



Schmerzmanagement in geriatrischen Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung

Foto: Gettyimages/Goodboy Picture Company

VORWORT	3
1. EINLEITUNG	4
2. GRUNDLAGEN	5
2.1. Strukturelle Rahmenbedingungen des Schmerzmanagements	5
2.2. Zielgruppe im Schmerzmanagement	6
3. MEDIZIN UND PHARMAKOLOGIE	6
3.1. Vom Schmerz zur Diagnose	6
3.2. Pharmakologisches Schmerzmanagement	6
4. PFLEGE UND BETREUUNG	8
4.1. Die Einschätzung des Schmerzes – das Schmerzassessment	8
4.2. Häufigkeit der Assessments	9
4.3. Nichtmedikamentöse pflegerische Maßnahmen	10
5. THERAPIE UND BETREUUNG	11
6. PSYCHOLOGIE	14
7. ERGEBNISFAKTOR „INTERDISZIPLINÄRES TEAM“	14
ANHANG: ANERKANNTE EINRICHTUNGEN MIT ÄRZTLICHER RUND-UM-DIE-UHR BETREUUNG	15
LITERATUR	18
IMPRESSUM	19

Vorwort

© Bohmann



In der Langzeitpflege geht es nicht um die akute Behandlung einer Situation, sondern um langfristige Maßnahmen, die das Leben so angenehm wie möglich machen. Die Menschen in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen werden dort nicht behandelt – sie leben dort. Ein wichtiger Punkt für ihre Lebensqualität ist das Schmerzmanagement. Die Erkenntnis, dass Schmerzempfinden individuell ist, stellt die Basis für ein effektives Schmerzmanagement dar. Jede und jeder von uns kennt Schmerzen, und doch empfinden wir sie alle unterschiedlich. Für ein effektives Schmerzmanagement müssen wir den Menschen sehen, der vor uns sitzt – nicht nur eine Patientin bzw. einen Patienten. Als zuständiger Stadtrat bin ich sehr stolz, dass diese Haltung in den Wiener Pflegeeinrichtungen gelebt wird.

Peter Hacker
Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport

© FSW/Astrid Knie



Als Fonds Soziales Wien ist uns die Lebensqualität unserer Kundinnen und Kunden sehr wichtig. So befragen wir als Teil unserer Qualitätssicherung regelmäßig die KundInnen in den Wohn- und Pflegehäusern, aber auch deren Angehörige, nach ihrer Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen, mit dem Personal, mit der Pflege. Auch nach Schmerzen wird gefragt – denn Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität massiv.

Daraus entstand die Idee, dass wir uns das Schmerzmanagement in der medizinischen Langzeitpflege intensiver ansehen. Das Ergebnis ist dieser Bericht, der eindrucksvoll belegt, wie professionell und auch einfühlsam das Personal in den Wiener Pflegeeinrichtungen auf die KundInnen eingeht.

Anita Bauer
Geschäftsführerin Fonds Soziales Wien

1. Einleitung

2018 erschien der erste Wiener Schmerzbericht, der damit ein hochaktuelles Kapitel in der Gesundheitsversorgung aufgegriffen hat. Schmerzen sind ein wichtiger Indikator für die Gesundheit und haben einen starken Einfluss auf die Lebensqualität. Auf ältere Menschen wurde in diesem Bericht nicht explizit eingegangen.

Speziell in der älteren Bevölkerung stellt Schmerz ein häufiges Problem dar. Sein Anteil wird bei in Einrichtungen der stationären Altenhilfe wohnenden Personen international mit bis zu 80 % angegeben.¹ Der Anteil unbehandelter bzw. nicht adäquat schmerztherapeutisch versorgter Bewohnerinnen und Bewohner wurde noch vor wenigen Jahren mit bis zu 50 % angegeben.²

In der stationären Langzeitpflege gibt es in Wien die Leistung „Pflegehaus mit ärztlicher Betreuung“. Diese Leistung ist die Wiener Lösung, um Menschen mit komplexer chronischer Erkrankung mit intensivem medizinischem Betreuungsaufwand rund um die Uhr bei drohender bzw. vorhandener Instabilität zu versorgen. Spezielle Bedarfslagen, wie demenzielle Erkrankungen, Wachkoma, Langzeitbeatmung u. dgl., werden mit einem erweiterten Leistungsbereich ebenfalls abgedeckt.

Anerkannte Einrichtungen, die diese Leistungen bereitstellen, zeichnen sich durch angestelltes ärztliches Personal, das rund um die Uhr zur Verfügung steht, sowie durch bedarfsgerechten Einsatz von Pflegepersonal und TherapeutInnen aus. Die kontinuierliche Pflege und Betreuung findet je nach Betriebsbewilligung gemäß Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz sowie dessen Durchführungsverordnung oder gemäß Wiener Krankenanstaltengesetz statt. 2018 wurden insgesamt 4.790 KundInnen in diesem Leistungsspektrum betreut.

