



Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster

Umsetzung einer Versorgungsidee

Jürgen Osterbrink

vdek-Zukunftspreis, Berlin 2013



- Wer sind wir und was machen wir?
- Warum das Ganze?
- Wie ist das Projekt aufgebaut?
- Welche Relevanz hat ein Aktionsbündnis?



Wer sind wir und was machen wir?

■ Projektgruppe:

- » ärztliche ExpertInnen der Schmerztherapie und Palliativmedizin
- » pflegewissenschaftliche MitarbeiterInnen der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
- » ExpertInnen anderer Bezugswissenschaften (z. B. Soziologie, Psychologie, Gesundheitsökonomie)



Offizielle Eröffnungsfeier, März 2010

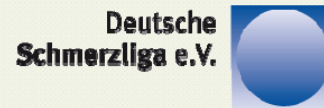
Ziel des Projekts ist die Verbesserung des
multiprofessionellen Schmerzmanagements
in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen
in der Stadt Münster



Schirmherrschaft



KooperationspartnerInnen

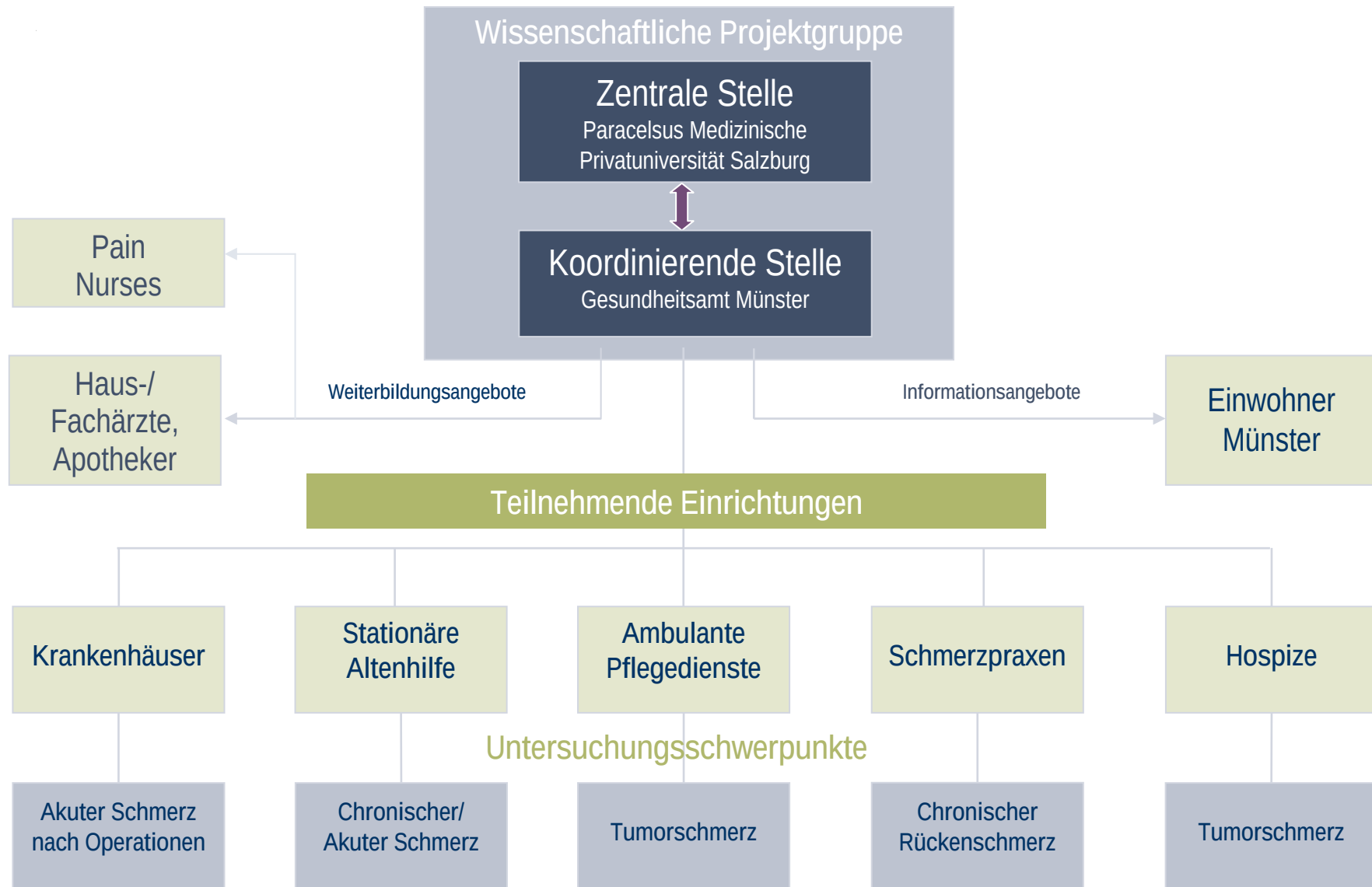




Wie ist das Projekt aufgebaut?



Das Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster





Warum das Ganze?



Warum das Thema *Schmerz*?

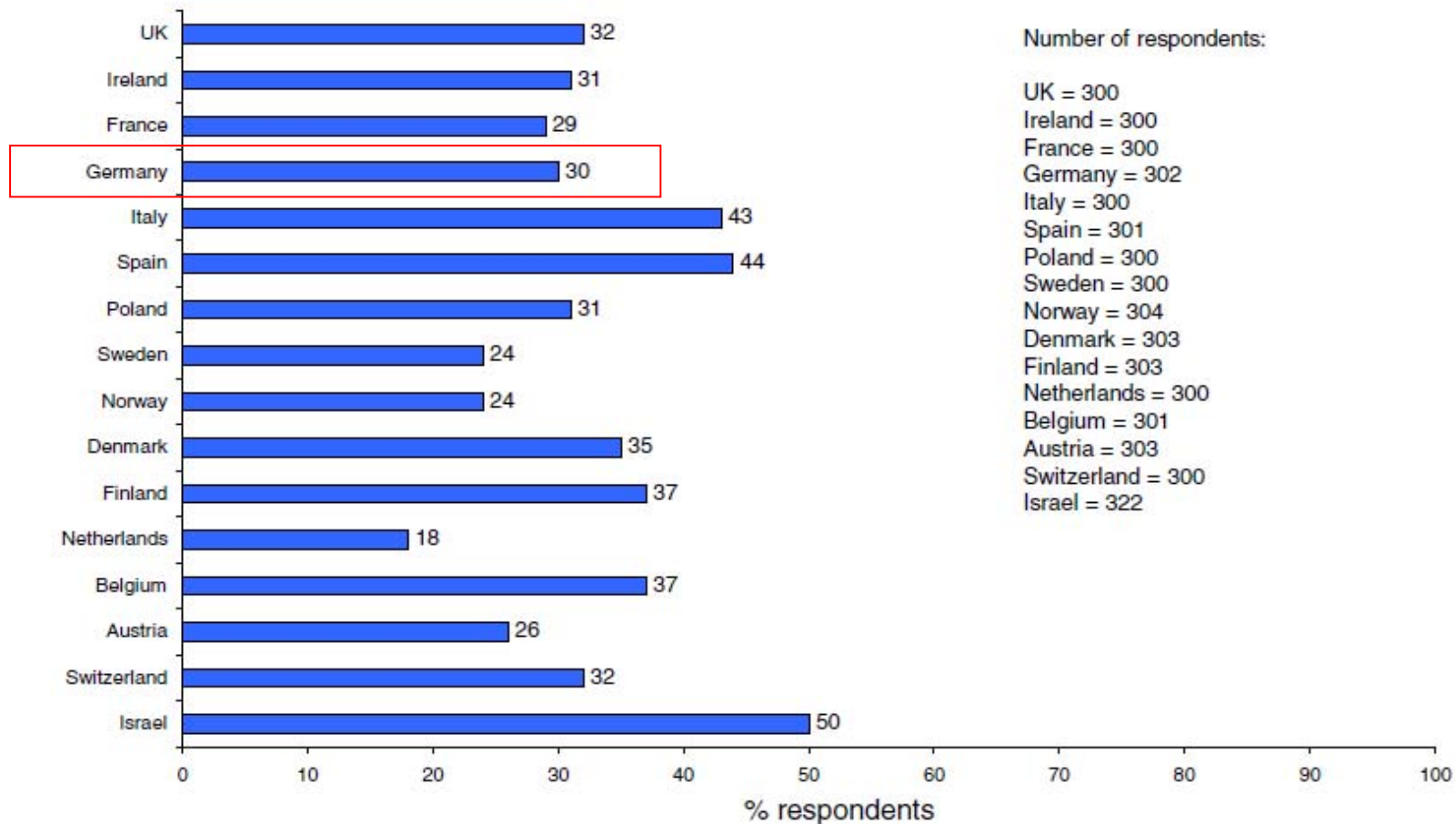
Das Thema Schmerz hat gesamtgesellschaftliche Implikationen

