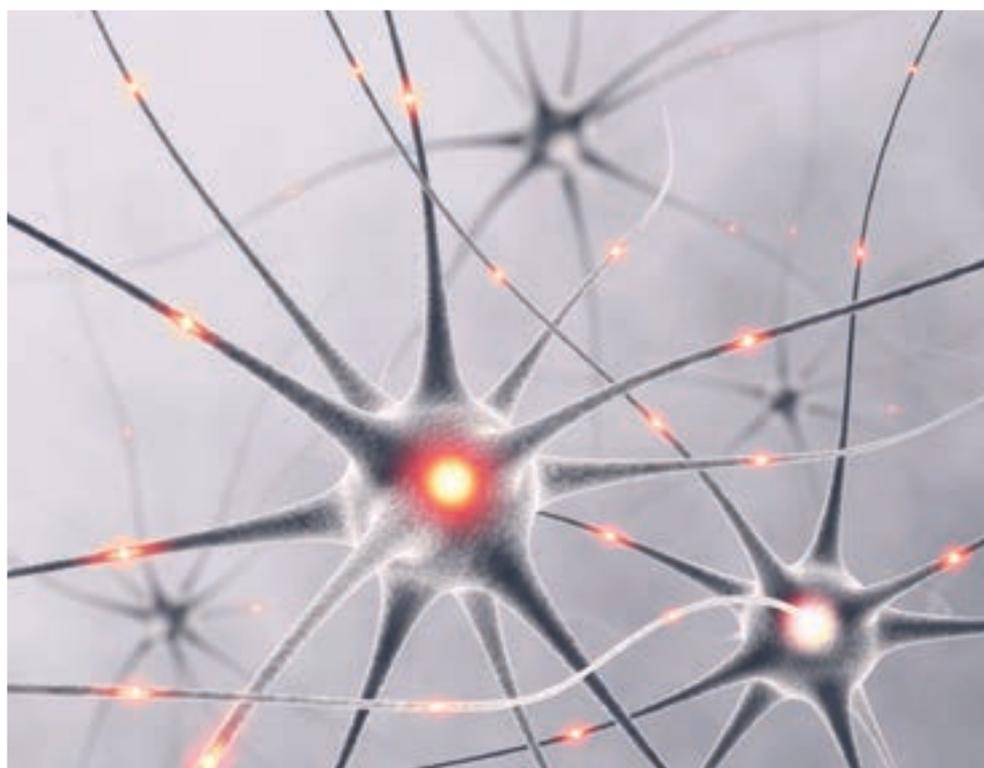


forum

ONKOLOGISCHE PFLEGE

ORGAN DER KONFERENZ
ONKOLOGISCHER KRANKEN -
UND KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)



© ag visuell - Fotolia.com

SCHMERZMANAGEMENT

GRUNDLAGEN, ASSESSMENT, THERAPIE UND INTERVENTIONEN

TUMORSCHMERZ UND ETHIK | S. 42

PHÄNOMEN SCHMERZ
LEBENSQUALITÄT
RECHTLICHE ASPEKTE

PATIENTENVERFÜGUNG | S. 51

RECHTLICHE GRUNDLAGEN
UMGANG IM KLINISCHEN ALLTAG
CHECKLISTEN



W. ZUCKSCHWERDT VERLAG
MÜNCHEN

forum ONKOLOGISCHE PFLEGE

ORGAN DER KONFERENZ
ONKOLOGISCHER KRANKEN -
UND KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

Die Zeitschrift hat das Ziel, die Versorgung in der onkologischen Pflege zu fördern. Sie richtet sich an Pflegenden in der Onkologie, Medizinische Fachangestellte in der Onkologie, im Kontext der onkologischen Pflege pädagogisch, psychosozial und wissenschaftlich tätige Personen.

Schriftleitung (v.i.S.d.P.)

- Christian Wylegalla, Freiburg
wylegalla@kok-krebsgesellschaft.de
- Mirko Laux, Frankfurt
laux@kok-krebsgesellschaft.de
- Kerstin Paradies, Hamburg
paradies@kok-krebsgesellschaft.de

Herausgeberteam

- Uwe vom Hagen, Berlin
vomhagen@kok-krebsgesellschaft.de
- Tobias Klein, Hamburg
klein@kok-krebsgesellschaft.de
- Prof. Dr. Karl Reif, Bochum
reif@kok-krebsgesellschaft.de
- Ulrike Ritterbusch, Essen
ritterbusch@kok-krebsgesellschaft.de
- Daniel Wecht, Cölbe
wecht@kok-krebsgesellschaft.de
- Isolde Weisse, Stuttgart
weisse@kok-krebsgesellschaft.de

Redaktionsleitung (im Verlag)

Dr. Anne Glöggler
gloeggler@zuckschwerdtverlag.de

Wissenschaftlicher Beirat

Irène Bachmann-Mettler, Zürich (CH)
Gabriele Blettner, Wiesbaden
Rita Bodenmüller-Kroll, Essen
Rosemarie Bristrup, Berlin
Dr. Heike Fink, Bad Oldesloe
Dr. Markus Follmann, Berlin
Carola Freidank, Hannover
Bernhard Glawogger, Graz (A)
Gabriele Gruber, München

Verlag

W. Zuckschwerdt Verlag GmbH
für Medizin und Naturwissenschaften
Industriestraße 1
D-82110 Germering/München
Tel.: +49 (0) 89 894349-0
Fax: +49 (0) 89 894349-50
post@zuckschwerdtverlag.de
www.zuckschwerdtverlag.de

Prof. Dr. M. Heinrich Seegenschmiedt, Hamburg
Dr. Ulrike Helbig, Berlin
Dr. Jutta Hübner, Frankfurt
Dr. Patrick Jahn, Halle
Dr. Monika Kücking, Berlin
Prof. Dr. Margarete Landenberger, Halle
Andrea Maiwald, Kempten
Sara Marquard, Münster
Karin Meißler, Winsen
Brigitte Overbeck-Schulte, Bonn
Sabine Ridder, Zittau
Ralf Schmacker, Varel
PD Dr. Henning Schulze-Bergkamen,
Heidelberg
Prof. Margot Sieger, Hattingen
Prof. Dr. Ulrike Thielhorn, Freiburg
Dr. P.H. Gudrun Thielking-Wagner, Potsdam
Dr. Simone Wesselmann, Berlin
Esther Wiedemann, Berlin