Im Herbst 2017 führte der Fonds Soziales Wien zum dritten Mal eine KundInnen- und Angehörigenbefragung zur Zufriedenheit mit den Angeboten zu Wohnen und Pflege durch. Dabei wurden unter anderem KundInnen der Leistungen im Bereich „Pflegehaus mit ärztlicher Betreuung“ mittels schriftlichen Fragebogens befragt.

34 % dieser KundInnen gaben an, immer oder oft Schmerzen zu haben. Dieser Wert hat sich im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert. Ein Drittel der KundInnen gab an, manchmal an Schmerzen zu leiden, ein weiteres Drittel leidet selten bzw. nie an Schmerzen. Die Ergebnisse dieser Befragungen wurden zum Anlass genommen, das Schmerzmanagement in den Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung näher zu betrachten und deren Einflussfaktoren zu identifizieren.

¹ Hadjistavropoulos et al. 2007, Takai et al. 2010, Osterbrink et al. 2012, Lukas et al. 2015, in: Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE, Witten) und den beteiligten Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Organisationen, 2017, Seite 6

² Morrison & Siu 2000, Pickering et al. 2006, in: Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE, Witten) und den beteiligten Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Organisationen, 2017, Seite 6

2. Grundlagen

2.1. Strukturelle Rahmenbedingungen des Schmerzmanagements

Im Auftrag des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen wurde in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien, den Magistratsabteilungen 40 und 15 sowie VertreterInnen anerkannter Einrichtungen im Juni 2017 der überarbeitete und aktualisierte Teil 2 der evidenzbasierten Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung für mobile, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen erarbeitet. Dieser Sammelband beinhaltet, neben anderen Pflegeethemen (wie beispielsweise demenzielle Erkrankungen), Grundlagen für ein umfassendes Schmerzmanagement. Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualitätskriterien sowie die evidenzbasierten Guidelines unterstützen alle anerkannten Wiener Pflege- und Betreuungseinrichtungen beim Aufbau eines umfassenden Schmerzmanagements.

Bei der Erarbeitung stand vor allem der Theorie-Praxis-Transfer mit dem Ziel der Wissenserweiterung im Zentrum. Die Ergebnisse neuer wissenschaftlicher Forschung zu kennen und in die tägliche Pflegepraxis zu integrieren bedeutet auch, die Qualität in der Pflege sicherzustellen. Damit wird eine fundierte Basis geschaffen, die den MitarbeiterInnen zusätzliche Unterstützung im professionellen Handeln bietet.³

Mit der in den Allgemeinen und Spezifischen Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien verankerten Anerkennung verpflichten sich die Rechtsträger von Einrichtungen unter anderem zur Durchführung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements. Dazu zählt auch die Umsetzung eines Schmerzmanagements.



„Die Vernetzung und der Erfahrungsaustausch zwischen den anerkannten Einrichtungen ist ein sehr bereichernder Prozess. Er macht sichtbar, dass professionelles Schmerzmanagement in der Praxis immense Auswirkungen auf die Lebensqualität der Menschen hat.“

Monika Badilla, MBA
Leiterin Fachbereich Pflege und Betreuung
Fonds Soziales Wien

³ Vgl. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (unveröffentlichte Ausgabe), 2017, Einleitung

2.2. Zielgruppe im Schmerzmanagement

Unabhängig von der medizinischen Diagnose erhalten alle KundInnen in Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung bei Bedarf ein individuelles Schmerzmanagement.

Diagnosehauptgruppen des Schmerzes in den Einrichtungen sind aktuelle, posttraumatische oder postoperative Schmerzen, Schmerzen des Bewegungsapparates bedingt durch Arthrosen, Schmerzen durch Durchblutungsstörungen, gemischte Schmerzen, Schmerzen im Rahmen von neurologischen Erkrankungen, Phantomschmerzen nach Amputationen der unteren oder auch oberen Extremitäten und auch damit verbundene psychische und seelische Schmerzen.

3. Medizin und Pharmakologie

3.1. Vom Schmerz zur Diagnose

In den anerkannten Einrichtungen sind die fachärztlichen MitarbeiterInnen nicht nur ausgebildete GeriaterInnen, sondern auch ausgebildete SchmerzmedizinerInnen mit teilweise jahrelanger Erfahrung auf ihrem Gebiet.

Bei Bedarf stehen ÄrztInnen aus den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Gynäkologie, Hauterkrankungen, HNO, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Physikalische Medizin, Psychiatrie, Urologie oder Zahnheilkunde zur Verfügung.

Die medizinische Abklärung der Schmerzursache mittels Schmerzanamnese, medizinischem Status, Bildgebungsverfahren, Labordiagnostik und KonsiliarärztInnen-Zuweisungen steht am Beginn der medizinischen Behandlung. Auch die Diagnose und Behandlung neuropsychiatrischer Begleiterkrankungen wird berücksichtigt.

Nach dem abgeschlossenen Diagnoseprozess kommt es zur Verordnung bzw. Evaluation der medikamentösen Schmerztherapie bzw. zur Verordnung nichtmedikamentöser Maßnahmen. Diese werden im Folgenden näher erläutert.