- Länger andauernde Schmerzzustände können das Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen.
- Schmerzbehandlungen stellen einen der größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen dar.
- Arbeitsausfälle und vorzeitige Berentungen tragen zu den indirekten finanziellen Konsequenzen von Schmerzleiden bei.



Schmerzprävalenz in Europa

H. Breivik et al. / European Journal of Pain 10 (2006) 287–333



Percentage of patients in the 16 countries reporting severe pain, i.e., pain intensity of 8,9, or 10 on the 1-10 NRS.

Fallbeispiel – Abschaffung von „Recht auf Schmerzen“

Betreff: |Abschaffung von "Recht auf Schmerzen"|

Arial 12 B I U 

Professor Dr. Jürgen Osterbrink
Professor für Pflegewissenschaft an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
Professor an der University of Florida, Jacksonville, Florida

Abschaffung von "Recht auf Schmerzen"

Sehr geehrter Herr Professor Jürgen Osterbrink

Sachverhalt

Als mich die Operateurin nach der Operation weckte, spürte ich – weil ich mich im Bett aufsetzen wollte – einen heftigen Wundschmerz im Operationsbereich der Hüfte. Ich fiel wieder in mein Kissen zurück. Und als ich meine Operateurin darauf aufmerksam machte, dass ich bei Bewegung im **Wundbereich heftige Schmerzen spürte, lachte meine Operateurin nur und erklärte, dass ich ja auch ein "Recht auf Schmerzen" hätte.**

Ich werde – wie gesagt – bewusst, dass ich eine meiste Hande – (d. h.) nicht betrogen, dann eine mit Schmerzen zu tun. Ich werde mir auch die der Operationsnarkose geweckt worden, noch schlaftrunken, und dann erklärt mir diese [obige] Operateurin aber - statt mir Rat oder verbalem Trost oder sogar durch ein Schmerzmedikament Hilfe zu bieten, mir eine zynische Bemerkung stattdessen anbietend - ich hätte ja auch ein "Recht auf Schmerzen".

Ich will ja nicht gegen die Medizinerin klagen; letztlich hat mir die Operation geholfen; aber es gibt kein "Recht auf Schmerzen".

Von Ihnen will ich den Rat erbitten, wie ich der Medizinerin erklären kann, dass es in der Sorgfaltspflicht von medizinischem Personal aller Chargen liegen sollte, Patienten gegenüber möglichst ein "Recht auf Schmerzlosigkeit" zu gewährleisten, und wenn dennoch unvermeidlich Schmerzen auftreten, niemals aber von einem absurden "Recht auf Schmerzen" auszugehen.

Sollten Sie mir Rat erteilen können - auch aus dem Bereich der forensischen Medizin -, wäre ich Ihnen sehr verbunden, wenn Sie mir helfen würden, an der [obigen] Operateurin humanistische Aufklärungsarbeit zu leisten. Eigene Bemühungen von meinem Krankenbett aus, die Medizinerin anderen Sinnes zu machen, hat die betreffende Ärztin bisher nur als Beleidigungen ihrer Ehre als Medizinerin erachtet.