Industriepartner

Wir bedanken uns bei den folgenden Firmen für deren Unterstützung:
Bendalis GmbH
Janssen-Cilag GmbH
MSD Sharp & Dohme GmbH
Novartis Pharma GmbH
Roche Pharma AG

Manuskripte

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernimmt der Verlag keine Haftung. Der Autor gewährleistet, dass sein Manuskript oder Teile daraus nicht dem Urheberrecht Dritter unterliegen bzw. dass gegebenenfalls dem Autor die Genehmigung des Copyright-Inhabers vorliegt. Über die Annahme zur Publikation entscheiden die Herausgeber und der Verlag.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur

Vergabe von Nachdruckrechten, zu elektronischer Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.

Wichtige Hinweise

Vor der Verwendung eines jeden Medikaments müssen der zugehörige wissenschaftliche Prospekt und der Beipackzettel mit den Angaben in dieser Publikation verglichen werden. Neue Erkenntnisse über Toxizität, Dosierung, Applikationsart und Zeitpunkt können jederzeit zu anderen Empfehlungen, auch zum Verbot bisheriger Anwendungen, führen. Außerdem sind Druckfehler trotz aller Sorgfalt nicht sicher vermeidbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dgl. in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Die Rubriken OnkoNews und Update Onkologie erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber und des Verlags.

Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen entbinden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträgen und Leistungen von Schadenersatz.

Abonnement

Jahresabonnement (4 Hefte): Euro 42,00
Jahresabonnement für Mitglieder der KOK: Euro 32,00 (inkl. MwSt., zzgl. Versandpauschale innerhalb Deutschlands Euro 5,00 pro Jahr, für das europäische Ausland 16,00 Euro pro Jahr)

Anzeigenleitung (verantwortlich)

Manfred Wester
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH
wester@zuckschwerdtverlag.de

Printed in Germany
by Bavaria Druck GmbH, München

© Copyright 2013 by
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH



Beteiligungsverhältnisse gem. § 8 Abs. 3 BayPrG:
100% Werner Zuckschwerdt, Verleger, D-82110
Germering/München

EDITORIAL



F

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schwerpunkt dieser Ausgabe ist „der Schmerz“.

Die Hälfte aller Tumorpatientinnen und -patienten hat bei Diagnosestellung Schmerzen, im Verlauf der Erkrankungen leiden 80 % der Betroffenen an Schmerzen durch den Tumor oder der Tumortherapie.

In den meisten Fällen sind diese Schmerzen mit den Regeln der allgemeinen medikamentösen Schmerztherapie gut beherrschbar. In 5–10 % der Fälle werden aber auch spezielle schmerztherapeutische Verfahren zur Symptomkontrolle erforderlich.

Wir möchten Ihnen in unserer heutigen Ausgabe einen Überblick über die Schmerzursachen und die sich daraus ergebende differenzierte Schmerztherapie bei Tumorpatienten geben.

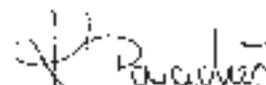
Herr Professor Seegenschmiedt wird zeigen, dass eine Strahlentherapie aus rein schmerztherapeutischen Indikationen stattfinden und so gestaltet werden kann, dass sie auch für wenig belastbare Patienten in der palliativen Situation annehmbar und hilfreich sein kann.

Spezielle pflegerische Fragen und Probleme im Umgang mit Tumorschmerzpatienten werden Frau Frommherz-Sonntag und Herr Knopf aufgreifen und wünschenswerterweise auch in Form von Leserbriefen mit Ihnen diskutieren.

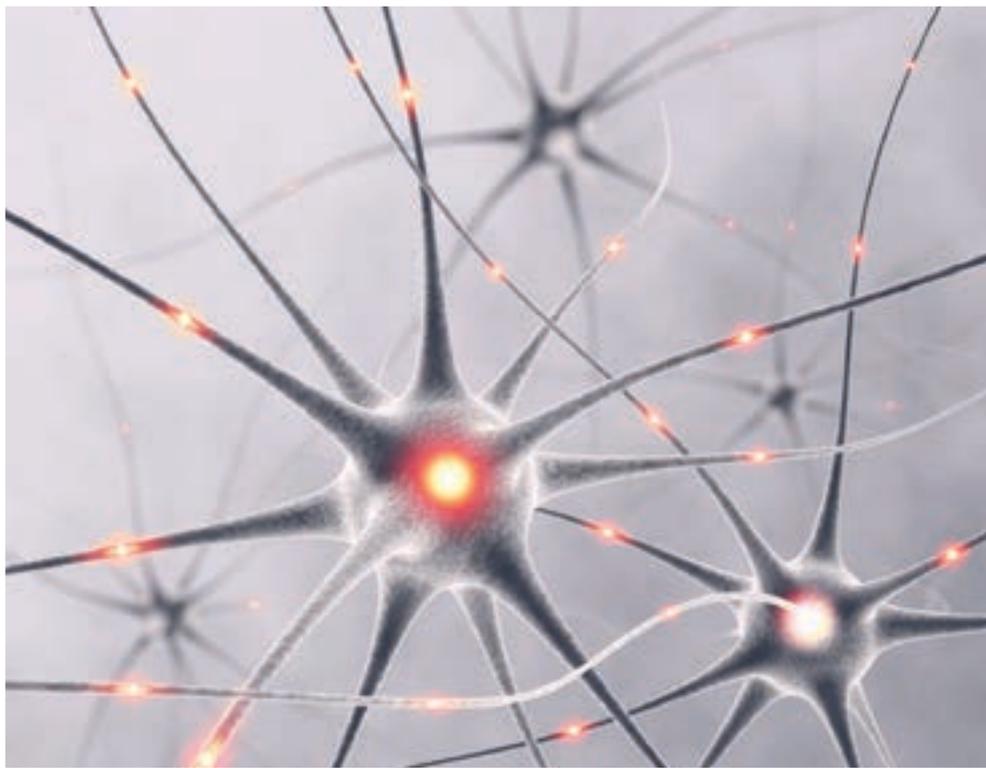
Herr Dr. Münker wird sich in seinem Beitrag mit dem Thema Tumorschmerz und Ethik auseinandersetzen. Dem Tumorschmerz bei onkologischen Erkrankungen allgemein und auch in der palliativen Phase hat sich Hr. Dr. Lux angenommen.