3.2. Pharmakologisches Schmerzmanagement

Eine besondere Herausforderung in der medizinischen Betreuung stellt sich durch die häufigen Mehrfacherkrankungen der KundInnen und der damit verbundenen Medikamentengabe. Viele Schmerzmedikamente können wegen des Nebenwirkungsspektrums bei diesen KundInnen kaum oder nur eingeschränkt verordnet werden. Daraus resultiert die hohe Bedeutung des interdisziplinären Behandlungsansatzes.

Die medikamentöse Schmerztherapie wird in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung grundsätzlich entsprechend dem WHO-Stufenschema durchgeführt:

1. Stufe: bei geringen Schmerzen nichtopioide Analgetika, Paracetamol und/oder nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) mit oder ohne Adjuvantien (Hilfsstoff zur Verstärkung eines Wirkstoffes)
2. Stufe: bei geringen bis mittleren Schmerzen schwachwirksame Opioide, mit oder ohne nichtopioide Analgetika mit oder ohne Adjuvantien
3. Stufe: bei mittleren bis starken Schmerzen starke Opioide, mit oder ohne nichtopioide Analgetika mit oder ohne Adjuvantien

Neben einer beratenden (klinischen) Pharmazeutin bzw. einem Pharmazeuten unterstützt eine Software die behandelnden ÄrztInnen hinsichtlich der Wechsel- und Nebenwirkungen der Medikation.

Die Auswahl der Schmerzmittel erfolgt nach dem anerkannten Stand der Wissenschaft und nach wirtschaftlichen Kriterien. Dies wird durch regelmäßige Evaluation der Arzneimittelkommission sichergestellt.

Zum pharmakologischen Schmerzmanagement sind in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung verschiedene Ablaufmodelle oder Standard Operating Procedures (kurz SOP) im Einsatz. Dabei wird die medikamentöse Schmerztherapie bei akuten oder chronischen Schmerzen (sowohl in stabilen als auch in instabilen Phasen) berücksichtigt.

Besonders bei Menschen mit Demenz, welche auf Grund ihrer Erkrankung ein herausforderndes Verhalten oder Verhaltensänderungen zeigen, ist es wichtig auch an Schmerzen als Ursache zu denken. Speziell im fortgeschrittenen Verlauf einer Demenz kommt zusätzlich zum Verlust der Fähigkeit, sich adäquat äußern zu können, auch die Schwierigkeit, den Schmerz genau lokalisieren zu können hinzu.

Entgegen der früheren Annahme, dass KundInnen mit Alzheimererkrankung keinen oder lediglich geringeren Schmerz verspüren können, wurde dies inzwischen wissenschaftlich widerlegt – die Schmerzwahrnehmung ändert sich zwar im Laufe der Erkrankung, jedoch ist von einer Schmerzverminderung als Automatismus der Alzheimerkrankheit nicht auszugehen.⁴

Entgegen dem früher praktizierten Abwarten auf das Vorliegen einer Diagnose ist die Schmerztherapie zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzuleiten, auch wenn die Schmerzursache zunächst noch unbekannt sein sollte und die Abklärung erst im Laufen begriffen ist. Die Kombination von Analgetika unterschiedlicher Substanzgruppen ist möglich und effektiv (beispielsweise NSAR und Metamizol, NSAR und Paracetamol).

Verordnung nichtmedikamentöser Maßnahmen

Zur Schmerzlinderung können nichtmedikamentöse Interventionen allein oder in Kombination mit einer angemessenen medikamentösen Therapie eingesetzt werden. Nichtmedikamentöse Maßnahmen werden in vielen Standards und Leitlinien als schmerzlindernde Interventionen empfohlen. In vielen Empfehlungen werden nichtmedikamentöse Maßnahmen, vor allem bei der Behandlung chronischer Schmerzen, als Ergänzung der medikamentösen Therapie angesehen.⁵

Die anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung folgen einem multimodalen Schmerztherapiekonzept, das unter anderem die Verordnung von nichtmedikamentösen Maßnahmen beinhaltet. Diese Maßnahmen bestehen aus aktiven und passiven therapeutischen Maßnahmen und pflegerischen Maßnahmen, welche nicht verordnet werden müssen, sowie der Verordnung von entsprechenden Hilfsmitteln.

⁴ Vgl. Cole; 2006, 129(11), 2957 ff

⁵ Vgl. Wulff et al., 2012, in: Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (unveröffentlichte Ausgabe), 2017, Seite 133

4. Pflege und Betreuung

4.1. Die Einschätzung des Schmerzes – das Schmerzassessment

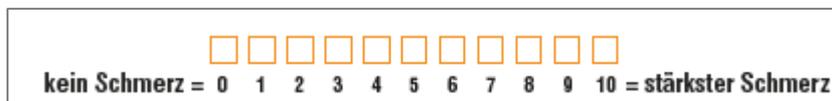
Grundvoraussetzung für eine gute Schmerztherapie ist das Erkennen und Bewerten von Schmerzen im Rahmen eines regelhaften Assessments, das durch standardisierte Assessmentinstrumente unterstützt werden kann. Dies gilt, wegen der Häufigkeit, vor allem für BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen.⁶ Auch die Evaluierung der Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen findet mittels Schmerzassessment statt. Damit kann die Umsetzung und Kontinuität im Schmerzmanagement in anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleistet werden.