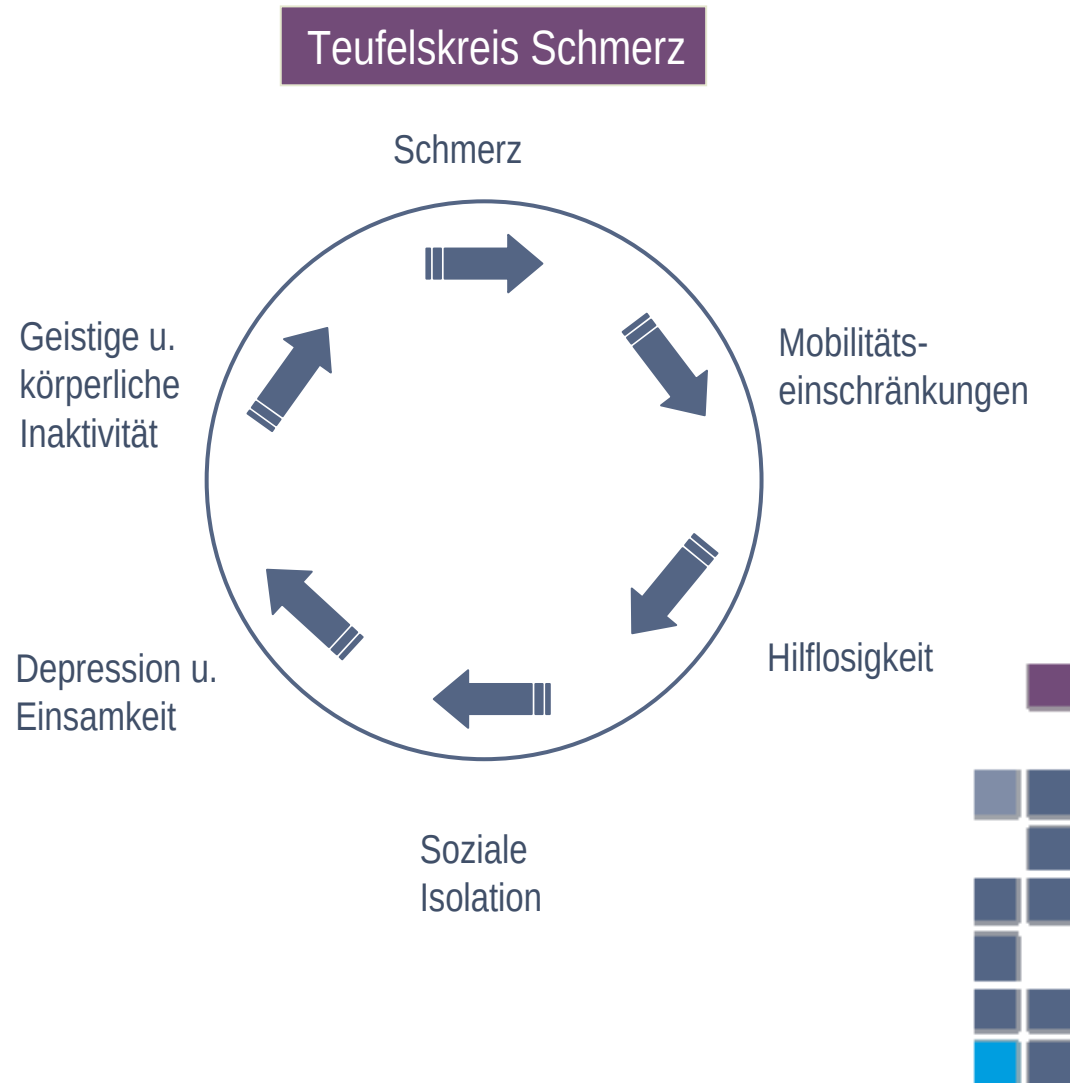
Mit freundlichem Gruß





Potenzielle Folgen

- akute Schmerzen können chronifizieren
- weniger Mobilisation aufgrund von Schmerzen
- Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- höhere Pflegebedürftigkeit durch reduzierte Aktivität
- verringerte Lebensqualität





Ziele & Nutzen



Das Aktionsbündnis

- Bewusstseins-schaffung
 - » PatientInnenforen
 - » Telefonaktion
 - » Aktionstag
- Ergebnisverwertung
 - » Interventionen
 - » Erstellung von Zertifizierungskriterien
 - » Überarbeitung von Standards & Leitlinien
 - » Publikationen
- Vernetzung der unterschiedlichen an der Schmerztherapie beteiligten Akteure
 - » Wissenschaft, Politik, Leistungsträger, Betroffene, Medizin & Pflege, etc.



