

Der Schmerz

Organ der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., 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 2013 · 27:141–148 · DOI 10.1007/s00482-013-1305-2

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2013

J. Osterbrink · S. Hemling · N. Nestler · R. Becker · U. Hofmeister · I. Gnass

Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung

Die Sicht einzelner Netzwerkakteure

Schmerz 2013 · 27:141–148
 DOI 10.1007/s00482-013-1305-2
 Online publiziert: 30. März 2013
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg -
 all rights reserved 2013

J. Osterbrink¹ · S. Hemling¹ · N. Nestler¹ · R. Becker² · U. Hofmeister³ · I. Gnass¹

¹ Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg

² Hausärzterbund Münster

³ Palliativnetz Münster e.V., Münster

Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung

Die Sicht einzelner Netzwerkakteure

Schmerz wird von der Gesellschaft sowie von den medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften immer wieder als relevantes Thema aufgegriffen. Dabei nehmen Schmerzen in Folge einer Tumorerkrankung eine wichtige Rolle ein. Nicht alle Schmerzen entstehen bzw. werden in stationären Versorgungsstrukturen behandelt. Der wesentlich größte Anteil der Bevölkerung sucht Hilfe in ambulanten Versorgungsstrukturen. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass ein wachsender Bedarf für eine adäquate Schmerztherapie besteht und infolgedessen der Ruf nach einer Ausweitung bzw. dichteren Vernetzung bestehender Versorgungsstrukturen lauter wird [9, 14, 15].

Hintergrund

Das Anfang 2010 gestartete Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ hat in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen empirische Daten zum Schmerzmanagement erhoben. Der Blick auf die schmerztherapeutische Versorgung von Menschen in einer Stadt richtet sich auch auf die Aufgaben und Rollen der Akteure. So konnte das Schmerzmanagement aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden [11]. Im folgenden Beitrag werden wesentliche Erkenntnisse aus der Untersuchung,

die sich vornehmlich auf das Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung und die Zusammenarbeit unterschiedlicher an der Versorgung beteiligter Akteure beziehen, dargestellt.

Das Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankungen findet zumeist in deren persönlicher Umgebung statt. Sie versuchen ihren Alltag trotz Erkrankung so lange als möglich aufrechtzuerhalten und nutzen vorhandene ambulante Versorgungsstrukturen, um dem Wunsch nach einem Verbleib in der gewohnten Häuslichkeit und einem Selbstbestimmungsanspruch nachzukommen. Die Behandlung findet in Absprache mit den behandelnden Ärzten (Hausarzt, Radiologe, Onkologe) unter Berücksichtigung medizinischer Leitlinien statt [1, 3, 6]. Je nach Krankheitsverlauf und eventuell aufkommender Pflegebedürftigkeit werden Bezugspersonen als „primary caregiver“ eng in die Versorgung eingebunden. (Der Begriff Bezugspersonen wird als Annäherung an den Begriff „primary caregiver“ gewählt. Dieser umfasst Menschen, die mit der erkrankten Person in einem Haushalt leben oder regelmäßig an deren Pflege oder Betreuung beteiligt sind und sich selbst als pflegende Person bezeichnen und/oder aber von der erkrankten Person als in der Versorgung oder im Krankheitserleben relevante Person genannt werden.) Perner et al. (2010) zeigten auf, dass die Versorgung von Men-

schen mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung neben den Angehörigen zudem vorwiegend von ambulanten Pflegediensten gewährleistet wird [13]. Pflegende eines ambulanten Diensts werden allerdings erst in einem späten Stadium der Erkrankung in die direkte Unterstützung einbezogen [8]. Der Umfang der Versorgung durch professionell Pflegenden wird dann mit dem Patienten und zumeist mit dessen Bezugspersonen in Anlehnung an die individuelle Pflegebedürftigkeit im Behandlungsvertrag gemäß SGB XI ausgehandelt und festgelegt.

Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 1.7.2008 sind die Leistungserbringer – hier ambulante Pflegedienste – zur Umsetzung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege und damit auch des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ verpflichtet [7]. In § 112 (SGB XI) wird Folgendes ausgewiesen: „Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ... 4. sich verpflichten alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden“ [5].

Der Nationale Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ weist Pflegenden im Rahmen des Schmerzmanagements eine Schlüsselposition zu, die sich insbesondere auf die Versorgung in häuslicher Umgebung bezieht [7]. Denn die Versorgungsaspekte, wie sie im Nationalen Expertenstandard „Schmerzma-

agement in der Pflege“ von 2005 ausgewiesen sind, gelten auch für Menschen mit Tumorerkrankungen (chronischer tumorbedingter Schmerz) in der ambulanten-pflegerischen Versorgung. Eine explizite Aussage wie die einzelnen Empfehlungen des Expertenstandards in dem speziellen Versorgungsbereich anzuwenden sind, wurde allerdings nur ansatzweise getroffen. Auch in der Aktualisierung des Standards konnten hierzu bislang kaum neue Erkenntnisse aufgezeigt werden, da die Umsetzung des Schmerzmanagements in der ambulanten-pflegerischen Versorgung bislang nur unzureichend untersucht wurde. Neben pharmakologischen Aspekten im Schmerzmanagement erscheinen strukturelle und prozessuale Rahmenbedingungen insbesondere hinsichtlich der Vernetzung von großer Bedeutung zu sein. Hierzu ist ein Fokus auf die Schmerzerfassung durch und abgeleitete Handlungsfähigkeiten von Pflegenden in der ambulanten Versorgung nötig. Der direkte Blick auf die Gestaltung der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und mit den Angehörigen ist für eine adäquate schmerztherapeutische Versorgung unabdingbar. Pflegende erleben je nach Versorgungsauftrag den Patienten eventuell bis zum Lebensende in einem regelmäßigen Turnus und sind somit auch mit dem komplexen Symptomeschehen bei einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung, zu dem fast immer auch Schmerz gehört, konfrontiert [15]. Selbst wenn der Schmerz kein Anlass für vertraglich festgelegte Bestandteile des Versorgungsauftrags im Rahmen der Pflegebedürftigkeit ist, sind Pflegende eines ambulanten Pflegedienstes gesetzlich z. B. zur regelmäßigen Erfassung von Schmerzen und bei Erkennen von Schmerzen zur Einholung einer ärztlichen Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung verpflichtet [7]. Unter der Annahme, dass Pflegende auf akute Schmerzsituationen im direkten Versorgungszusammenhang reagieren können und somit der oben beschriebenen Verpflichtung nachkommen, leitete sich daraus folgende Frage ab:

Welche Handlungsspielräume sind Pflegenden im ambulanten Schmerzmanagement in der Versorgung von Menschen mit Tumorerkrankungen gegeben?

Patienten geben den Hausarzt als primären Ansprechpartner für die Belange der Schmerzbehandlung an und Pflegende sehen sich als Vermittler zwischen diesen beiden. Wie die Kommunikation zwischen den Pflegenden der ambulanten Pflegedienste und den behandelnden Ärzten, vorwiegend den Hausärzten, abläuft, ist eher individuell geregelt und noch wenig untersucht. [In 55,4% der Fälle geben die Pflegenden den Hausarzt als Zuständigen für die Schmerztherapie an (Projektdatei).] Zum Teil kann sogar davon ausgegangen werden, dass unterschiedliche behandlungsrelevante Informationsstände vorliegen. Die Schmerzbehandlung ist zudem noch durch Missverständnisse oder Unkenntnis bei Patienten und Behandelnden, d. h. Pflegenden oder Ärzten, beeinflusst, was einheitliche Informationsstände zwischen allen Akteuren zusätzlich verhindert [16].

In der Annahme, dass Haus- und Fachärzte die Informationen sowohl von Patienten als auch von anderen Akteuren in der Versorgung gewahrt sind, war es von Interesse, deren direktes Vorgehen in der Schmerzeinschätzung und die Einschätzung zur Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren unter folgender Fragestellung zu ermitteln:

Wie schätzen Haus-/Fachärzte Schmerzen ein und wie beurteilen sie die Kommunikation mit den Patienten, deren Angehörigen und anderen an der Versorgung beteiligten professionellen Akteuren?

Für die Versorgung bzw. Betreuung Sterbender hat der Gesetzgeber 2007 die spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt [4], um durch diese Art der Versorgungsform die rasche Umsetzung eines durchgängigen und abgestimmten Behandlungskonzepts zu ermöglichen.

Im Versorgungsnetzwerk in Münster wird diese Versorgungsform von dem im Jahr 2006 gegründeten Verein Palliativnetz Münster e. V. angeboten. Das Ziel des Vereins richtet sich an der seit 2007 gesetzlich festgelegten Versorgungsform der speziellen (SAPV) sowie der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) aus. So werden durch ihn für Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen

Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine optimale Schmerzkontrolle und Sicherung der Lebensqualität für den Patienten, aber auch die Entlastung von Angehörigen sichergestellt. Als direkter Kooperationspartner im Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ ist die Transparenz der Betreuungsleistungen in Hinblick auf die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und behandelnden Hausärzten von Interesse. Sie wurde anhand der folgenden Fragestellung untersucht:

Welche Versorgungsleistung im Rahmen des Schmerzmanagements erbringt das SAPV/AAPV-Team im Versorgungsnetzwerk Münster?

Methodik

Das gesamte methodische Vorgehen und die ethische Überlegung des Versorgungsforschungsprojekts wurden in *Der Schmerz* bereits umfassend beschrieben [11].

Zur Beantwortung der hier angeführten Fragen werden Ergebnisse aus der Erhebung des Ist-Zustands aus 3 unterschiedlichen Versorgungsbereichen dargestellt:

- ambulante-pflegerische Versorgung,
- hausärztliche Versorgung und
- SAPV.

Dieses Vorgehen erweist sich insofern als sinnvoll, als es die Möglichkeit bietet, das ambulante Schmerzmanagement aus drei unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

Die Handlungsspielräume für die Pflegenden in den ambulanten Pflegediensten wurden für den hier vorgestellten Fokus definiert: durch die selbstständige und regelmäßige Schmerzeinschätzung mittels geeigneter Instrumente und durch das Vorliegen schriftlicher Anweisungen, die die Einleitung oder das Einholen einer ärztlichen Verordnung für die Schmerzbehandlung festlegen oder es ermöglichen, vor schmerzhaften Maßnahmen ein Schmerzmittel (Bedarfsmedikation) zu verabreichen. Weitere Aspekte, wie die Erfassung schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen oder der Einsatz nichtmedikamentöser Maßnahmen,

werden im Zusammenhang mit Aspekten der Information, Schulung und Anleitung an anderer Stelle dargestellt, obwohl sie in der umfangreichen Patientenversorgung durch Pflegenden und Ärzte von Bedeutung sind.