Wir möchten Sie, liebe Leser, zu Kreativität und Phantasie im Umgang mit dem Tumorschmerz aufrufen. Sie ermutigen, althergebrachte Vorbehalte zu überprüfen, die eigenen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und über die vorliegenden Beiträge hinaus eigene Konzepte zum Thema Tumorschmerz zu entwickeln.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen


Kerstin Paradies

INHALTSVERZEICHNIS



I

1

PANORAMA

- 1 Editorial
- 4 Vorstand aktuell (I. Weisse)
- 5 DKG aktuell (M. Hallek)
- 6 Die AG Pflegeforschung in der KOK startet neu mit neuen Menschen und neuen Ideen (K. Reif)
- 7 Erste Fortbildungsreihe für onkologische Fachpflegekräfte – Resümee (A. Beylich, M. Braeuer)
- 9 Fortbildung „Therapiebegleiter/in orale Therapien“ (E. Manz)
- 10 Erkennen und Behandeln von Durchbruchschmerz in der Onkologie bleibt eine Herausforderung (EONS)
- 12 Qualitätssicherung in der Onkologie durch bundesweite Verbreitung klinischer Krebsregister (M. W. Beckmann, K. Almstedt)
- 16 Portrait: Anita Margulies
- 19 Randnotiz
- 46 Buchbesprechung
- 58 Vorschau auf Heft 2 – Juni 2013
- U2 Impressum
- U4 Veranstaltungskalender

20

SCHWERPUNKT

- 20 Modernes Schmerzmanagement aus Sicht der Pflege (B. Knopf)
- 25 Nichtmedikamentöse Verfahren in der Schmerztherapie (R. Frommherz-Sonntag)
- 30 Wirksame Schmerztherapie durch moderne Strahlentherapie (M. H. Seegenschmiedt)
- 36 Tumorschmerztherapie (E. A. Lux, A. Münker)
- 42 Ethische Aspekte in der Tumorschmerztherapie (A. Münker, E. A. Lux)

47

AUSLESE

- 47 Dronabinol bei Appetitlosigkeit onkologischer Patienten (A. Illing)

51

FORTBILDUNG

- 51 Patientenverfügungen im klinischen Alltag (U. Ritterbusch)

KOK_{pedia}

- 56 Nebenwirkungen: Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust (H. J. Fink, D. von Holdt)
- 59 Arzneimittel: Oxaliplatin (A. Schwehr)

Isolde Weisse

Stellvertretende Vorstandssprecherin der KOK
 weisse@kok-krebsgesellschaft.de



Vorstand aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die gute Nachricht kam im November aus Schleswig-Holstein: Der Sozialausschuss des Landtags beschloss die Einführung einer Pflegekammer in dem Bundesland. Auch andere Bundesländer wie z. B. Rheinland-Pfalz und Sachsen planen entsprechende Schritte.

Dies sind gute Voraussetzungen, um die Interessen der Pflegeberufe bei pflegerelevanten Gesetzentwürfen und politischen Entscheidungen besser zu vertreten.

Den Fachkräftemangel in der Pflege und die damit verbundenen Risiken für die Patienten beschreibt das Pflege-Thermometer 2012 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus). Sie kommt zu dem Ergebnis: Durch die zunehmend komplexe Behandlung der Patienten, durch Personalabbau sowie steigende Fallzahlen können Mängel bei der Betreuung und kritische Zwischenfälle bei Intensivpatienten nicht ausgeschlossen werden.

Dies betrifft mit Sicherheit nicht nur die Patienten auf den Intensivstationen, sondern auch die Patienten in der Onkologie. Das Risiko, an einem Krebsleiden zu erkranken, nimmt für die Bevölkerung weiter zu, was eine weitere Zunahme der Fallzahlen bedeutet. Außerdem werden die Behandlungen immer komplexer und individueller.

Die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an das Pflegepersonal, wie z. B. Applikation von Zytostatika, bedeutet eine zusätzliche Belastung der Pflegekräfte. Es bedarf einer entsprechenden Qualifikation und eines angepassten Personalschlüssels, um die Qualität der Versorgung sicherstellen zu können.

Ende Januar 2013 berät der federführende Binnenmarkt-Ausschuss des EU-Parlamentes abschließend über die Reform der EU-Richtlinie 2005/36/EG, die u.a. den Zugang zur Pflegeausbildung in Europa regelt. Geplant ist europaweit die Zugangsvoraussetzung für die Pflegeberufe erst nach einer zwölfjährigen allgemeinen Schulbildung zu ermöglichen. Dies ist in 24 von 27 europäischen Mitgliedstaaten bereits Standard.

Die Pflegeberufe müssen insgesamt attraktiver werden, um entsprechend Nachwuchs für den Beruf begeistern zu können, sodass in den kommenden Jahren der steigende Bedarf gedeckt werden kann. Alle in den Pflegeberufen Tätigen sind gefordert, sich den kommenden Herausforderungen zu stellen und sich für die Attraktivität des Berufes einzusetzen.

Der KOK Vorstand und Beirat wünscht allen Leserinnen und Lesern ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2013.

Ihre

I. Weisse

Prof. Dr. Michael Hallek

Kongresspräsident DKK2014



DKG aktuell

Ankündigung: Deutscher Krebskongress 2014

Wir freuen uns, Sie zum nächsten Deutschen Krebskongress am 19. – 22. 2. 2014 nach Berlin einzuladen.

Veranstalter des DKK2014 sind die Deutsche Krebsgesellschaft und erstmals die Deutsche Krebshilfe.

