



Fabrikstraße 21  
24534 Neumünster

Telefon: 04321 85448-0  
Telefax: 04321 85448-12

info@pflegeberufekammer-sh.de  
www.pflegeberufekammer-sh.de

Steuernummer  
ID 24 235 0339 0  
Gerichtsstand: Neumünster

apoBank  
DE02 3006 0601 0006 3552 71  
BIC DAAEDEDXXX

Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein  
Der Vorstand – Fabrikstr. 21 – 24534 Neumünster

Hochschule Osnabrück  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der  
Pflege (DNQP)

zuständige Stelle: Dipl.-Pfleger Moritz Krebs

per E-Mail

Orga-Nr. 110.6  
29.03.20

## **Stellungnahme der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein zur Konsultationsversion des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ (Aktualisierung 2020)**

Sehr geehrter Herr Krebs,

vielen Dank für die Berücksichtigung der Pflegeberufekammer zur Abgabe einer Stellungnahme zur Konsultationsversion des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege.

Aufgrund vielfältiger und hoch beanspruchender Bewältigung der mit COVID-19 verbundenen Aufgaben werden wir zwecks Einhaltung der Frist nur eine allgemeine Stellungnahme abgeben.

Die Bezeichnung „Pflegefachkraft“ hat sich u.a. im Zusammenhang mit dem Pflegeberufegesetz, im Alltagsgebrauch und z. B. in den Ergebnissen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) zum Begriff „Pflegefachperson“ etabliert. Semantisch folgt dieser Begriff einer einheitlichen Bezeichnung in der Ein- und Mehrzahl von Pflegefrauen und Pflegemännern. Zur weiteren systematischen Bezeichnung empfehlen wir, folgende Nomenklatur für die in der Pflege tätigen Personen:

Pflegeperson	- An- / ungelernte Pflegenden / Pflegende Angehörige
Pflegeassistenz	- Mindestens einjährig qualifizierte Pflegende
Pflegefachperson	- Grundständig examinierte Pflegefachfrauen und/oder Männer
Fachpflegeperson	- Fachspezifisch weitergebildete Pflegefachperson

Auch wenn die Gesetzgebungen des Bundes und der Länder noch nicht darauf eingestellt sind, würden wir uns freuen, dass diese Systematik der allgemeinen Berufsbezeichnungen von den Expertenstandards aufgenommen werden.

Das für die Etablierung einer „sprechenden Medizin“ entwickelte biopsychosoziale Modell kann durchaus für eine andere Darstellung des ganzheitlichen Ansatzes allen pflegerischen Handelns in Frage kommen und aufgrund einer systemischen Betrachtung des Pflegeanlasses ein höheres Maß an Wirksamkeit haben als monokausale Betrachtungen und Interventionen. Das Modell mag auch knapp zusammenfassen, dass Mehrdimensionalität und eine individuelle Kybernetik von Bedingungen und deren Beziehungen untereinander im Zusammenhang mit körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen stehen. Für eine „Kurzfassung“ pflegerischen Handelns greift es aber zu kurz, weil hierfür nicht konstruiert. Auch entsteht nicht automatisch eine Autonomie der Menschen in der Anwendung des Modells. Sie entsteht in der freien Exploration aller Einflussfaktoren auf den Pflegeanlass, hier Schmerz, und der bestmöglichen Orientierung an den Selbstwirksamkeitserwartungen und -möglichkeiten der Menschen mit akuten, chronischen oder zu erwartenden Schmerzen. Insofern schlagen wir zur pflegespezifischen Einstellung der Grundlagen einer gelingenden Pflege vor, von einem systemischen Ansatz auszugehen, der die individuelle Schmerzsituation, die multifaktoriellen und mehrdimensionalen (neurologisch, biologisch, psychologisch, sozial) Bedingungen des Schmerzes und der Schmerzverarbeitung zu berücksichtigen hat, um ein bestmögliches Schmerzmanagement mit darauf angepassten Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Auf Seite 11 letzter Absatz wird die Abhängigkeit von der Kooperationsbereitschaft durch Allgemeinmediziner dargestellt. Hier möchten wir vorschlagen, den Satz zu streichen und selbstbewusst zu fordern, dass „eine gut eingestellte, interprofessionelle Zusammenarbeit für ein gelingendes Schmerzmanagement unabdingbar ist. Pflegefachpersonen müssen das beanspruchen können und von Einrichtungen, Trägern und politisch Verantwortlichen dahingehend unterstützt werden, die Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen so gestaltet wird, dass sie den Forderungen dieses Expertenstandards entspricht und die notwendige transdisziplinäre Schmerzbewältigung gelingt.“

