J. Osterbrink

Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, WHO Collaborating Centre, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

Die eigentliche Aufgabe

Im Jahr 2016 wurden in deutschen Krankenhäusern 19,5 Mio. Patienten stationär behandelt, was einem Plus von 1,4 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Dies findet statt bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,3 Tagen und einer Betreuung durch gut 160.000 Ärzte und eine Dreiviertelmillion Pflegende [11]. Daten, die die Versorgungssituation in den Einrichtungen der entweder ambulanten oder Altenheimversorgung darstellen, liegen nur sehr rudimentär vor.

Ein bedenklicher Trend setzt sich unaufhaltsam fort. Der Trend, dass immer mehr Patienten mit hoher Krankheitslast in immer kürzerer Zeit von patientennah tätigen Berufsgruppen versorgt werden müssen, ohne dass vor- und nachversorgende Strukturen des Gesundheitswesens (und deren eigene Komplexität) berücksichtigt werden. Sogar folgen der Patient und seine Familie mit ihren individuellen Bedürfnissen den Zwängen und Einschränkungen des Gesundheitssystems und nicht andersherum, wie es für eine gelingende Grundversorgung zeitgemäß wäre. Es ist verlernt worden, dass ein selbstverständlicher Austausch über die Bedürfnisse und Bedarfe von therapeutischen Maßnahmen und deren Wirksamkeitsnachweis zwischen Pflegenden und Ärzten, zwischen dem Altenheim, dem Krankenhaus, den ambulanten Versorgern, dem Hospiz und anderen für eine effektive und effiziente Versorgung schlichtweg Ursprung und Anfang und für eine qualitätsgesicherte Struktur wesentlich ist. Dieser Zustand der „Antwortlosigkeit“ ist leider ein Faktor, der immer mehr von Patienten, deren Angehörigen, aber auch von Versorgern wahrgenommen wird. Zu tief greifenden, spürbaren und patientenorientierten Änderungen im System kommt

es aber – wenn überhaupt – leider nur sehr zögerlich.

Was hat dies mit einer sinnvollen Schmerzversorgung in Deutschland zu tun? In Deutschland sind laut der Deutschen Schmerzgesellschaft [5] ca. 2,5 Mio. Menschen chronisch schmerzkrank. Dies entspricht 3 % der Gesamtbevölkerung, ohne Berücksichtigung, dass die Einschränkung nicht nur den Betroffenen, sondern auch die Lebensqualität und die Aktivitäten des täglichen Lebens der Angehörigen, der Freunde und des weiteren sozialen Umfelds beeinflusst. Wenn man davon ausgeht, dass jeder Schmerzpatient im Mittel fünf Bezugspersonen hat, sind plötzlich 12,5 Mio. Menschen direkt betroffen. Wenn man dies weiterdenkt, ist fast jeder siebte Deutsche mittelbar oder unmittelbar betroffen.

Verschärft wird die Situation dadurch, dass wir wissen, dass sich die gesamtgesundheitliche Versorgung in den deutschsprachigen Ländern – und darüber hinaus – durch die Berentungswelle bei Ärzten und Pflegenden der Babyboomer-Jahre in den kommenden fünf Jahren weiter zuspitzen wird. Es ist verabsäumt worden, die vorherige und Folgeversorgung komplett neu zu denken und auszurichten – obwohl seit 1991 [11] immer deutlicher wurde, dass die Fallzahlen in Krankenhäusern und die Komplexität der Versorgung bei sinkenden Versorgerzahlen unaufhaltsam steigen.

Vor diesem Hintergrund gilt es nun tatsächlich, die Notwendigkeit, die sich 2018 und folgend daraus ergibt, zu ergreifen, um die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen endlich vom „bench to bed“ zu organisieren. Grundlagenforscher („bench“) und Versorgungs-

forscher treffen sich, wenn man ehrlich zueinander ist, professionell nur einmal im Jahr, nämlich auf dem Schmerzkongress.

Wo bleibt, liebe Kolleginnen und Kollegen, die unterjährige Abstimmung, das Organisieren von gemeinsamen vorklinischen und *poststationären* Forschungsprojekten und deren Umsetzung vom „bench“ bis in die Häuslichkeit unserer Patientinnen und Patienten? Leider fehlt in den Curricula der handelnden Forscher die Querverbindung in das einzelne andere Fach komplett, sodass ein Grundverständnis für die jeweils andere Profession fehlt und dadurch Sprachlosigkeit herrscht. Besonders dramatisch zeigt sich dies in der Versorgung von vulnerablen Patientengruppen.

Besonderer Fokus: Der alte Mensch

In dieser Ausgabe unserer Fachzeitschrift werden Sie vorwiegend Beiträge, die die Bedürfnisse von Betagten und Hochbetagten in unterschiedlichen Versorgungsbereichen in den Fokus nehmen, lesen. Gerade diese hochkomplexe Patientengruppe bedarf unseres besonderen Augenmerks. Nur wenn eine abgestimmte, strukturübergreifende Versorgung und eine Reflexion des therapeutischen Erfolgs gewährleistet sind, können wir von einem erfolgreichen Therapieansatz sprechen.