Eine systematische Schmerzerfassung sollte bei bestehenden Schmerzen so frühzeitig wie möglich erfolgen, da sie ein sicheres und effektives Schmerzmanagement fördern kann⁷. So wurde in den evidenzbasierten „Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung für mobile, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen, Teil 2, Schmerzmanagement“ (unveröffentlichte Ausgabe) festgehalten, dass jede vom Fonds Soziales Wien anerkannte Organisation über ein einheitliches Vorgehen zur initialen und differenzierten Einschätzung von Schmerzen verfügt.

In den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung kommen verschiedene Assessments zur Erfassung schmerzbedingter Faktoren zur Anwendung. Vorrangig werden Skalen zur Selbsteinschätzung angewendet. Ist eine Selbsteinschätzung durch KundInnen, z. B. mit fortschreitender demenzieller Erkrankung, nicht (mehr) möglich, werden Beobachtungsinstrumente zur Fremdeinschätzung eingesetzt.

Angewandte Instrumente zur **Selbsteinschätzung** in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- **Numerische Rating-Skalen** (z. B. 10-stufig)



- **Visuelle Analogskala (VAS)**: Dabei handelt es sich um eine 10 bis 15 cm lange Linie, deren Endpunkte extreme Zustände darstellen, wie z. B. „kein Schmerz“ und „unerträglicher Schmerz“.
- **Verbale Rating Scale (VRS)**: Dies ist eine vier- oder fünfstufige Skala, bei der die Kundin/der Kunde die Schmerzintensität (z. B. kein/mäßig/mittelstark/stark/unerträglich) selbst einschätzt.

Angewandte Instrumente zur **Fremdeinschätzung** in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- **Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD)**: Diese Skala ist die deutsche Übersetzung der PAINAD Scale. Damit werden fünf Dimensionen beurteilt: Atmung, negative Lautäußerungen, Körperhaltung, Mimik und Reaktion auf Trost.
- **Dolopus2©-Skala**: Diese Skala ist ebenfalls für Menschen mit demenziellen Erkrankungen geeignet. Es werden die somatische Schmerzauswirkung (Schmerzausdruck, Schonhaltung in Ruhe, Schutz von schmerzhaften Körperzonen,

⁶ Vgl. Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE, Witten) und den beteiligten Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Organisationen, 2017, Seite 7

⁷ Veterans Health Administration, 2002, in: Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (unveröffentlichte Ausgabe), 2017, Seite 120

Mimik und Schlaf), psychomotorische Auswirkungen (auf sich waschen und/oder ankleiden sowie die Mobilität) und psychosoziale Auswirkungen (Kommunikation, Soziale Aktivität und Verhalten) bewertet.

Die deutschsprachige Version liegt nicht in validierter Form vor.⁸

- **Nociception Coma Scale Revised (NCS-R):** (Wachkoma) Die Nociception Coma Scale Revised (NCS-R) ist eine Fremdbeurteilungsskala zur Beurteilung von Schmerzreaktionen bei PatientInnen im Wachkoma und kann teilweise zum Monitoring von Schmerztherapien eingesetzt werden.
- **Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA):** Diese findet Anwendung bei stark kommunikationseingeschränkten KundInnen und schätzt Schmerz mit insgesamt 11 Items in drei Kategorien (Beobachtungen außerhalb der Pflege, z. B. verbale Äußerungen, Beobachtungen während der Pflege, z. B. Reaktionen bei der Mobilisation, und Auswirkungen auf Aktivität, z. B. Auswirkungen auf Schlaf) ein.
- **Behavioral Pain Scale BPS:** Diese Fremdeinschätzungsskala beurteilt subjektive Faktoren wie Bewegung und Mimik sowie physiologische Parameter wie Herz- und Atemfrequenz, Tränenfluss, Blutdruck etc. und auch deren Veränderung nach analgetischer Therapie. Diese Skala ermöglicht es auch bei sedierten Menschen die Schmerzintensität zu quantifizieren.
- **Richmond Agitation Sedation Scale (RASS):** Dies ist eine zehnstufige Skala zur Beurteilung der Tiefe einer Sedierung.



© KAV/Martin Votava

„Eine erfolgreiche Schmerztherapie verlangt kontinuierliche Schmerzmessungen und eine sorgfältige Dokumentation, insbesondere aber die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die entsprechenden Handlungsmaßnahmen sind abzustimmen, die Qualität der Behandlung erfordert Kompetenz, eine koordinierte Herangehensweise und insbesondere enge und unmittelbare Kommunikation.“

Drⁱⁿ Susanne Drapalik

Direktorin Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung
Wiener Krankenanstaltenverbund

4.2. Häufigkeit der Assessments

Im Allgemeinen sollen standardisierte Assessments und deren Dokumentation des Erhebungsergebnisses bei allen KundInnen mindestens alle vier Wochen durchgeführt werden, bei allen Personen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen oder einer Dauermedikation mindestens einmal wöchentlich, solange der Zustand der Betroffenen stabil bleibt.⁹ In den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung wird grundsätzlich bei Neu- bzw. Wiederaufnahmen, bei Veränderungen des Allgemeinzustandes, bei Schmerzäußerung verbal oder nonverbal und bei den geplanten regelmäßigen Kontrollintervallen ein Assessment durchgeführt.