Die Zusammenlegung der jeweiligen Expertenstandards für akute bzw. chronische Schmerzen hat u. E. Vor- und Nachteile. Obgleich grundsätzlich begrüßenswert, da die Varia eines Phänomens (Schmerz) in einem Zusammenhang behandelt werden, geht dies zu Lasten konzentrierter Kommentierungen, die nunmehr deutlich komplexer und umfangreicher ausfallen. Damit geht ein Vorteil des bisherigen Expertenstandards für den akuten Schmerz verloren: knappe, einprägsame Kommentare.

S1a: Aus dem Expertenstandard für chronische Schmerzen wurde die Differenzierung zwischen stabiler und instabiler Schmerzsituation übernommen. Eine Akutschmerzsituation ist, so die Formulierung auf Seite 15 (Kommentar zu S1a) „grundsätzlich als instabil zu betrachten“. Diese Formulierung ist irreführend, da es in der Konsequenz bedeuten würde, dass in jeder Akutschmerzsituation ein pflegerischer Schmerzexperte einzubeziehen wäre (s. S. 23, Kommentar zu S2a). Aufgrund der unzureichenden vertraglichen und gesetzlichen Bestimmung von Fachpflegestandards werden Pflegedienste im stationären und ambulanten Bereichen Probleme in der Umsetzung bekommen.

S1b: Die Verantwortung der Einrichtung wurde um die Sorge erweitert, die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten sicherzustellen. Die Rolle der Schmerzexperten gewinnt insgesamt in diesem Standard an Bedeutung. Dies ist aus berufspolitischer Sicht begrüßenswert, sollte aber realitäts- und umsetzungsbezogen formuliert werden und eine Beauftragung der Gesetzgebung beinhalten, die einen Fachpflegestandard in den Einrichtungen finanzierbar zu verordnen hat (s. oben).

S3a: Anders als in der 1. Aktualisierung des Expertenstandards für akute Schmerzen wird der Begriff der Beratung wiederaufgenommen. Das trägt dem erweiterten Kompetenzniveau der Pflegefachpersonen Rechnung, da Beratung schon in der Primärausbildung als wichtige Aufgabe professionell Pflegenden angesehen wird.

Für die Begriffe Information, Schulung, Beratung und weiter unten (S. 34) auch „Anleitung“ wäre allerdings eine trennscharfe Abgrenzung / Definition sinnvoll.

P3a: Hier wird die umfassende Information zu den Schmerzbehandlungsoptionen von einer Pflegefachkraft, nicht von einem pflegerischen Schmerzexperten, erwartet. Das widerspricht dem interprofessionellen Ansatz und überzieht die erwarteten Kompetenzen an die Pflegefachpersonen. Dass dies in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu geschehen hat, impliziert, dass die Informationen anderer Berufsgruppen mit zu übernehmen wären. Zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit empfehlen wir, darauf zu verweisen, dass die Pflegefachperson „gemeinsam mit den beteiligten Berufsgruppen, den Menschen mit Schmerzen und ggf. seine Angehörigen auf der Basis der vereinbarten Ziele zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenz zu seiner Schmerzsituation umfassend informiert, schult und berät.“:

E3: Insgesamt hat diese Ebene allein durch den Umfang der Kommentierung ein besonderes Gewicht. Möglicherweise wäre eine etwas gerafftere Darstellung sinnvoll.

Problematisch bleibt, auch in einem Expertenstandard für die Pflege, bei einem Ergebniskriterium die erwartete Kompetenz der Menschen mit Schmerzen in den Vordergrund zu stellen und nicht die Qualität von Information, Beratung und Schulung durch die Pflegenden. Auf ersteres kann nicht immer ein verlässlicher Einfluss genommen werden.

S4a: Der Umgang mit schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen und nicht-medikamentösen Maßnahmen wurde im Expertenstandard bei akuten Schmerzen bisher in drei Ebenen behandelt und jetzt in einer Ebene zusammengeführt. Das mag sinnvoll sein, sollte allerdings erläutert werden.

Mit freundlichen Grüßen

Patricia Drube  
Präsidentin

Frank Vilsmeier  
Vizepräsident