Seit der Publikation des ersten Expertenstandards *Schmerzmanagement in der Pflege* 2005 [2–4] wurden 15.000 pflegerische Schmerzexperten für Deutschland und Österreich weitergebildet. Dies hat zu einer fundamentalen Änderung in der schmerztherapeutischen Aufbaustruktur, insbesondere in deutschen Kliniken,

geführt, wo viele pflegegeleitete und ärztlich begleitete Schmerzdienste in Substitution und Delegation installiert wurden. Ebenso im Altenheimsektor übernimmt Pflege nun, insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die komplexe Aufgabe der Schmerzmessung und kommuniziert die Ergebnisse insbesondere mit Hausärzten. Somit ist die Versorgungsstruktur aus dem Blickwinkel der Patientensicherheit deutlich optimiert worden [10]. Durch evidenzbasierte digitale Ansätze [6] werden kommunikative Lücken zwischen dem Schmerzpatienten und den Behandlern geschlossen.

Kutney-Lee, Sloane, Aiken 2013 [8] und Aiken 2016 [1] haben Ausbildungslevel in den Fokus genommen: Ein Anteil von Pflegenden mit einem BScN-Degree reduziert die postoperative Mortalität um gut 5 %. Messbare Erfolge, die, wenn sie konsequent weitergedacht und in die Versorgungsstruktur integriert werden, für unsere Patientenzielgruppe effektiv wären. Dies bedingt aber, dass moderne Schmerzversorgung fernab von berufspolitischen Hemmschuhen konsequent, systematisch, sektorenübergreifend, inter- und multiprofessionell organisiert und umgesetzt wird.

Bereits 2014 konstatierten Kopf et al. [7], dass QF14 „Schmerzmedizin“ eine große Chance ist, die seit Langem beklagten Defizite in der Patientenversorgung außerhalb von spezialisierten Zentren durch Pflichtlehre zu schließen. Sicherlich ist dies ein erster und wichtiger Ansatz, dessen Wirksamkeitsnachweis noch aussteht. Allerdings ist die universitäre und gemeinsame Lehre [9] von Medizinern und Pflegewissenschaftlern in bestimmten Fächern, die eine spätere enge Zusammenarbeit bedingen und bereits erfolgreich seit Jahrzehnten in z. B. Skandinavien, Großbritannien und in den USA umgesetzt wurden, ein weiterer Baustein der von curricularen Kommissionen auch in den deutschsprachigen Ländern bedacht werden sollte.

Und was ist nun die eigentliche Aufgabe?

Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten. Zukünftig wird sich das Leistungsprofil der interprofessionellen Versorgung aufgrund der oben genann-

ten Entwicklungen ändern müssen, damit wir die Herausforderung einer zeitgemäßen patienten- und angehörigennahen Versorgung lösen können. Weiter wie bisher – geht nicht.

J. Osterbrink

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. J. Osterbrink

Institut für Pflegewissenschaft und -praxis,
WHO Collaborating Centre, Paracelsus
Medizinische Privatuniversität
Strubergasse 21, 5020 Salzburg, Österreich
juergen.osterbrink@pmu.ac.at

Interessenkonflikt. J. Osterbrink gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Aiken L et al (2016) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *Bmj Qual Saf.* <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567> (<https://qualitysafety.bmj.com/content/26/7/559>)
2. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg) (2005) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingt-chronischen Schmerzen. Eigenverlag DNQP, Osnabrück
3. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg) (2011) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Eigenverlag DNQP, Osnabrück
4. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg) (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Eigenverlag DNQP, Osnabrück (Sonderdruck)
5. Deutsche Schmerzgesellschaft (2018) Aktionstag. https://www.dgss.org/news-presse/pressemitteilungen/pressemitteilung-einzelansicht/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=688&cHash=64fc9737ac3a01a854f62db3dd612b6e
6. Ewers A, Gnass I (2018) painApp – mobiles Schmerzmonitoring in der häuslichen Versorgung. *Schmerz.* <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0313-7>
7. Kopf A, Dusch M, Alt-Epping B, Petzke F, Treede R-D (2014) Das Querschnittsfach „Schmerzmedizin“. Chance für die Allgemeine Schmerzmedizin. *Schmerz* 28:405–413
8. Kutney-Lee A, Sloane DM, Aiken L (2013) An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality. *Health Aff (millwood).* <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0504> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711087/>)
9. Maxson PM (2011) Enhancing nurse and physician collaboration in clinical decision making through high-fidelity interdisciplinary simulation training. *Mayo Clin Proc.* <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0282>
10. Nestler N, Krisch L, Mahlknecht A, Flamm M, Osterbrink J (2018) Mobilitätseinschränkungen bei Altenheimbewohnern. Die Rolle von Schmerz und kognitiver Leistungsfähigkeit. *Schmerz.* <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0278-6>
11. Statistisches Bundesamt (2018) www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html