⁸ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, NHS Quality Improvement Scotland, 2008, in: Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (unveröffentlichte Ausgabe), 2017, Seite 125

⁹ Wulff et al., 2012, in: Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (unveröffentlichte Ausgabe), 2017, Seite 127

Mit denselben Assessments wird geprüft, wie die KundInnen auf die eingeleiteten Maßnahmen/Interventionen reagieren.

Im Jahr 2018 wurden je Kundin bzw. Kunden durchschnittlich 8,3 Assessments durchgeführt. Die durchschnittliche Anzahl der Assessments der Trägerorganisationen lagen zwischen 5,1 und 25,9 Assessments je Kundin/Kunden.

4.3. Nichtmedikamentöse pflegerische Maßnahmen

Zur Schmerzlinderung können nichtmedikamentöse pflegerische Interventionen allein oder in Kombination mit einer angemessenen medikamentösen Therapie eingesetzt werden.¹⁰

Die Grundlage für die Umsetzung dieser nichtmedikamentösen Maßnahmen ist in § 14 Abs. 1 GuKG Pflegerische Kernkompetenzen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes geregelt.

Expertise zu den nichtmedikamentösen pflegerischen Maßnahmen wird durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der Weiterbildung Schmerzmanagement/Algesiologische Pflege erworben. MitarbeiterInnen haben nach Abschluss dieser Ausbildung ein erweitertes Kompetenzprofil hinsichtlich Schmerzmanagement.

Die verwendeten nichtmedikamentösen Maßnahmen sind in den Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung in Standards oder Leitlinien beschrieben. BewohnerInnen werden über die für sie passenden Pflegemaßnahmen informiert bzw. beraten und können sich entsprechend den individuellen Möglichkeiten aktiv einbringen. Ziel ist eine individuelle Pflegeplanung hinsichtlich des Schmerzmanagements.

Der Situation der Bewohnerin/ des Bewohners entsprechend werden nichtmedikamentöse, pflegerische Maßnahmen in der Pflegeplanung, je nach Priorisierung, einer Pflegediagnose mit dem Hauptfokus auf Schmerz (z. B. akuter Schmerz, chronischer Schmerz) oder einer bzw. mehreren relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens zugeordnet. Beispielsweise werden Pflegemaßnahmen zur Schmerzprävention, Schmerzlinderung oder -reduktion in den Bereichen „Sich bewegen können“, „Sich pflegen können“, „Für eine sichere Umgebung sorgen können“ geplant. Eine ganzheitliche Betrachtung und Berücksichtigung der unterschiedlichen Dimensionen des Schmerzes wird so in der Pflegeplanung deutlich.

Nichtmedikamentöse pflegerische Maßnahmen in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- Zielgruppenspezifische Edukationsmaßnahmen, von der Information zur Beratung bis hin zur Anleitung und Schulung für BewohnerInnen:
 - Erlernen bestimmter Atemtechniken
 - Umgang mit Schmerzmedikamenten
 - Erlernen schmerzreduzierender Verhaltensweisen
- Kinästhetische Interventionen
- Validation
- Basale Stimulation
- Aromapflege
- Entspannende Bäder
- Wickel und Auflagen
- Öle und Salben, Einreibungen
- Aktivierende Pflege
- Ernährungsanpassung, den Wünschen der KundInnen entsprechend

¹⁰ Wulff et al., 2012, in: Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (unveröffentlichte Ausgabe), 2017, Seite 133

- Entlastende Positionierungen (z. B. Bobath-Lagerung, Kontrolle, ob Gelenke „durchhängen“, unterstützend positionieren, Freilagern von Druckpunkten)
- Druckbelastungen minimieren (z. B. Positionierung Bettdecke, Faltenbildung vermeiden, Fremdkörper im Bett vermeiden, Kontrolle von liegenden Verbänden, Schienen, Sonden, Kathetern, Kleidung, Schuhen)
- Rhythmisierung des Tagesablaufes
- Beschäftigung im Sinne der Strukturierung des Tagesablaufes
- Umfeld der/des Betroffenen auf deren/dessen Bedürfnisse adaptieren (z. B. Ruhe, BesucherInnen, Licht, Privatsphäre etc.)
- Komplementäre Pflegemethoden
- Ablenkung durch Musik, Lesen, Radio, Fernsehgeräte, Beschäftigung, Spiele, Geselligkeit usw.
- Die Erkenntnisse aus der Biografiearbeit liefern Wissen über die Vorlieben und Bedürfnisse der BewohnerInnen. Der dahinterstehende Pflegeansatz liegt darin, positive Erinnerungen hervorzurufen und damit das Wohlbefinden der BewohnerInnen zu steigern.
- Unterstützung und Zuwendung durch betreuende Personen
- Führen eines Schmerztagebuches
- An- und/oder Zugehörige in die Maßnahmen einbinden
- Anregung von therapeutischen Interventionen
- Anregung von psychologischen Interventionen