Alle Einrichtungen mit ambulant-pflegerischem Versorgungsauftrag (ambulante Pflegedienste) sowie alle in Münster tätigen Hausärzte wurden zur Teilnahme am Projekt eingeladen. Zur Erfassung des aktuellen Schmerzmanagements wurden von allen teilnehmenden ambulanten Pflegediensten zunächst die Strukturunterlagen, z. B. Dokumentationsbogen zur Schmerzerfassung und Schmerzerfassungsinstrumente, sowie Regelungen zum Schmerzmanagement erhoben. Zudem wurden Pflegenden hierzu befragt. Die Onlinebefragung der Mitarbeiter in den ambulanten Pflegediensten erfolgte Netbook-gestützt, wohingegen die Hausärzte, aufgrund einer pragmatischen Entscheidung, papiergestützt befragt wurden. Die Pflegenden erhielten einen anonymisierten Zugangscode, mit dem sie sich auf der Internetplattform zur Befragung anmelden konnten. Der Versand der Fragebogen für die Hausärzte, inklusive frankiertem und adressiertem Briefumschlag, erfolgte über den Verteiler des Hausärzterverbands (<http://www.hvm-ms.de/>), der als aktiver Kooperationspartner im Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster tätig ist. Die Hausärzterbefragung erfolgte über einen Zeitraum von maximal 6 Wochen, in dem nach erstem Versand des Fragebogens zunächst eine postalische Erinnerung mit erneuter Sendung des Fragebogens und anschließend eine fernmündliche Erinnerung zur Teilnahme durchgeführt wurden.

Für die Analyse der hier dargestellten Befragungen wurden Methoden der deskriptiven und der analytischen Statistik angewendet. Der Fokus lag auf der umfassenden Deskription der erhobenen Daten auf Basis der Präterests (Ersterhebung) in den jeweiligen Erhebungsbereichen, sprich ambulante Pflegedienste und Hausärzte.

Ebenfalls ein aktiver Kooperationspartner des Forschungsprojekts ist seit Beginn der Verein Palliativnetz Münster e. V. Dieser stellte der Forschungsgrup-

Schmerz 2013 · 27:141–148 DOI 10.1007/s00482-013-1305-2

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2013

J. Osterbrink · S. Hemling · N. Nestler · R. Becker · U. Hofmeister · I. Gnass

Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung. Die Sicht einzelner Netzwerkakteure

Zusammenfassung

Hintergrund. Schmerzen infolge einer Tumorerkrankung zeigen einen großen Versorgungsbedarf. Betroffene suchen nicht nur in akut stationären, sondern zum wesentlich größeren Anteil auch in ambulanten Versorgungsstrukturen Hilfe. Um schmerztherapeutische Fehl-, Unter- oder Überversorgung bei Menschen mit Tumorerkrankung zu vermeiden, ist es erforderlich, die Aufgaben und Rollen der Akteure in einem Netzwerk differenziert mit Blick auf spezifische Aspekte des Schmerzmanagements zu beleuchten.

Material und Methoden. Aspekte wie die Schmerzeinschätzung und der in der Schmerzbehandlung für notwendig erachtete Handlungsspielraum werden aus der Perspektive von Pflegenden, Haus- und Fachärzten sowie der allgemeinen (AAPV) bzw. speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV) anhand von Befragungsergebnissen und einer Dokumentationsanalyse beleuchtet.

Ergebnisse. Ambulant tätige Pflegenden (93%) sowie Haus- und Fachärzte (64%) nutzen Skalen zur Schmerzerfassung. Welche Skalen genutzt werden, erweist sich als heterogen. Ein Handlungsspielraum in der schmerztherapeutischen Versorgung beim Patienten, also in der direkten Versorgungssituation, wird von über der Hälfte der Pflegenden (56,6%) genannt.

Schlussfolgerung. Zur Sicherung einer adäquaten schmerztherapeutischen Versorgung bedarf es gezielter interprofessioneller Abstimmungen zwischen ambulant tätigen Pflegenden sowie Haus- und Fachärzten hinsichtlich der Aspekte Schmerzerfassung, Handlungsspielräume und Erreichbarkeit.

Schlüsselwörter

Tumorerkrankungen · Schmerzmanagement · Ambulante Versorgung · Pflegerische Versorgung · Palliativversorgung

Pain management in patients with cancer. Perspectives of various network participants

Abstract

Background. High healthcare needs are evident for pain caused by cancer. Those affected are not only looking for help in acute inpatient structures but also for a much larger part in outpatient care structures. To avoid mistreatment, undertreatment or overtreatment of pain in people with cancer, it is necessary to differentiate the tasks and roles of different providers while highlighting the specific aspects of pain management within the given network structures.

Materials and methods. Aspects, such as pain assessment and the necessary scope of action in pain treatment are illustrated from the perspective of nurses from home care services, primary physicians as well as the general or special ambulatory palliative care

(AAPV or SAPV) on the basis of initial survey results and a documentation analysis.

Results. Ambulatory care nurses (93%) and primary caregivers (64%) use pain assessment scales. The kind of scales used varies. The ability to provide adequate pain care for patients in the immediate care situation is reported as given by more than half of the nurses (56.6%).

Conclusions. In order to ensure an adequate pain therapy targeted interprofessional coordination is required between outpatient and primary physicians with respect to aspects of pain assessment, scope of action and accessibility.

Keywords

Cancer · Pain management · Primary health care · Nursing care · Palliative care

pe des Aktionsbündnisses ein Dokument zur Verfügung, das im Auftrag des Palliativnetzes erstellt wurde und welches dessen Funktions- und Leistungsbeschreibung ausweist [12]. Die Analyse des Dokuments konzentrierte sich auf Versorgungsleistungen, die im Rahmen des

Schmerzmanagements und der diesbezüglichen Zusammenarbeit mit anderen Akteuren in der Stadt Münster von Relevanz sind.