Bewusstseins-schaffung



Telefonaktion

Telefonaktion zum Projekt

Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster

in Kooperation mit den

Westfälischen Nachrichten

27. Februar 2011

Referenten und Themenschwerpunkte:

Name: Dr. med. Christof Mittmann

Funktion: Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (Vorsitzender der Facharzt Initiative Münster)

Thema: Gelenkschmerz

Name: Dr. med. Ralf Becker

Funktion: Hausarzt (Vorstandsmitglied des Hausarztverbands Münster)

Thema: Krebschmerz und Rheuma

Name: Dr. med. Roswitha Eusterbrock

Funktion: Schmerztherapeutin (Schmerztherapiezentrum Münster)

Thema: Rückenschmerz

Name: Jürgen Merx

Funktion: Regionalgeschäftsführer BARMER GEK Münster

Thema: Angebote & Leistungen (Kosten)



Aktionstag gegen den Schmerz



1. Aktionstag gegen den Schmerz

„Schmerzfrei in Münster“
Dienstag, 5. Juni 2012

Beratungsaktion in teilnehmenden Apotheken
sowie Haus- und Facharztpraxen

The poster features a smiling female pharmacist in a white coat standing in front of a pharmacy shelf. A dark blue banner in the top left corner reads: '1. Aktionstag gegen den Schmerz Dienstag, 5. Juni 2012 in teilnehmenden Apotheken in Münster'. Below the image, white text on a dark background says: '„Schmerzfrei in Münster“ Lassen Sie sich in Ihrer Apotheke beraten Beratungsaktion zu „Schmerzen und Schmerztherapie“ in teilnehmenden Apotheken in Münster'. A blue bar at the bottom of the text area reads: 'Fundierter Expertenrat und umfassende Infopakete'. At the very bottom, it says: 'Nähere Infos unter: www.schmerzfreie-stadt.de'.

1. Aktionstag gegen den Schmerz
Dienstag, 5. Juni 2012
in teilnehmenden Apotheken in Münster

„Schmerzfrei in Münster“
Lassen Sie sich in Ihrer Apotheke beraten
Beratungsaktion zu „Schmerzen und Schmerztherapie“
in teilnehmenden Apotheken in Münster

Fundierter Expertenrat und umfassende Infopakete

Nähere Infos unter: www.schmerzfreie-stadt.de

Eine gemeinsame Aktion von:



Publikationen

GESUNDHEITSSYSTEM

Schmerz

Neues Forschung Patienten-Hilfe

Die neue, internationale Leitlinie für die Behandlung von akuten Schmerzen ist eine wichtige Ergänzung zur bisherigen Leitlinie von 2006. Sie enthält wichtige Empfehlungen zur Schmerztherapie, die sich auf die Versorgung aller Patienten auswirken. Die Leitlinie ist eine wichtige Ergänzung zur bisherigen Leitlinie von 2006. Sie enthält wichtige Empfehlungen zur Schmerztherapie, die sich auf die Versorgung aller Patienten auswirken.

001 | WISSENSCHAFT

Autoren: Prof. Dr. J. Osterbrink et al.

Schmerzmanagement-Forschung

Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster

Das „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ ist ein Projekt der Versorgungsforschung, das sich zum Ziel gesetzt hat, das multiprofessionelle Schmerzmanagement zu analysieren und zu optimieren. Untersucht werden unterschiedliche Versorgungseinrichtungen einer Stadt. Ein Schwerpunkt des Projekts liegt in der Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege.



Foto: Stockphoto

Unterversorgung in der Schmerztherapie ist Alltagsrealität

Ungelinderte Schmerzen sind nach wie vor ein weit verbreitetes Problem. Die aktuelle Versorgungssituation von betroffenen Menschen ist in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens unbefriedigend. So leiden in deutschen Krankenhäusern über 80 Prozent aller Patienten auf ope-rativen wie konservativen

Stationen unter Schmerzen. Bei mehr als der Hälfte der Patienten sind dabei die Schmerzen inakzeptabel (Maier et al., 2010). In Altenheimen wird die Schmerzprävalenz – je nach Untersuchung – auf 28 bis 83 Prozent geschätzt (Boerlage et al., 2008; McClean und Higginbotham, 2002; Zanolchi et al., 2008). Auch in der ambulanten Versorgung sind zahlreiche Menschen von Schmerzen betroffen. So leiden jeden Tag 30 bis 40

Prozent der deutschen Bevölkerung unter Rückenschmerzen; die Lebenszeitprävalenz beträgt sogar 80 Prozent. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen ist in klinisch relevantem Umfang schmerzbezogen beeinträchtigt (Schmidt und Kohlmann, 2005). Eine weitere häufige Ursache von Schmerzen ist Krebs. Unter den Krebskranken leiden rund 30 bis 50 Prozent in den Frühstadien und 60 bis 90 Prozent in fortgeschrittenen Stadien unter Schmerzen (Lesage und Portenoy, 1999). Mehr als ein Drittel der Patienten mit Schmerzen leidet unter starken bis sehr starken Schmerzen (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007).