© Ludwig Schedl

„Schmerzbehandlung stellt in der Geriatrie eine tägliche Herausforderung dar. Nur durch ein Zusammenwirken aller Berufsgruppen kann ein modernes Schmerzkonzept erfolgreich umgesetzt werden.“

Univ.-Prof. Dr. Christoph Gisinger
Institutsdirektor Haus der Barmherzigkeit

5. Therapie und Betreuung

Die gehobenen Medizinisch-Technischen Dienste (MTD) umfassen insgesamt sieben Berufe. In den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung kommen überwiegend die folgenden vier Medizinisch-Technischen Dienste im Schmerzmanagement zum Einsatz:¹¹

Physiotherapeutischer Dienst (PhysiotherapeutIn): Behandlung von Menschen, die an Schmerzen und Funktionsstörungen im Bereich des Bewegungsapparates leiden, unter Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen.

Ergotherapeutischer Dienst (ErgotherapeutIn): Behandlung kranker und behinderter Menschen durch handwerklich-gestalterische Tätigkeiten, durch Training der Selbsthilfe sowie durch Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln. Beratungs- und Schulungstätigkeit zu den Themen Ergonomie und allgemeiner Gelenksschutz.

¹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2016, Seite 53ff

Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst (Diätologin/Diätologe): Auswahl und Zusammenstellung ärztlich angeordneter Diätkost für kranke Personen, Beratung kranker Personen oder ihrer Angehörigen zur praktischen Umsetzung von Diätverordnungen sowie Ernährungs- und Diätberatung für gesunde Personen und Personengruppen unter besonderen Belastungen (z. B. Schwangere).

Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst (Logopädin/Logopäde): Vorbeugende Maßnahmen, Befunderhebung und Behandlung von Schluckstörungen und Kommunikationsstörungen wie Sprech-, Stimm- und Hörstörungen von Menschen aller Altersgruppen.

Ebenfalls im Einsatz ist der/die Medizinische MasseurIn und HeilmasseurIn: Maßnahmen der Physikalischen Medizin auf den Gebieten der Thermo-, Elektro-, Photo-, Hydro- und Balneotherapie sowie klassische Massagen, Reflexzonen- und Heilmassagen und einfache Mobilisation werden angewendet.

Für verschiedene Schmerzarten bzw. -ursachen werden entsprechende therapeutische Maßnahmen durch ÄrztInnen verschrieben. Die KundInnen erhalten in Folge eine individuell abgestimmte therapeutische Behandlung, bestehend aus Einzel- und/oder Gruppentherapien. Diese werden hier lediglich auszugsweise dargestellt.

Nichtmedikamentöse **Maßnahmen durch PhysiotherapeutInnen** in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- Paraffinbäder
- Ultraschall
- Kryotherapie
- Schmerzreduzierende Bewegungsmaßnahmen
- Manuelle Techniken (Triggerpunkt-, Faszientechnik)
- Taping
- Rollstuhl-, Schienen- und Hilfsmittelversorgung
- Entlastungsgespräche, Psychoedukation, Entspannungstechniken
- Bewegungstherapie
- Neuromuskuläre Mobilisation
- Spiegeltherapie
- Narbenbehandlung
- Viszerale Therapie
- Craniosacraltherapie
- Ultraschallbehandlungen
- Elektro-, Magnetfeld- und Lasertherapie
- Thermotherapeutische Anwendungen
- Photo- und Balneotherapeutische Maßnahmen
- Beckenbodentraining
- Neurophysiologische Behandlungen
- Passives Durchbewegen
- Physioenergetik
- Autonome Osteopathische Repositionstechniken
- CRAFTA (Cranio- und Mandibuläre und Craniofaciale Dysfunktionen und Schmerzen)
- Bandagieren und Kompressionsverbände
- Wahrnehmungsschulung
- Kontrakturprophylaxe
- Manuelle Lymphdrainage
- Hilfsmittelversorgung und Adaptierung
- Therapien mit biografischem Hintergrund (Radfahrtraining,...)
- Lagerung und Positionierung
- Entspannungstherapie
- Atemtherapie

Nichtmedikamentöse **Maßnahmen durch Medizinische MasseurInnen** in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- Wärmepackungen
- Elektro-, Magnetfeld- und Lasertherapie
- Hydrotherapie
- Massagen aller Art

Nichtmedikamentöse **Maßnahmen durch ErgotherapeutInnen** in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- Spiegeltherapie
- Narbenbehandlung
- Taping
- Passives Durchbewegen
- Basale Stimulation
- Lagerung
- Schienenversorgung
- Wahrnehmungsschulung
- Kontrakturprophylaxe
- Paraffinbad
- Myofascial Release
- Hilfsmittelversorgung
- Alternative Handlungsabläufe erarbeiten
- Ergonomische Beratung
- Aktivierende Maßnahmen, auch um Gedanken an den Schmerz zu unterbrechen
- ADL-Training

