen scheitert.

Für das Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ wurden über 4.000 Patienten in 25 deutschen Kliniken befragt. Erfasst wurden der aktuelle Ruhe- und Belastungsschmerz sowie der maximale Schmerz der letzten 24 Stunden. Über 55 % der Befragten empfanden die Schmerztherapie als schlecht. Mehr als die Hälfte aller Patienten gaben sogar an, unerträgliche Schmerzen zu haben. Bei zwei Dritteln der Patienten traten die schlimmsten Schmerzen außerhalb der normalen Dienstzeiten des Personals auf.

Konservative Stationen wurden zudem schlechter bewertet als chirurgische. Nach den Erfahrungen im operativen Bereich wäre auch in konservativ therapierenden Abteilungen der erste Schritt, Patienten mit starken oder schwer behandelbaren Schmerzen durch einen Akutschmerzdienst zu betreuen. Patienten mit Tumorerkrankungen werden schmerztherapeutisch schon wesentlich besser versorgt als früher. Lobende Worte fanden auch die Verfahren der „Fast-Track“-Chirurgie, bei der sich Patienten nach großen Operationen durch eine lückenlose Schmerzbehandlung schneller erholen. Für die häufigen kleineren Eingriffe gibt es aber kaum fachübergreifende schmerztherapeutische Absprachen. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass sich die Schmerzbehandlung durch Schulung, Regeln zum Umgang mit Schmerzen und eine enge Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal wesentlich verbessern lässt.

Literatur: Maier C, Nestler N, Richter H et al (2010) Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern/The Quality of Pain Management in German Hospitals. *Arztebl Int* 107 (36): 607-614

Quelle:  
[www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)