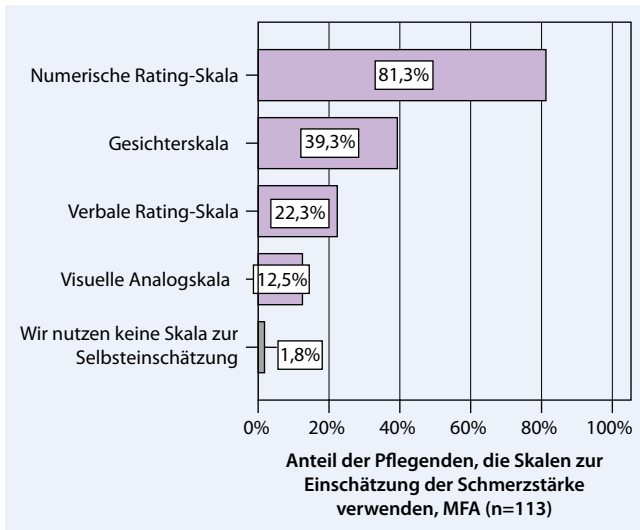


Abb. 1 ▲ Verwendung von Skalen zur Selbsteinschätzung durch Pflege-dienste. MFA Mehrfachantworten möglich

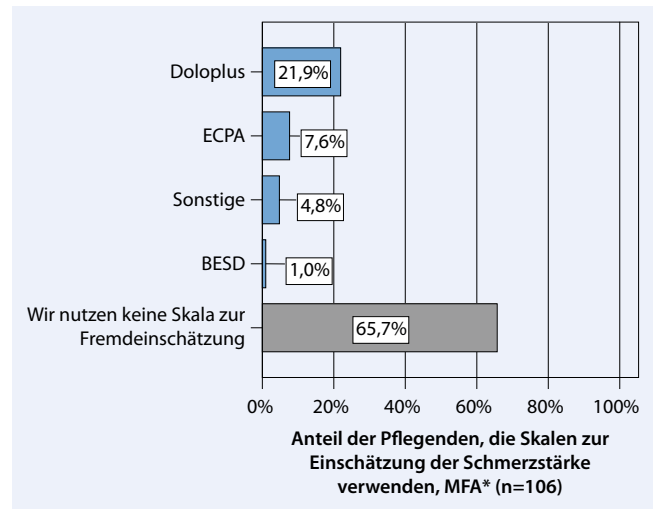


Abb. 2 ▲ Verwendung von Skalen zur Fremdeinschätzung durch Pflege-dienste. BESD Beurteilung von Schmerz bei Demenz; ECPA „Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes“; MFA Mehrfachantworten möglich

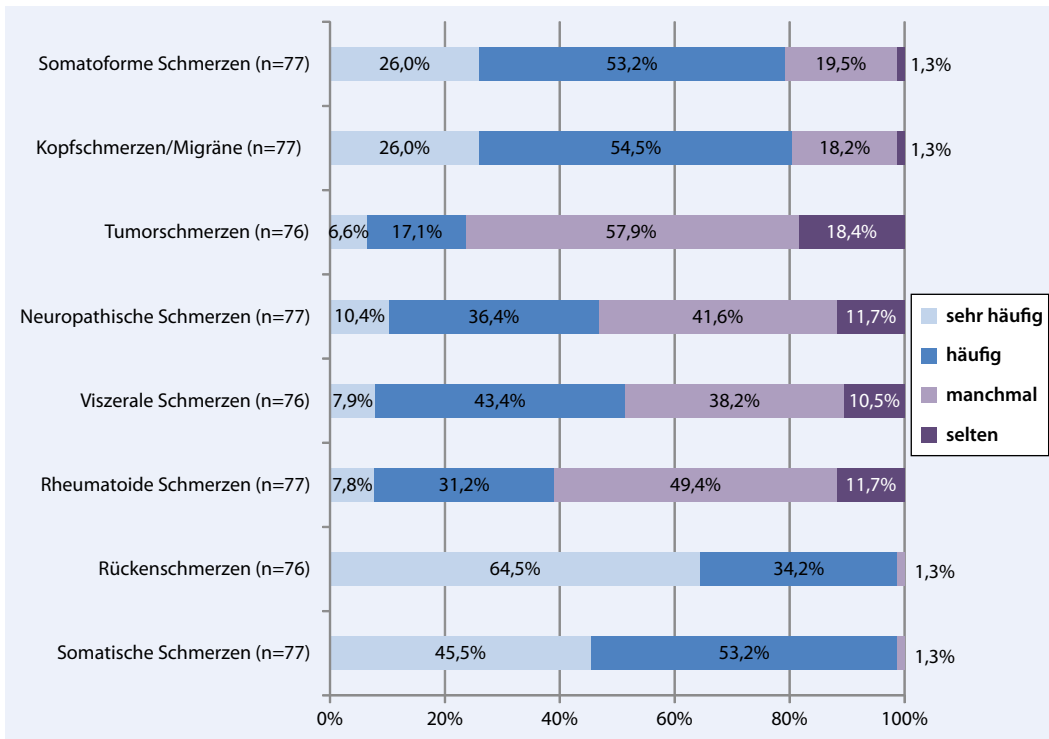


Abb. 3 ◀ Schmerzformen und -arten

Ergebnisse

Zur Beleuchtung des Schmerzmanage-ments aus den Perspektiven der unter-schiedlichen Akteure erfolgt die Darstel-lung der Ergebnisse für jede Fragestel-lung entsprechend dem Versorgungsbereich.