Die Schwerpunkte dieses Kongresses: Interdisziplinarität, Innovation und Individualisierung verdeutlichen die neuen Herausforderungen in der Onkologie. Unter Interdisziplinarität verstehen wir auch insbesondere die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und möchten Sie daher besonders auffordern, sich aktiv an der Kongressplanung und mit einem Kongressbesuch zu beteiligen.

Ab Mai 2013 können Abstracts eingereicht werden, dazu informieren Sie sich bitte auf der Homepage des Kongresses www.dkk2014.de.

Für die Programmerstellung arbeiten wir eng mit den Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Krebsgesellschaft, der Krebshilfe sowie verschiedenen Fachgesellschaften zusammen. Momentan tragen wir alle Programmanschläge zusammen und hoffen, ein spannendes Programm für alle Berufsgruppen zu er-

stellen. Neben der pflegerischen Betreuung der Patienten spielt auch die psychoonkologische Begleitung eine entscheidende Rolle. Aufgrund des großen Zuspruchs für psychoonkologische und komplementärmedizinische Themen beim DKK 2012 werden wir die Sitzungen in dem Bereich ausbauen und erstmals eine Plenarsitzung zum Thema Psychoonkologie anbieten.

Um der Interdisziplinarität Rechnung zu tragen, wird die KOK beim DKK2014 keinen eigenen Kongress gestalten, sondern die Beiträge aus der onkologischen Pflege werden in das Kongressprogramm integriert. Einzelne herausragende Beiträge werden als Vorträge in das Hauptprogramm eingearbeitet.

Wir freuen uns über Ihre Beteiligung am Deutschen Krebskongress und stehen für Anmerkungen und Rückfragen gern zur Verfügung.

Kongresssekretariat:

Andrea Weissenberg

Klinik I für Innere Medizin | CIO Köln Bonn

Kerpenerstr. 62 | 50924 Köln

dkk2014@uk-koeln.de

Tel: 0221 478 87216



Die AG Pflegeforschung in der KOK startet neu mit neuen Menschen und neuen Ideen

Die Pflegeforschung steckt in Deutschland im Vergleich zu angloamerikanischen Ländern noch in den Kinderschuhen, insbesondere diejenige Pflegeforschung, die sich mit den klinischen Befunden und Ergebnissen von Patienten befasst. Die deutsche Pflegeforschung hat nun begonnen, diesen Rückstand aufzuholen. Gerade in der onkologischen Pflege wurden in den letzten Jahren oder werden zurzeit größere Interventionsstudien beispielsweise zu den Themengebieten Übelkeit und Erbrechen, Schmerz und Fatigue durchgeführt. Erstmals haben in Deutschland onkologische PflegeforscherInnen Anschluss an die internationale Forschung.

Aber wir haben noch viel mehr, und das ist mindestens genauso wichtig wie eine eigenständige Forschungslandschaft: Das sind die vielen onkologisch Pflegenden in der Praxis, die sich um eine Umsetzung von in Studien erfolgreich geprüften Interventionen bemühen, und Pflegenden, die qualitative Studien lesen, um vor allem in der Beziehungsarbeit das bestmögliche Verständnis für die Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und Patienten zu erreichen. Ziel solcher Bemühungen ist immer die Verbesserung der pflegerischen Versorgung – und Ergebnisse aus Studien sind ein guter Baustein dafür.

Damit ist ein Anfang gemacht, aber die „zarten Pflänzchen“ onkologische Pflegeforschung und Forschungsanwendung brauchen eine gute Pflege, um wachsen zu können. Mit der AG Pflegeforschung in der KOK wollen wir einen bescheidenen Beitrag dazu leisten.

Ein praxisbezogener Forschungs- und auch Umsetzungsbedarf liegt meines Erachtens unter anderem in den folgenden Gebieten:

1. Wir benötigen wissenschaftlich fundiertes Wissen über die Grundlagen der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten, insbesondere in Fragestellungen der Patientenpräferenzen und einer Gesundheits- und Ressourcenorientierung.
2. Wir benötigen wissenschaftlich fundiertes Wissen, um gute fachlich begründete Entscheidungen für solche Interventionen zu treffen, die das Wohlbefinden der Patienten (zum Beispiel hinsichtlich des funktionalen Status oder der Fähigkeit zur Selbstpflege) und die subjektiv erlebte Zufriedenheit mit den Pflegehandlungen und dem Ergebnis betreffen. Zudem benötigen wir Wissen darüber, mit welchen Interventionen unerwünschte Ereignisse bei Patienten bestmöglich vermieden oder gelindert werden können.
3. Wir benötigen eine wissenschaftlich fundierte Diskussion der Eignung von Erfassungs- und Messinstrumenten, die in der Pflege eingesetzt werden, und die Prüfung englisch-

sprachiger Instrumente auf ihre Eignung für die Pflege in Deutschland. Hierbei geht es um Fragen, welche Pflegeergebnisse (Outcomes) für Patienten relevant sind sowie wie, wann und bei wem diese Outcomes am besten gemessen werden sollten. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht dabei die Pflegesensitivität der Outcomes, d. h. welche Strukturen und Prozesse von der Pflege beeinflusst werden können, um wünschenswerte Outcomes zu erzielen.

Mit diesen und noch vielen weiteren Fragestellungen kann sich die AG Pflegeforschung befassen. Das hängt nicht zuletzt von jedem einzelnen Mitglied ab. Die Zielgruppen der AG Pflegeforschung umfassen zum einen onkologisch-professionell Pflegenden, die an Fragen der onkologischen Pflegeforschung interessiert sind, und die mit ihren Fragen zur Initiierung von praxisrelevanten Forschungsprojekten beitragen wollen, oder Fragen der Forschungsanwendung diskutieren wollen, beispielsweise evidenzbasierte Leitlinien, Expertenstandards und PEPs (Putting Evidence into Practice) implementieren oder die Methoden der evidenzbasierten Praxis (EBN) anwenden wollen. Die zweite Zielgruppe sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die in der onkologischen Pflegeforschung tätig sind oder sein wollen, Forschungsprojekte vorantreiben, Forschungsmethoden diskutieren, systematische Übersichtsarbeiten erstellen oder empirisch begründete Theorien diskutieren und verbreiten wollen.