Diese hohen Schmerzprävalenzen sind erschreckend. Denn durch eine angemessene, den Erkenntnissen der modernen Analgesie entsprechende Schmerztherapie könnten vielen Menschen Schmerzen erspart bleiben (American Society of Anesthesiologists, 2002). So hat beispielsweise das Vorgängerprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ gezeigt, dass es für nahezu jede Operation und für jede Art von Schmerzen im konservativen Bereich Kliniken und Abteilungen gibt, in denen diese

schmerzfrei und
ausreichend
gelindert werden
können. Das ist ein
wichtiges Ziel der
Schmerztherapie.
Die aktuelle Versorgungssituation von betroffenen Menschen ist in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens unbefriedigend. So leiden in deutschen Krankenhäusern über 80 Prozent aller Patienten auf ope-rativen wie konservativen

Stationen unter Schmerzen. Bei mehr als der Hälfte der Patienten sind dabei die Schmerzen inakzeptabel (Maier et al., 2010). In Altenheimen wird die Schmerzprävalenz – je nach Untersuchung – auf 28 bis 83 Prozent geschätzt (Boerlage et al., 2008; McClean und Higginbotham, 2002; Zanolchi et al., 2008). Auch in der ambulanten Versorgung sind zahlreiche Menschen von Schmerzen betroffen. So leiden jeden Tag 30 bis 40

Schmerz kann man messen

Grundlegend für die Therapie von Schmerzen ist das Wissen um die Schwere der Schmerzen gegenüber anderen Faktoren. Das Wissen um die Schwere der Schmerzen ist ein wichtiger Bestandteil der Schmerztherapie. Die aktuelle Versorgungssituation von betroffenen Menschen ist in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens unbefriedigend. So leiden in deutschen Krankenhäusern über 80 Prozent aller Patienten auf ope-rativen wie konservativen Stationen unter Schmerzen. Bei mehr als der Hälfte der Patienten sind dabei die Schmerzen inakzeptabel (Maier et al., 2010). In Altenheimen wird die Schmerzprävalenz – je nach Untersuchung – auf 28 bis 83 Prozent geschätzt (Boerlage et al., 2008; McClean und Higginbotham, 2002; Zanolchi et al., 2008). Auch in der ambulanten Versorgung sind zahlreiche Menschen von Schmerzen betroffen. So leiden jeden Tag 30 bis 40 Prozent der deutschen Bevölkerung unter Rückenschmerzen; die Lebenszeitprävalenz beträgt sogar 80 Prozent. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen ist in klinisch relevantem Umfang schmerzbezogen beeinträchtigt (Schmidt und Kohlmann, 2005). Eine weitere häufige Ursache von Schmerzen ist Krebs. Unter den Krebskranken leiden rund 30 bis 50 Prozent in den Frühstadien und 60 bis 90 Prozent in fortgeschrittenen Stadien unter Schmerzen (Lesage und Portenoy, 1999). Mehr als ein Drittel der Patienten mit Schmerzen leidet unter starken bis sehr starken Schmerzen (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007). Diese hohen Schmerzprävalenzen sind erschreckend. Denn durch eine angemessene, den Erkenntnissen der modernen Analgesie entsprechende Schmerztherapie könnten vielen Menschen Schmerzen erspart bleiben (American Society of Anesthesiologists, 2002). So hat beispielsweise das Vorgängerprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ gezeigt, dass es für nahezu jede Operation und für jede Art von Schmerzen im konservativen Bereich Kliniken und Abteilungen gibt, in denen diese

schmerzfrei und
ausreichend
gelindert werden
können. Das ist ein
wichtiges Ziel der
Schmerztherapie.