Ambulante Pflegedienste

Von den 14 ursprünglich eingeschlosse-nen ambulanten Pflegediensten in der Stadt Münster waren 266 Pflegendе (1- und 3-jährig examiniert) für die Teilnah-me an der Befragung gemeldet worden. Insgesamt nahmen 122 Pflegendе (Rück-laufquote: 45,9%) teil, davon waren 81,7% weiblich. Im Durchschnitt waren die Pflе-

genden seit 15,9 Jahren im Pflegeberuf tä-tig und verfügten zu 98,3% über ein 3-jäh-riges Examen in der Gesundheits- und Kranken- oder Altenpflege.

Schmerzeinschätzung

Drei Viertel der Pflegenden fragen „meis-ten“ oder „bei jedem Besuch“ nach den aktuellen Schmerzen, die im Zusammen-hang mit der Tumorerkrankung stehen.

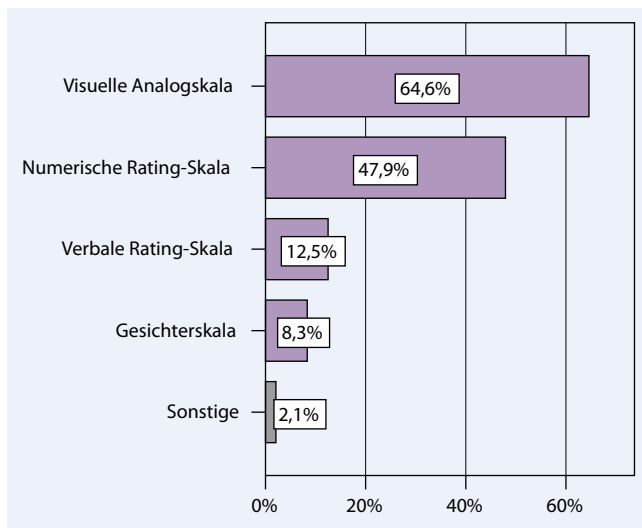


Abb. 4 Verwendung von Skalen zur Selbsteinschätzung durch Haus- oder Fachärzte

Der Einsatz von Schmerzskalen wurde von knapp 93% der Pflegenden angegeben, wobei Skalen zur Selbsteinschätzung (98,2%) zu einem deutlich größeren Anteil zum Einsatz kommen als jene zur Fremdeinschätzung (33,3%). In **Abb. 1** ist differenziert dargestellt, welche Skalen für die Selbsteinschätzung verwendet werden, in **Abb. 2**, welche für die Fremdeinschätzung zum Einsatz kommen.

Schriftlich hinterlegte Anweisungen, wie die Schmerzerfassung in speziellen Patientengruppen durchgeführt werden soll, z. B. bei kommunikations eingeschränkten (26,4%), desorientierten (32,8%) oder sterbenden Patienten (44,2%), liegen selten vor.

Pflegende äußerten zu 45,1%, dass in ihrem Pflegedienst schriftliche Anweisungen vorliegen, die das generelle Vorgehen bei Schmerzen beschreiben, über die Hälfte (59,3%) dieser Pflegenden gaben an, dass sie sich „bei keinem“ bzw. „bei manchen“ Patienten aufgrund von Anweisungen als zur Schmerztherapie handlungsfähig sehen.

In diesem Zusammenhang steht auch, dass sie in wenigen Fällen (9%) „bei allen“ Patienten vor schmerzhaften Maßnahmen ein Schmerzmedikament verabreichen können, wohingegen über die Hälfte (56,6%) „bei manchen“ Patienten diesen Handlungsspielraum als gegeben betrachteten.

Hausärzte

Von den insgesamt 193 angeschriebenen in der Stadt Münster ansässigen Hausärzten nahmen 77 an der Befragung teil (Rücklaufquote: 39,9%), davon waren 63,6% als Allgemeinmediziner und 35,1% als Internisten tätig. Der geringste Teil der Ärzte hat eine Zusatzqualifikation Schmerztherapie oder Palliativmedizin (19,3%). Die Länge der Tätigkeit als Haus- bzw. Facharzt wurde zu etwa einem Drittel mit 0–10 Jahren (32,5%), 11–20 Jahren (36,4%) und 21–30 Jahren (27,3%) angegeben. Die vorwiegende Praxisform ist die Gemeinschaftspraxis (61,0%).

Ein Anteil von 2% der Haus- oder Fachärzte gab an, „nie“ Patienten zu betreuen, die auch von einem ambulanten Pflegedienst begleitet werden; 8% machten die Angabe „selten“, 25% „manchmal“, 43% „häufig“ und 22% „sehr häufig“. Eine Versorgung von Patienten in Kooperation mit dem Palliativnetz Münster e. V. führen 5% der Ärzte „nie“ durch, 22% „selten“, 46% „manchmal“, 16% „häufig“ und 12% „sehr häufig“.

Explizit nach dem Vorkommen von Tumorschmerzen befragt, gaben 5,6% der Ärzte an, diese Schmerzform/-art in der täglichen Praxis „sehr häufig“ zu behandeln, 17,1% machten die Angabe „häufig“, 57,9% „manchmal“ und 14,5% „selten“. Im Vergleich zu den anderen in **Abb. 3** detailliert dargestellten Schmerzformen/-arten kommt der Tumorschmerz somit eher selten vor. Die

Antwortkategorie „nie“ wurde nicht genannt.