Weitere mögliche Themen und Ziele der AG Pflegeforschung können sein:

- Initiierung und Unterstützung von Praxisprojekten
- Aufarbeitung onkologischer Pflege Themen
- Workshops zum wissenschaftlichen Schreiben und Veröffentlichlichen
- Seminare zur Gestaltung und Präsentation von Vorträgen
- Evidence-based Nursing-Workshops
- Fortbildungen zu wissenschaftlichen Arbeitsformen
- Unterstützung, Kontaktvermittlung und Beratung bei der Erstellung von Empfehlungen/Leitlinien.

Wenn Sie Interesse an einer Mitarbeit in der AG Pflegeforschung der KOK haben, wenden Sie sich bitte an:

Prof. Dr. Karl Reif
 Hochschule für Gesundheit, Universitätsstraße 105,
 44789 Bochum, Tel.: +49 234 77727-636
karl.reif@hs-gesundheit.de, Web: www.hs-gesundheit.de



Boris Knopf

PalliativTeam Frankfurt gemeinnützige GmbH

M Modernes Schmerzmanagement aus Sicht der Pflege

Ziel des Beitrags ist es, sowohl die allgemeinen Grundlagen der Schmerztherapie aus pflegerischer Sicht zu vermitteln als auch die unterschiedlichen medikamentösen Möglichkeiten vorzustellen. Der Artikel soll das Interesse an diesem wichtigen Aspekt der Behandlung onkologischer Patienten wecken und für eine Weiterqualifikation werben. Ein Augenmerk liegt aber auch auf der speziellen Rolle Medizinischer Fachangestellter und Pflegenden in der Onkologie.

Eine optimale Schmerztherapie ist mit den heute gängigen Methoden zweifelsohne möglich. Der Erfolg ist aber abhängig von einer adäquaten Schmerzanamnese und Schmerzerfassung. Neben der Behandlung der Schmerzen, bezogen auf die Ursachen, ist es wichtig, die unterschiedlichen Dimensionen des Schmerzes zu kennen, um ihren Einfluss auf das Schmerzempfinden besser einschätzen zu können. Pflegenden sowie Medizinische Fachangestellte in den Praxen nehmen hier eine zentrale Rolle ein. Ein multiprofessioneller Ansatz, in dem unterschiedliche Berufsgruppen ihre Kompetenzen in der Beurteilung, aber auch der Behandlung mit einbringen können, führen zu der höchsten Erfolgsquote bei der Behandlung der Schmerzen. Ganz nebenbei bringen solche Maßnahmen eine höhere Arbeitszufriedenheit, stärken die Gemeinschaft und sparen im Endeffekt Ressourcen.

Grundlagen Schmerz

Zunächst gilt es, den Schmerz zu definieren. Die Definition des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege

(DNQP) (2011) beschreibt die unterschiedlichen Ebenen des Schmerzes zudem sehr treffend:

„Schmerz ist eine unangenehme und leidvolle Empfindung mit unterschiedlicher Qualität, Intensität, Lokalisation und Dauer; Schmerz ist keine rein physiologische Reizwahrnehmung, sondern eine multidimensionale Wahrnehmungserfahrung, die von physischen, psychischen, kulturellen, geschlechts- und altersspezifischen sowie sozialen Faktoren beeinflusst wird. Schmerz kann auch ohne nachweisbare organische Ursache auftreten“.

Trotz der medikamentösen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten wird immer wieder beschrieben, dass die schmerztherapeutische Behandlung teilweise noch unzureichend ist. So geht man beispielsweise davon aus, dass ca. 60–80 % aller Tumorpatienten Schmerzen haben, obgleich 90 % aller Tumorpatienten schmerztherapeutisch gut behandelt werden könnten (Merger, 2010).

Mit einer Kombination aus Schmerzerfassung, der guten Kommunikation im Behandlungsteam und der kontinuierlichen Überprüfung des Erfolgs der ergriffenen Maßnahmen könnten die Schmerzen und damit verbunden das Wohlbefinden der Patienten merklich verbessert werden.

Grundsätzlich unterscheidet man folgende Schmerzformen:

- Den akuten Schmerz, als plötzlich auftretendes Schmerzereignis, mit begrenzter Zeitdauer, welcher meist in einem

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
Modernes Schmerzmanagement aus Sicht der Pflege	Modern management of pain from a nursing point of view
Eine optimale Schmerztherapie erfordert Wissen über die verschiedenen Ausprägungen von Schmerz ebenso wie über unterschiedliche Einflussfaktoren. Des Weiteren ist eine adäquate Schmerzanamnese und Schmerzerfassung wichtig. Ein multiprofessioneller Ansatz führt zu der höchsten Erfolgsquote in der Schmerztherapie.	An optimal therapy of pain requires knowledge on the different dimensions of pain as well as on various factors influencing pain. Furthermore an adequate medical history and recording of pain is of importance. A multiprofessional approach leads to the highest success rate in the treatment of pain.
Schmerz · Total-Pain-Konzept · Schmerztherapie	Pain · Total-Pain-Concept · Pain management

direkten Zusammenhang mit einer Gewebs- oder Organschädigung steht.

- Der chronische Schmerz beschreibt einen Schmerz, der länger als 3 bis 6 Monate anhält.
- Der tumorbedingte Schmerz kann vom Tumor selbst verursacht werden, durch eine Therapie ausgelöst sein (Chemotherapie/Strahlentherapie) oder durch eine Sekundärveränderung ausgelöst werden (beispielsweise einen Herpes zoster).

Grundsätzlich sind neben dem unterschiedlichen Auftreten von Schmerzen, diese auch nach ihrer Art und Qualität zu unterscheiden. Hier unterscheidet man den nozizeptiven, den viszeralen und den neuropathischen Schmerz.