Jeder Mensch hat ein Recht auf ausreichende Schmerztherapie

Ein wichtiges Ziel der Schmerztherapie ist die Linderung von Schmerzen. Die aktuelle Versorgungssituation von betroffenen Menschen ist in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens unbefriedigend. So leiden in deutschen Krankenhäusern über 80 Prozent aller Patienten auf ope-rativen wie konservativen Stationen unter Schmerzen. Bei mehr als der Hälfte der Patienten sind dabei die Schmerzen inakzeptabel (Maier et al., 2010). In Altenheimen wird die Schmerzprävalenz – je nach Untersuchung – auf 28 bis 83 Prozent geschätzt (Boerlage et al., 2008; McClean und Higginbotham, 2002; Zanolchi et al., 2008). Auch in der ambulanten Versorgung sind zahlreiche Menschen von Schmerzen betroffen. So leiden jeden Tag 30 bis 40 Prozent der deutschen Bevölkerung unter Rückenschmerzen; die Lebenszeitprävalenz beträgt sogar 80 Prozent. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen ist in klinisch relevantem Umfang schmerzbezogen beeinträchtigt (Schmidt und Kohlmann, 2005). Eine weitere häufige Ursache von Schmerzen ist Krebs. Unter den Krebskranken leiden rund 30 bis 50 Prozent in den Frühstadien und 60 bis 90 Prozent in fortgeschrittenen Stadien unter Schmerzen (Lesage und Portenoy, 1999). Mehr als ein Drittel der Patienten mit Schmerzen leidet unter starken bis sehr starken Schmerzen (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007). Diese hohen Schmerzprävalenzen sind erschreckend. Denn durch eine angemessene, den Erkenntnissen der modernen Analgesie entsprechende Schmerztherapie könnten vielen Menschen Schmerzen erspart bleiben (American Society of Anesthesiologists, 2002). So hat beispielsweise das Vorgängerprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ gezeigt, dass es für nahezu jede Operation und für jede Art von Schmerzen im konservativen Bereich Kliniken und Abteilungen gibt, in denen diese

Ergebnisverwertung



Optimierungskonzepte

- Etablierung einer berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppe „Schmerz“ (KH), eines Qualitätszirkel (AH) sowie einer Fokusgruppe (AP)
- Aufbereitung neuer Strukturunterlagen (KH, AH, AP)
- Verschriftlichung von Verfahrensanweisungen (KH, AH, AP)
- Hospitation in bestehenden Schmerzkliniken (KH)
- Teilnahme an Pain Nurse Weiterbildung (KH, AH, AP, HO)
- Klinikinterne Projekte zur Verbesserung der Prozesse (KH)
- Einführung von wöchentlichen „Schmerztagen“ (AH)
- Schmerzzentrierte Übergabe (AH)
- Fortbildungsreihe zum Thema Schmerzmanagement (HA)

KH = Krankenhaus
AH = stat. Altenhilfe
AP = amb. Pflegedienste
HO = Hospiz
HA = HausärztInnen



Vernetzung



Einbindung der unterschiedlichen KooperationspartnerInnen

Podiumsdiskussion

„Schmerzmanagement: Qualität im Fokus“

7. Sept. 2010

Gesächspartner:

Dr. Ralf Becker, Sprecher Hausärzteverbund Münster

Birgit Fischer, Vorsitzende der BARMER GEK

Dr. Christof Mittmann, Sprecher Facharztinitiative Münster

Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, Projektleiter „

Thomas Paal, Gesundheitsdezernent der Stadt Münster

Dr. Bernhard Thülig, Leitender Regierungsmedizinaldirektor
Münster

Dr. Barbara Wilm, Schmerztherapeutin, Praxis für ganzheitliche
Schmerztherapie

Dr. Klaus Wrenger, Schmerztherapeut,
Schmerztherapiezentrum Münster



Podiumsdiskussion in Berlin

- 24.10.2012 im Auditorium Friedrichstrasse in Berlin



ES DISKUTIEREN AUF DEM PODIUM



Univ.-Prof. Dr. Matthias Augustin
Direktor des Instituts
für Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Daniel Bahr
Bundesminister für Gesundheit,
Schirmherr „Aktionsbündnis
Schmerzfreie Stadt Münster“,
Berlin



**Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c.
Jürgen Osterbrink**
Projektleiter „Aktionsbündnis Schmerz-
freie Stadt Münster“, Paracelsus
Medizin. Privatuniversität, Salzburg