Schmerzeinschätzung

Der Einsatz von Schmerzskalen wurde von 64% der Haus- oder Fachärzte angegeben, wobei alle eine Skala zur Selbsteinschätzung angaben. Der Einsatz von Fremdeinschätzungsskalen wurde lediglich von 8% benannt. In **Abb. 4** ist differenziert dargestellt, welche Skalen für die Selbsteinschätzung verwendet werden, in **Tab. 1**, welche für die Fremdeinschätzung zum Einsatz kommen.

Den Grad der Schmerzlinderung erfassen 8% der Ärzte „nie“, 20% „selten“, 33% „manchmal“, 30% „häufig“ und 9% „sehr häufig“. Die Überprüfung der Indikation eines verordneten Schmerzmedikaments erfolgt regelmäßig; 12,3% der Haus- oder Fachärzte (n=73) kontrollieren dies „sehr häufig“, 74,0% „häufig“ und 13,7% „manchmal“. Keiner gab an, die Indikation „selten“ oder „nie“ zu überprüfen.

Die Hausärzte waren zudem aufgefordert, die Qualität der interdisziplinären Kommunikation mit anderen Berufsgruppen zu schmerztherapeutischen Fragestellungen mit einer Schulnote einzuschätzen (1= „sehr gut“; 6= „ungenügend“). Die Kommunikation mit Pflegenden der ambulanten Pflegedienste wurde an dieser Stelle mit 2,7, die mit Mitarbeitern aus dem Palliativnetz Münster e. V. mit einer Durchschnittsnote von 1,7 angegeben.

Spezielle ambulante Palliativversorgung

Im Verein Palliativnetz Münster e. V. organisiert sich der palliativmedizinische Konsiliardienst (PKD). Das Versorgungsteam besteht aus Ärzten mit anerkannter Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und Pflegefachkräften mit Zusatzausbildung in „Palliative Care“, alle verfügen zudem über langjährige Erfahrung in der ambulanten Betreuung von Palliativpatienten. Des Weiteren wird das Team durch Verwaltungsfachangestellte ergänzt. Neben der Optimierung der ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken Patienten wird spezifisch auch die Linde-

Tab. 1 Fremdeinschätzung durch Haus- oder Fachärzte

Fremdeinschätzungsskala	Absolute Häufigkeit
BESD	5
BISAD	4
ZOPA®	2
Doloplus	1
Sonstige	1
Gesamt	13 Nennungen (n=6)

BESD Beurteilung von Schmerz bei Demenz;
BISAD Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz;
ZOPA Zurich Observation Pain Assessment.

rung der Symptome der Palliativpatienten als Ziel formuliert.

Insgesamt beschreibt das Palliativnetz die Koordination mit 16 Akteuren (Funktionsträgern) im Umfeld von Münster, hierin werden auch die Handlungs- und Funktionsbereiche mit den Hausärzten und ambulanten Pflegediensten dargestellt. Für die Koordination der Handlungs- und Funktionsbereiche durch die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter im PKD bedarf es in der täglichen Palliativbetreuung einer hohen Abstimmung innerhalb des PKD. Enge und ständige Abstimmung werden für die Gewährleistung zeitnaher Reaktionen zur Sicherung einer fortwährenden und qualitativ hochwertigen speziellen palliativen Betreuung als notwendig dargelegt.

Explizite Aspekte der Leistungs- und Funktionsbeschreibung mit Fokus auf dem Schmerzmanagement (hier Schmerzerfassung, Handlungsspielraum) werden nicht differenziert ausgeführt. Zur Erlangung der bestmöglichen Lebensqualität für den schwerstkranken Patienten und seine Angehörigen wird die „... Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung und fachlicher Einschätzung sowie der Behandlung von Schmerzen und Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art ...“ ausgewiesen [12].

Des Weiteren werden Leistungen der pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter im PKD beschrieben, die für die Darstellung der differenzierten Tätigkeiten im Schmerzmanagement insbesondere in der Koordination der Versorgung mit den o. g. Akteuren entscheidend sind. Ein Auszug der Leistungen mit Fokus

Tab. 2 Leistungen mit Fokus auf das Schmerzmanagement. (Aus [12])

Pflegerische Tätigkeiten	Ärztliche Tätigkeiten
24-stündige Erreichbarkeit	24-stündige Erreichbarkeit
Telefonische Beratung	Medizinische Versorgung
Persönliche Beratung bei Erstbesuch/Detailklärung	Information Haus-/Fachärzte
Versorgungsangebote und Dienstleistungen bearbeiten und koordinieren	Telefonische Beratung
Organisation von Pflegehilfsmitteln/Pflegediensten	
Pflegerische Aspekte	

auf dem Schmerzmanagement in Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren ist **Tab. 2** zu entnehmen [12].

Diskussion

Für Menschen mit einer Tumorerkrankung, die von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden, kann aufgezeigt werden, dass zu einem großen Anteil eine regelmäßige Einschätzung der Schmerzintensität mit geeigneten Einschätzungsinstrumenten erfolgt. Auffallend ist hierbei allerdings, dass Pflegende fast ausschließlich die numerische Rating-Skala (NRS) einsetzen (81,3%), während nur knapp die Hälfte der befragten Hausärzte (47,9%) diese nutzen. Sie nutzen dagegen überwiegend die visuelle Rating-Skala (64,6%). Beide Skalen sind valide und reliable Schmerzerfassungsskalen, mit denen die Schmerzintensität objektiviert werden kann (0= „kein Schmerz“; 10= „stärkster vorstellbarer Schmerz“). Bis heute wird vorwiegend die Nutzung der NRS empfohlen, auch für die hier beschriebene Patientengruppe. Für die gezielte Behandlung und die aktive Teilhabe des Patienten sowie seiner Angehörigen im schmerztherapeutischen Behandlungsprozess und hier speziell in der Schmerzerfassung kann die Abstimmung zur Nutzung einer Schmerzerfassungsskala zwischen den Akteuren infrage gestellt werden.