Nichtmedikamentöse **Maßnahmen durch LogopädInnen** in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- Basale Stimulation
- Kostformanpassungen
- Kommunikationsaufbau
- Faszientechniken
- Therapeutische Mundpflege
- Orofaziale Regulationstherapie
- Manuelle Stimmtherapie

Nichtmedikamentöse **Maßnahmen durch DiätologInnen** in den anerkannten Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind beispielsweise:

- .Diätologische Beratung bezüglich Essgewohnheiten (Zeitpunkt, Menge, Zusammensetzung der Nahrung,...) bei Beschwerden vor/während/nach der Nahrungsaufnahme
- Kostanpassung bei gastrointestinalen Beschwerden, rheumatischem Formenkreis, Übergewicht, Dekubitus,...
- Kostaufbau
- Speiseplanerstellung, auch um Lieblingsgerichte und Vorlieben einzuplanen (um Appetitlosigkeit bei Schmerzen jeglicher Art abzuschwächen/zu unterbrechen)

Weitere Nichtmedikamentöse Maßnahmen:

- Musiktherapie
 - rezeptive Musiktherapie (das Anhören von Musikstücken)
 - Für-Spiel (Musizieren auf einem Musikinstrument für die Kundin/den Kunden)
 - Körpermonochord
- Tiergestützte Therapie
- Therapien mit biografischem Hintergrund (z. B. Gartentherapie)

6. Psychologie

Die klinische Psychologie bzw. die Gesundheitspsychologie unterstützt das multiprofessionelle Team im Rahmen des Schmerzmanagements.

Ein Einzelgespräch stellt für viele KundInnen eine besondere Zuwendung dar, daher können manche Schmerzen bereits dadurch gemildert werden.

Gruppengespräche bzw. -erlebnisse lassen manche Menschen auf den Schmerz „vergessen“. Sich mit anderen auszutauschen kann zu einer Schmerzerleichterung führen.

7. Ergebnisfaktor „Interdisziplinäres Team“

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Schmerzmanagement wird von beiden anerkannten Einrichtungen als einer der größten Erfolgsfaktoren beschrieben.

So ist ein entsprechendes Know-how aller handelnden Personen die Grundlage für ein funktionierendes Schmerzmanagement. Fort- und Weiterbildungen aller Berufsgruppen, sowohl innerbetrieblich als auch durch externes Bildungsangebot, sind zum Erwerb von Qualifikationen unumgänglich. Dieses erworbene inhaltliche Wissen und die Fähigkeit zur Wissensanwendung sind Erfolgskriterien, welche auf alle handelnden Berufsgruppen zutreffen.

Die Berufsgruppen, die die KundInnen in den Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung betreuen und pflegen, haben teilweise überschneidende Kompetenzen. So ist beispielsweise die Basale Stimulation eine Maßnahme, die sowohl die Pflegeberufe als auch Physio-/ErgotherapeutInnen und LogopädInnen durchführen können. Ein weiteres Praxisbeispiel ist die Versorgung mit unterstützenden Hilfsmitteln. Sowohl Ergo- und Physiotherapie als auch die Pflegeberufe sind qualifiziert, die KundInnen entsprechend zu beraten. Die Verordnungen werden durch ÄrztInnen ausgestellt.

Die Kommunikation und Dokumentation rund um diese Nahtstellenbereiche ist von größter Bedeutung. Dazu gehört die Verlaufsbeobachtung zur Beurteilung der Effektivität der eingeleiteten Intervention, wie Schmerzmedikamente oder nichtmedikamentöse Maßnahmen.

Es wird von den handelnden Berufsgruppen berichtet, dass die Zeit vom Eintreten des Schmerzes bis zum Setzen von Maßnahmen für die KundInnen von hoher Relevanz ist. Diese Zeit kann nur mit optimaler interdisziplinärer Zusammenarbeit verkürzt werden.

Alle tätigen Berufsgruppen ermutigen die KundInnen, Schmerzempfindungen zu äußern und zu beschreiben. Sie führen Gespräche, um den KundInnen Angst zu nehmen, den geäußerten Schmerzempfindungen eine Wichtigkeit zu geben und damit Interesse und Geborgenheit zu vermitteln.

ANHANG: Anerkannte Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung

2. Bezirk



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Leopoldstadt

1020 Wien, Engerthstraße 154

Tel.: 01/245 45 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

10. Bezirk



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Innerfavoriten

1100 Wien, Bernhardtstalgasse 32

Tel.: 01/608 06 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

11. Bezirk



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Simmering

1110 Wien, Dittmannngasse 5

Tel.: 01/740 84 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

12. Bezirk



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Meidling

1120 Wien, Stüber-Gunther-Gasse 2

Tel.: 01/801 81 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

14. Bezirk



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Baumgarten

1140 Wien, Seckendorfstraße 1

Tel.: 01/910 34 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

15. Bezirk



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Rudolfsheim-Fünfhaus

1150 Wien, Kardinal-Rauscher-Platz 2

www.wienkav.at/kav

Tel.: 01/215 35 – 0

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

16. Bezirk



© Ludwig Schedl

Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse

1160 Wien, Seeböckgasse 30a

Tel.: 01/401 99 – 0

www.hb.at

Träger: Institut Haus der Barmherzigkeit

21. Bezirk



© KAV/Martin Votava

SMZ Floridsdorf – Geriatriezentrum

1210 Wien, Bentheimstraße 5

Tel.: 01/275 22 – 8020

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

22. Bezirk



© Ludwig Schedl

Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße

1220 Wien, Tokiostraße 4

Tel.: 01/901 81 – 0

www.hb.at

Träger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegezentrum Tokiostraße GmbH