Dr. Ingrid Spohr
Leiterin Medizin,
Mundipharma, Limburg



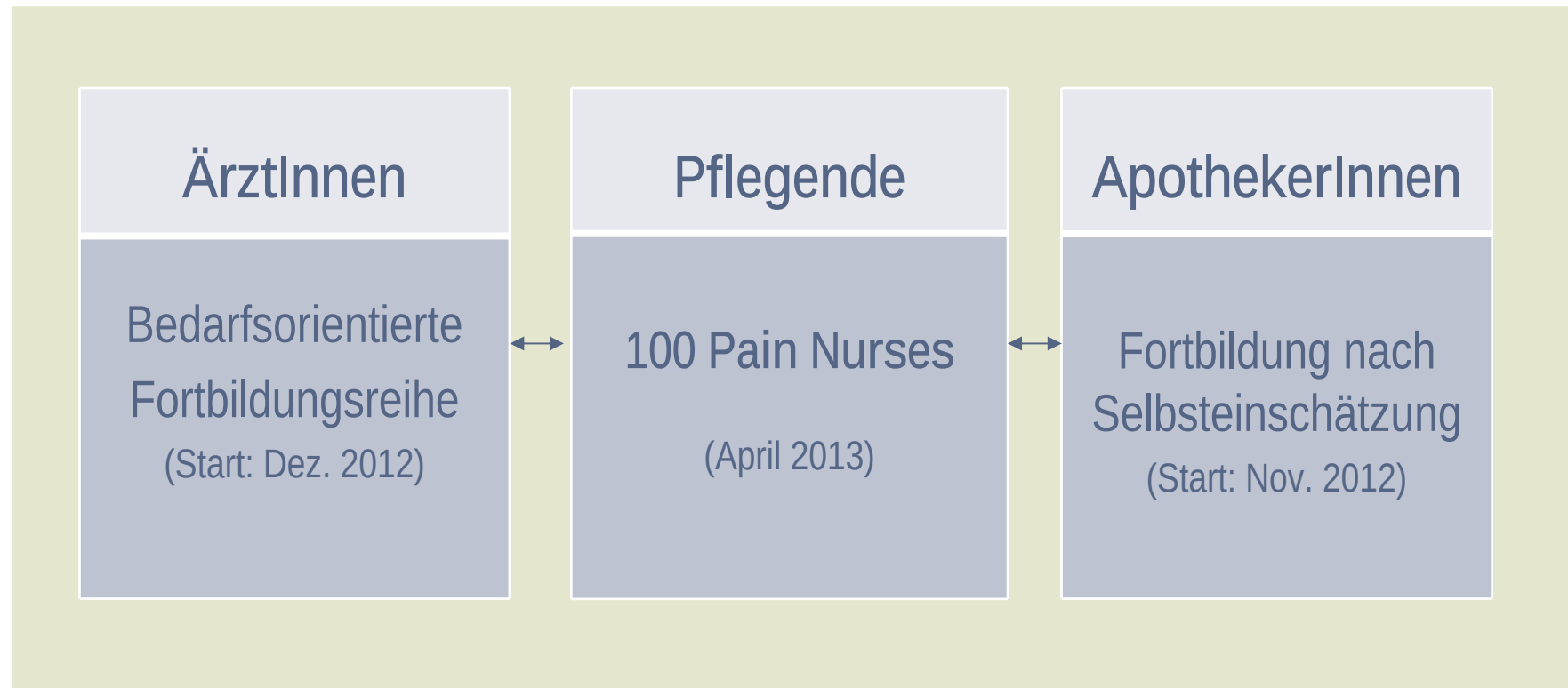
Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Barmer GEK
Vorstandsvorsitzender, Berlin



Moderation: Dr. Susanne Holst
ARD-Moderatorin und Ärztin,
Hamburg

**SCHMERZFREIE
STADT** MÜNSTER









Bedeutung des Projekts

- Detaillierter Einblick in die kommunale Versorgung
- Nicht nur Abbildung des Ist-Zustandes sondern darüber hinaus Ausbau bzw. Aufbau von Versorgungsstrukturen
- Ausarbeitung sowie Evaluation von Optimierungskonzepten
- Erfassung der Ergebnisqualitätsebene
- Umfangreiche gesundheitsökonomische Betrachtung

→ *Modellprojekt: Übertragbarkeit der Ergebnisse sowie der entwickelten Optimierungskonzepte*





Quellenangabe.
"Foto: Presseamt Münster / Tilman Roßmüller".