Weniger deutlich zeigt sich die Schmerzerfassung für Menschen mit Tumorerkrankung, die der Selbstauskunft nicht mehr fähig sind. Der Annahme folgend und durch die SAPV-Bestrebung gefördert ist festzuhalten, dass Menschen mit einer Tumorerkrankung zunehmend zu Hause versterben und in der letzten Lebensphase die Selbsteinschätzung zumeist nicht mehr eingeholt werden kann. Fol-

lich zeigt sich hier ein weiterer pflegerischer Handlungsbedarf. Der Einsatz von Fremdeinschätzungsinstrumenten wird in dieser Untersuchung sowohl von Pflegenden als auch von Hausärzten kaum beschrieben. Fremdeinschätzungsinstrumente aus dem angloamerikanischen und europäischen Sprachraum liegen in Deutschland vor, z. B. die „Beurteilung von Schmerz bei Demenz“ [BESD; deutsche Übersetzung des Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD)], das „Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz“ [BISAD; deutsche Übersetzung der „Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes“ (ECPA)] und das Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA®). Sie bieten somit die Möglichkeit einer systematischen Schmerzeinschätzung über die Beobachtung von Verhaltensmerkmalen bei Menschen mit Beeinträchtigung der Kognition und des Bewusstseins am Lebensende.

Ein weiterer Aspekt in der Erfassung von Schmerz aus der Hausärzzebefragung weist die Häufigkeit der Überprüfung des Grads der Schmerzlinderung beim Patienten aus. Wenn Hausärzte die Erfassung des Grads zur Schmerzlinderung als „häufig“ überprüft angeben (74%), stellt sich die Frage, wie oft ein Patient den Hausarzt aufgesucht hat oder wie diese Überprüfung durchgeführt wird.

Pflegende als direkte Ansprechpartner, die einmal wöchentlich bis mehrmals täglich beim Patienten anwesend sind, nehmen die Schmerzeinschätzung regelmäßig wahr. Jene Pflegenden, die schriftliche Anweisungen zum generellen Vorgehen bei Schmerz angeben, geben auch an, vor schmerzhaften Maßnahmen nicht handlungsfähig zu sein. Da Schmerz häufig in

Bewegungssituationen auftritt, die nicht selten durch pflegerische Handlungen ausgelöst werden, kann der Forderung zur präventiven Abgabe eines Schmerzmittels nur zugestimmt werden [10]. Neben der schriftlichen Anordnung einer Bedarfsmedikation zur prophylaktischen Anwendung bei schmerzassoziierten Bewegungen bzw. pflegerischen Handlungen muss die Diskussion zur Handlungsfähigkeit auch vor dem Hintergrund der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft geführt werden, wonach Patienten für Durchbruchschmerzen ein schnell wirksames Pharmakon verfügbar haben sollten [1, 6].

Krankheits- und gesundheitsbezogene Belange liegen im Fokus der Pflegenden – und somit auch eine möglichst schmerzarme bzw. schmerzfreie Versorgung. Pflegende erleben sich als Anwalt (Vermittler) des Patienten. Die nicht verordneten Bedarfsmedikamente sind z. T. der Grund für die Kontaktaufnahme mit den behandelnden Hausärzten, um so die schmerztherapeutische Versorgung sicherzustellen, auch wenn diesbezüglich der Kontakt primär zwischen dem Patienten bzw. dessen Angehörigen und dem Hausarzt stattfindet.

Inwieweit die Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden eines ambulanten Pflegedienstes und dem Hausarzt stattfindet bzw. was abgesprochen wird, war nicht Teil der Ersterhebung. Die von Hausärzten zurückgemeldete befriedigende Qualität der Kommunikation mit den Pflegenden (Schulnote 2,7) lässt die Vermutung entstehen, dass hierin noch Verbesserungspotenzial liegt.

Die Kommunikation zwischen Haus- bzw. Fachärzten und dem Patienten ist ein für viele Fachbereiche und Krankheitsbilder regelmäßig untersuchtes Phänomen [2]. In Kommunikationskonzepten werden explizite Strategien empfohlen, die Art und Inhalt des Arzt-Patienten-Kontakts beschreiben, um behandlungsrelevante Aspekte adäquat zu vermitteln. Kommunikationsstrategien zwischen den hier beschriebenen professionellen Akteuren sowie der Grad der Abstimmung in der ambulanten Versorgung nur mit Blick auf das Schmerzmanagement finden dagegen nur selten Einzug.

Hier steht eine Anzeige.



Auch hier werden Potenziale zur Optimierung der Vernetzungsstrukturen und -prozesse sichtbar [9, 13].