- Der nozizeptive Schmerz (Nozizeptoren = Schmerzrezeptoren) entsteht durch Reizung von Schmerzrezeptoren, welche unter anderem in der Haut/den Schleimhäuten (nozizeptiv somatisch oberflächlich) oder im Bereich der Muskeln, Knochen (nozizeptiv somatisch tief) vorkommen können.
- Der viszerale Schmerz betrifft die Eingeweide und ist teilweise schwer abgrenzbar.
- Der neuropathische Schmerz entsteht durch direkte Gewebeschädigung oder Schädigung von Strukturen des zentralen Nervensystems. Diese Art von Schmerzen ist weitaus undifferenzierter, äußert sich meist durch brennende, einschneidende Schmerzen oder ist teilweise dumpf.

Mischformen der unterschiedlichen Schmerzarten sind möglich und werden als Mixed Pain bezeichnet.

Total-Pain-Konzept

Schon bei den erwähnten Definitionen wurden die unterschiedlichsten Einflussfaktoren für Schmerzen genannt. Schmerzen als eindimensionale Erfahrung zu betrachten, mag zwar in der Behandlung eines Symptoms eine Option sein, bietet aber oftmals keine dauerhafte Behandlungssicherheit. Der als „Total-Pain-Konzept“ bezeichnete Ansatz berücksichtigt unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Schmerzen (Saunders, 1978). Die Abhängigkeiten von psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Faktoren werden in der Abbildung 1 sichtbar.

Somit ist Schmerz nicht immer nur medikamentös, sondern immer auch abhängig von seinen Begleitumständen zu behandeln. Gerade hier hat der multiprofessionelle und interdisziplinäre Ansatz seine Stärke.

Zielsetzung der Schmerztherapie und der Tumorschmerztherapie im Speziellen ist zunächst die adäquate Therapie der Grunderkrankung. Das heißt: Eine gut verträgliche medikamentöse Therapie mit einem höchstmöglichen Maß an Lebensqualität unter Berücksichtigung aller begleitender Faktoren. Doch vor jeder Behandlung steht zunächst eine sorgfältige Anamnese und Schmerzerfassung.

Gerne sei in diesem Zusammenhang auch auf einen Forderungskatalog der Initiative „Gemeinsam gegen Tumorschmerz“ hingewiesen. Diese möchte erreichen, dass sich die schmerztherapeutische Versorgung von Tumorpatienten in Deutschland verbessert.

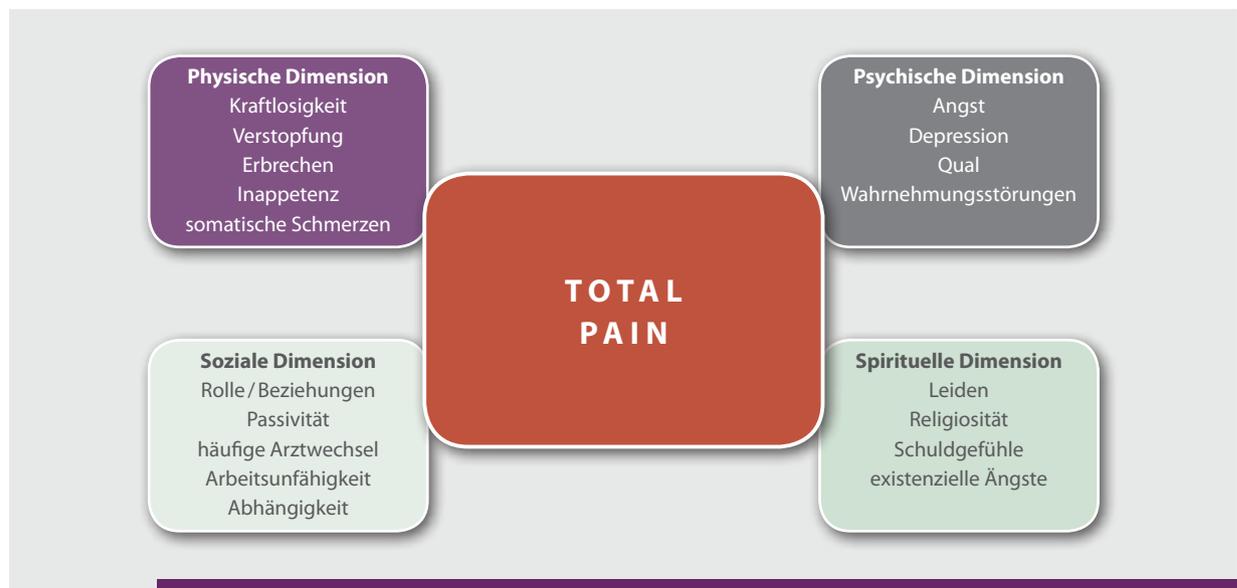


Abbildung 1: Total-Pain-Konzept (Bio-psycho-soziales Modell).



Schmerzanamnese und Schmerzerfassung

Der Zweck einer guten Anamnese ist es, die Schmerzen bestmöglich zu erfassen. Sinnvoll kann es hier unter Umständen sein, die Patienten schon vor dem Besuch in der Klinik/Praxis (Fragebogen vor Aufnahme) und im Verlauf der Behandlung regelmäßig zu den Schmerzen zu befragen. Hierzu gibt es unterschiedliche Schmerzfragebögen der entsprechenden Fachgesellschaften. Sowohl der BPI-Bogen (Basic Pain Inventory) als Schmerzanamnesebogen als auch der Deutsche Schmerzfragebogen (der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und der Deutschen Schmerzgesellschaft) sind etabliert. Auch gibt es die Möglichkeit, im Behandlungsteam einen entsprechenden Bogen bezogen auf die Anforderungen der Klinik/Praxis selbst zu entwerfen. Unterschiedliche Schmerzanamnesebögen sind darüber hinaus in elektronischer Form am Markt verfügbar.