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Donaustadt

1220 Wien, Langobardenstraße 122a

Tel.: 01/288 02 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

23. Bezirk



© KAV/Martin Votava

Pflegewohnhaus Liesing

1230 Wien, Haeckelstraße 1A

Tel.: 01/866 00 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

Außerhalb von Wien



© KAV/Martin Votava

Therapiezentrum Ybbs – Sozialtherapeutisches Zentrum

3370 Ybbs/Donau, Persenbeuger Straße 1–3

Tel.: 07412/551 00 – 0

www.wienkav.at/kav

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

LITERATUR

Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE, Witten) und den beteiligten Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Organisationen: Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe, Langversion der multiprofessionellen S3-Leitlinie, 2017

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion II: Gesundheitsberufe in Österreich <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/9/2/CH1002/CMS1286285894833/gesundheitsberufe.pdf>, 2017 [1.8.2019]

Cole L.J., Farrell M.J., Duff E.P., Barber J.B., Egan G.F. & Gibson S.J. (2006). Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain*, 129(11): 2957-2965

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung für mobile, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen, Teil 2, 2017 (unveröffentlichte Ausgabe)

Hadjistavropoulos, T., K. Herr, D. C. Turk, P. G. Fine, R. H. Dworkin, R. Helme, K. Jackson, P. A. Parmelee, T. E. Rudy, B. Lynn Beattie, J. T. Chibnall, K. D. Craig, B. Ferrell, R. B. Fillingim, L. Gagliese, R. Gallagher, S. J. Gibson, E. L. Harrison, B. Katz, F. J. Keefe, S. J. Lieber, D. Lussier, K. E. Schmader, R. C. Tait, D. K. Weiner & J. Williams (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain*, 23(1 Suppl): S1-43

Lukas, A., B. Mayer, G. Onder, R. Bernabei & M. D. Denkinger (2015). Schmerztherapie in deutschen Pflegeeinrichtungen im europäischen Vergleich. Ergebnisse der SHELTER-Studie. *Der Schmerz*, 29(4): 411-421.

Morrison, R. S. & A. L. Siu (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage*, 19(4): 240-248

Osterbrink, J., M. Hufnagel, P. Kutschar, B. Mitterlehner, C. Krüger, Z. Bauer, W. Aschauer, M. Weichbold, E. Sirsch, C. Drebenstedt, K. M. Perrar & A. Ewers (2012). Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. *Der Schmerz*, 26(1): 27-35

Pickering, G., D. Jourdan & C. Dubray (2006). Acute versus chronic pain treatment in Alzheimer's disease. *Eur J Pain* 10(4): 379-384

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, NHS Quality Improvement Scotland: (2008). Control of pain in adults with cancer: a national clinical guideline. Edinburgh. Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Takai, Y., N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama & A. Honda (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs*, 11(4): 209-223

Va/DoD Veterans Health Administration: (2002). D. o. D. Clinical Practice Guideline for the Management of Postoperative Pain. In: www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/pop/pop_fulltext.pdf. (15.05.2016).

Wulff, I., Könnner, F., Kölzsch, M., Budnick, A., Dräger, D., Kreutz, R.: (2012). Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (6): 505-544

IMPRESSUM

Medieninhaber: Fonds Soziales Wien, Stabsstelle Unternehmenskommunikation, Guglgasse 7–9, 1030 Wien, Tel.: 05 05 379. Für den Inhalt verantwortlich: Fonds Soziales Wien in Zusammenarbeit mit Haus der Barmherzigkeit, Seeböckgasse 30a, 1160 Wien, und Wiener Krankenanstaltenverbund, Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung, Hütteldorfer Straße 188, 1140 Wien.

Druck: Bernsteiner, Wien. Gedruckt auf ökolog. Druckpapier aus der Mustermappe „ÖkoKauf Wien“. Druck- und Satzfehler vorbehalten. 1. Auflage, Stand: Dezember 2019

AutorInnen (Alphabetisch):

Drⁱⁿ Astrid Horak (Wiener Krankenanstaltenverbund)

Mag^a Renate Pfoser-Almer, MSc (Fonds Soziales Wien)

Dr. Michael Smeikal, MSc (Haus der Barmherzigkeit)

Ingrid Thanner, MAS (Wiener Krankenanstaltenverbund)

Gabriele Thür, MBA (Wiener Krankenanstaltenverbund)

Fonds Soziales Wien

01/24 5 24

taglich 8:00 – 20:00 Uhr

Wir sind da, um fur Sie da zu sein.

www.fsw.at | 