In Bezug auf die Kommunikation der Haus- bzw. Fachärzte kann zudem gezeigt werden, dass die Kommunikation der Haus- bzw. Fachärzte mit den Mitarbeitern im Palliativnetz Münster deutlich besser dargestellt wird (Schulnote 1,7) als die mit den Pflegenden der ambulanten Pflegedienste. Betrachtet man diesen Aspekt vor den Zielen sowie der Leistungs- und Funktionsdarstellung des Palliativnetzes (z. B. ständige Abstimmung zur Gewährleistung zeitnaher Reaktionen), wird deutlich, dass der enge Kommunikationsaustausch mit anderen Akteuren als wesentliche Versorgungsleistung explizit benannt und somit nicht als gegeben hingenommen wird. Dass gerade dies die gute Kommunikation mit den Akteuren des Palliativnetzes fördert, kann nur vermutet werden.

Die Ergebnisse einer 2011 abgeschlossenen Begleitstudie zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis zeigen, dass gerade in der letzten Lebensphase bei einem Großteil der Patienten der Betreuungsbedarf in der Unterstützung des gesamten Bezugssystems besteht [15]. Die SAPV übernimmt somit als besondere Versorgungsform eine wichtige koordinierende Leistung, mithilfe derer ein integrativer Ansatz geschaffen werden kann, der der vorherrschenden Fragmentierung Einhalt gebietet. Die effektive Umsetzung der SAPV-Praxis kann allerdings nur erreicht werden, wenn gut ausgebaute Strukturen und Prozesse in der regulären ambulanten Versorgung, inklusive der allgemeinen Palliativversorgung, anzutreffen sind.

Die SAPV sichert die Versorgung schwerstkranker Menschen am Lebensende. Nicht alle Menschen, die wegen einer Tumorerkrankung an Schmerz leiden und aufgrund von Pflegebedürftigkeit von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden, erhalten Leistungen der SAPV. Für jene Menschen wird die Versorgung über die Akteure Haus-/Facharzt und ambulanter Pflegedienst gesichert. Die vorliegende Arbeit greift zwar nur einige Aspekte des Schmerzmanagements auf, doch deren Ergebnisse weisen den Optimierungsbedarf in der interpro-

fessionellen Zusammenarbeit zur Sicherung der schmerztherapeutischen Versorgung für Menschen mit Tumorerkrankung in einem städtischen Netzwerk aus.

Fazit für die Praxis

Zur Sicherung einer adäquaten schmerztherapeutischen Versorgung bedarf es einer gezielten interprofessionellen Abstimmung zwischen ambulanten Pflegediensten, behandelnden Haus- oder Fachärzten sowie u. U. auch Apothekern in Bezug auf das Schmerzmanagement, insbesondere hinsichtlich der Schmerzerfassung, der Handlungsspielräume und der Erreichbarkeit.

Um dem hochkomplexen Versorgungsbedarf von Menschen mit einer Tumorerkrankung im ambulanten Setting bis zum Lebensende adäquat begegnen zu können, bedarf es der konkreten Darstellung und Abstimmung der Leistungs- und Funktionsbereiche aller Netzwerkakteure in einer Stadt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. J. Osterbrink

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

Danksagung. Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ambulanten Pflegedienste, dem Hausärzterverband sowie dem Palliativnetz Münster für ihre Unterstützung.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist für sich und seine Koautoren auf folgende Beziehungen hin: J. Osterbrink nahm Vortragstätigkeiten für Mundipharma und Pfizer wahr. Die Studie „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ wird u. a. von Mundipharma gefördert. S. Hemling, N. Nestler und I. Gnass waren als Referentinnen der Firma Mundipharma tätig und arbeiten in einem Versorgungsforschungsprojekt, das ebenfalls von Mundipharma unterstützt wird. N. Nestler nahm Vortragstätigkeiten für Pfizer wahr. R. Becker erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht. U. Hofmeister erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (2007) Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu Tumorschmerzen – Langfassung. <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/A-Z/PDF/Tumorschmerz.pdf>
2. Beach WA (2012) Handbook of patient-provider interactions. Raising and responding to concerns about life, illness, & disease. Hampton Press, New York
3. British Pain Society (2010) Cancer pain management. The British Pain Society, London. http://britishpainsociety.org/pub_professional.htm#cancer-pain
4. Bundesministerium der Justiz, SGB V § 37b, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___37b.html
5. Bundesministerium der Justiz, SGB XI § 112, Qualitätsverantwortung
6. Cancer Care Ontario (CCO) (2010) Symptom management Guides-to-Practice: pain. <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objec-tid=58189&contextid=1377>
7. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2005) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück
8. Ferrell BR, Taylor EH, Grant M et al (1993) Pain management at home. *Cancer Nurs* 16:169–178
9. HOPE Hospiz- und Palliativ-Erfassung Standarddokumentation (2011) HOPE-Bericht. <http://www.hope-clara.de>
10. Maier C, Nestler N, Richter H et al (2010) Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. *Deutsch Arztebl* 107:607–614
11. Osterbrink J, Ewers A, Nestler N et al (2010) Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“. *Schmerz* 24:613–620
12. Palliativnetz Münster e. V. (2010) Funktions- und Leistungsbeschreibung Palliativnetz Münster. Palliativnetz Münster e. V., Münster, S 21
13. Perner A, Götz H, Stuhr C et al (2010) Ambulante Palliativversorgung von Tumorpatienten im Raum Leipzig. *Schmerz* 24:38–45
14. Deandrea S, Montanari M, Moja L et al (2008) Prevalence of undertreatment in cancer pain. *Ann Oncol* 19:1985–1991
15. Schneider W, Eschenbruch N, Thoms U et al (2012) Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie. http://www.philso.uni-Augsburg.de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/projekte/SAPV_Begleitstudie_2012_2013
16. Vallerand AH, Collins-Bohler D, Templin T et al (2007) Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. *Cancer Nurs* 30:31–37