Ein Hauptaugenmerk bei der Erfassung von Schmerzen liegt in der Erfassung der unterschiedlichen Schmerzarten, der Schmerzqualität, der Lokalisation und der Intensität. Auch ist zu entscheiden, ob ein nozizeptiver Schmerz oder ein neuropathischer Schmerz vorliegt. Es sollte differenziert betrachtet werden, ob und wie weit die Leistungsfähigkeit des Patienten eingeschränkt ist und wie es den Patienten, aber auch sein Umfeld, einschränkt. Gerade die Möglichkeit der Fremdanamnese bietet oftmals einen objektiven Überblick über das aktuelle Schmerzgeschehen. Im Rahmen der Schmerzanamnese werden darüber hinaus sämtliche Begleitsymptome erfasst.

Neben der gründlichen körperlichen Untersuchung kann anschließend eine weitere Diagnostik erfolgen.

Im Bereich der Tumorschmerzbehandlung gilt es zu unterscheiden, ob dabei tumorbedingte Schmerzen (60–90 %), sekundär durch den Tumor verursachte Schmerzen (5–20 %), therapiebedingte Schmerzen (10–25 %) oder tumorunabhängige Schmerzen (3–10 %) vorliegen (Husebö & Klaschik, 2003). Zur Erfassung der Schmerzstärke sind die Visuelle Analogskala (VAS) und die Numerische Rating-Skala (NRS) etabliert. Hierbei wird die Schmerzstärke anhand eines Gesichtes mit unterschiedlicher Mimik durch den Patienten selbst eingeschätzt oder auf einer Skala von 1 bis 10 – ähnlich einem Rechenschieber – ermittelt (siehe dazu Abbildung 1 im Schwerpunktbeitrag Lux & Münker: Tumorschmerztherapie). Um Schmerzen im Verlauf gut zu verfolgen, sind die VAS oder NRS sehr hilfreich. Es gibt aber auch andere Möglichkeiten, Schmerzen zu erfassen, zum Beispiel über die Abstufung „leicht – mittel – stark oder sehr stark“.

Für die Erfassung chronischer Schmerzen gibt es spezielle Skalen (Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung (MPSS)); ebenso für die Erhebung von Schmerzen bei kognitiv eingeschränkten Patienten.

Therapie

Generell ist zu überlegen, welche direkten Maßnahmen wie beispielsweise OP, Strahlen- oder Chemotherapie indiziert sind. Neben solchen Maßnahmen, welche möglicherweise einen schmerztherapeutischen Effekt haben, stellt die medikamentöse Schmerztherapie den zentralen Ansatz in der Behandlung dar. Basierend auf dem Total-Pain-Konzept sollte den Patienten frühzeitig eine psychoonkologische Begleitung ermöglicht werden. Auch Aspekte sozialer Arbeit bringen oftmals eine organisatorische Entlastung und tragen somit zur Minimierung einer Symptomlast bei.

Medikamentöse Maßnahmen in der Tumorschmerztherapie

Grundlage der modernen (Tumor-)Schmerztherapie ist das WHO-Stufenschema. Dieses existiert bereits seit 1986, gilt als anerkannter Standard, ist übersichtlich und weit verbreitet (WHO, 1996) (siehe dazu Abbildung 3 im Schwerpunktbeitrag Lux & Münker: Tumorschmerztherapie).

Ein weiterer wichtiger Pfeiler ist die Behandlung mit Koanalgetika, um Begleitsymptome optimal mitzubehandeln (beispielsweise Etablierung einer Krampfprophylaxe) oder um Opiate einzusparen bzw. um deren Wirkung zu verbessern. Gerade in der Behandlung von neuropathischen Schmerzen hat das Koanalgetikum einen entscheidend positiven Einfluss.

Grundsätzlich wird im WHO-Stufenschema in 3 Stufen unterteilt, wobei die Stufen 1 bis 3 steigende Potenz aufweisen. Es ist zunächst sinnvoll, mit Medikamenten der Stufe 1 zu starten und je nach Schmerzintensität des Patienten die Stufen zu erhöhen. Abhängig von der Schmerzstärke ist aber auch ein Einsteigen mit potenteren Substanzen möglich.

Nach Bedarf können auch einzelne Stufen übersprungen werden. Die Medikamente der Stufe 2 beispielsweise verlieren in den letzten Jahren offensichtlich an Bedeutung. Dies liegt möglicherweise an den sehr gut akzeptierten neuen Darreichungsformen, wie z. B. transdermalen Pflastersystemen der Stufe-3-Medikamente. Grundsatz sollte aber weiterhin immer „oral vor parenteral“ bleiben. Ein leichtfertiger Umgang mit dem vermeintlich „harmlosen Pflästerchen“ bringt oftmals Probleme, wenn diese noch nicht indiziert sind.

Ein zentraler Ansatz in der Schmerztherapie ist die Gabe von retardierten Medikamenten, bei denen der Wirkstoff über einen längeren Zeitraum abgegeben wird und somit Schmerzen verlässlich behandelt werden können. So ist gemäß des WHO-Stufenschemas eine adäquate Schmerztherapie in 90 % der Fälle möglich (Mergener, 2010).

WHO-Stufe 1 nichtopioidale Substanzen

Bei den Stufe-1-Medikamenten handelt es sich um Substanzen aus der Gruppe der Nichtopioid-Analgetika. Zunächst gibt es die Substanzgruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) mit den Untergruppen der Salizylate (bspw. ASS), der COX1-Inhibitoren (bspw. Diclofenac, Ibuprofen) und der COX2-Inhibitoren (bspw. Celecoxib; nicht für die Tumorschmerztherapie zugelassen). Die Domäne dieser Antiphlogistika sind nozizeptive Schmerzen und entzündliche Prozesse. Daneben gibt es die Gruppe Pyrazolone, hier ist das Metamizol am bekanntesten und die Gruppe der Anilinderivate mit Paracetamol. Metamizol hat seine Stärke in der Behandlung kolikartiger Schmerzen und wirkt gut spasmolytisch. Darüber hinaus lässt es sich in der Tumorschmerztherapie gut mit allen Opiaten kombinieren. Dieser Aspekt ist gerade in der palliativmedizinischen Anwendung wichtig. Bei der Dauereinnahme von COX1/2-Inhibitoren ist eine Begleitbehandlung mit Protonenhemmern (Magenschutz) notwendig.

WHO Stufe 2 niederpotente Opiode

Die Stufe-2-Medikamente sind die niederpotenten Opioidanalgetika, hierzu zählt das Tramadol, das Tilidin (in Kombination mit Naloxon), aber auch die Medikamente aus der Substanzgruppe Codein und Dihydrocodein. Codein ist laut WHO die Referenzsubstanz in dieser Stufe und wird in Deutschland als Antitussivum (Unterbindung Hustenreiz) in nicht retardierter Form eingesetzt.

Die Substanzen der Stufe 1 und 2 fallen nicht unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

WHO Stufe 3 starke Opiode

Die Substanzen der Stufe 3 sind die hochpotenten Opioidanalgetika. Referenzsubstanz hier ist das Morphin, von dessen Stärke sich die anderen Substanzen in ihrer Wirksamkeit, Potenz und Nebenwirkungsraten ableiten (Ostgathe, Radbruch, Nauck & Elsner, 2007). Weit verbreitet sind entsprechende Umrechnungstabellen. Das Morphin selbst ist in unterschiedlichen Darreichungsformen verfügbar.

Eine weitere Substanz ist Hydromorphon mit einer im Vergleich zu Morphin 5- bis 7,5-fachen Potenz. Auch Hydromorphon steht in verschiedenen, teils retardierten Formen zur Verfügung, um eine gute Schmerzeinstellung zu gewährleisten. Oxycodon als weitere Substanz dieser Stufe ist in etwa doppelt so stark wie das Morphin. Oxycodon liegt ebenfalls in retardierter Form vor. Mittlerweile gibt es auch eine Kombination mit Naloxon; hierdurch soll die Obstipation, welche eine typische Nebenwirkung der Opiate darstellt, verbessert werden.

Eine weitere, etablierte Substanz ist Fentanyl, in seiner Potenz fast 100-fach stärker als Morphin. Das stark lipophile Fentanyl ist als transdermales System verfügbar.

Grundsätzlich spricht nicht jeder Mensch gleich auf eine der Substanzen an, ein Aspekt der bei der Auswahl zu beachten ist und die Notwendigkeit einer „Opiatrotation“ erfordert, sprich einem Wechsel zu einer anderen Substanz.

Neben all den genannten Substanzen gibt es auch noch Buprenorphin, in seiner Potenz 60- bis 80-fach stärker als Morphin. Buprenorphin gibt es auch als transdermales Pflaster mit dem Vorteil des niedrigen Dosisanstiegs und der Pflasterwirkung bis zu 7 Tagen.

Eine weitere Substanz ist L-Polamidon, es ist 3- bis 4-fach potenter verglichen mit Morphin. Allerdings ist bei der Gabe von L-Polamidon darauf zu achten, dass die Dosis nach 3 bis 4 Tagen um ein Drittel reduziert werden muss. Grund hierfür ist, dass die Substanz im Körper sehr stark akkumuliert.

Durchbruchmedikation

Durchbruchschmerzen werden „als vorübergehende Exazerbation bei stabilem Schmerzgeschehen und dauerhafter angemessener Opioidtherapie“ betrachtet (Portenoy & Hagen, 1990).

Alle genannten Substanzen der Stufe 3, also auch Morphin, Hydromorphon, Oxycodon und Fentanyl sind neben ihrer retardierten Form auch als rasch wirksame Durchbruchmedikation verfügbar (bukkal, sublingual oder auch nasal). Gerade in der Tumorschmerztherapie und in palliativen Versorgungssituationen ist das Etablieren einer Durchbruchschmerzmedikation notwendig und sinnvoll. Ursachen für Durchbruchschmerzen können zum einen ereignisabhängig (Bewegungen, Belastungen etc.) sein oder in einem allgemeinen Progress begründet liegen. Eine weitere mögliche Ursache ist das Ende eines Dosisintervalls (End-of-dose-failure), wenn retardierte Opiate abhängig von der individuellen Stoffwechsellage zu rasch im Körper abgebaut wurden.

Rolle der Pflege/med. Assistenzberufe in der Schmerztherapie

Gerade am Beispiel der Schmerztherapie wird die Notwendigkeit der guten Zusammenarbeit und der Multiprofessionalität/Interdisziplinarität sichtbar. Alleine der Bereich der Schmerzanamnese und Schmerzerfassung ist für eine gute schmerztherapeutische Versorgung unerlässlich. Bedenkt man alleine die Zeit, welche med. Assistenzpersonal mit den Patienten im Vergleich zu den ärztlichen Kontakten – in aller Regel – verbringt, so können meist hier schon unterschiedliche Aussagen zu Schmerzen und Begleiterscheinungen wahrgenommen und dokumentiert werden.

Bei fundierter Erfahrung und Schulung im Bereich Schmerzmanagement können Probleme adäquat angegangen werden. Ist ein Arztgespräch hinsichtlich der möglichen Symptomlast op-



timal vorbereitet, kann auch in einem kurzen Kontakt mit dem Arzt ein guter Ansatz der Schmerztherapie gefunden werden. Wir alle kennen die Situationen, in denen Patienten gerade beim Arztkontakt die Dinge nicht einfallen, welche ihnen kurz zuvor noch so wichtig zu erwähnen waren. Gezielte Informationen im Vorfeld unterstützen den Patienten hier zusätzlich und dienen der aktiven Entlastung. Eine Rolle, die Pflegenden nicht neu ist, für die aber – am Beispiel der Schmerztherapie, einem wichtigen Aufgabenbereich, exemplarisch gezeigt –, auch Zeit gebraucht wird (und davon haben wir ja bekanntlich zu wenig). Somit kommt der Pflege und gerade auch den Medizinischen Fachangestellten in der onkologischen Praxis eine zentrale Rolle in der schmerztherapeutischen Begleitung zu, welcher man sich erst einmal bewusst werden sollte.

Eine gute Qualifikation ist die Grundlage jedweden Handelns. In der Klinik ist eine Weiterbildung im Bereich „Pain Nurse“ sinnvoll und auch schon weitestgehend etabliert. Im Bereich der (onkologischen) Arztpraxen werden jetzt vermehrt Qualifikationen im Bereich der „Schmerzassistenten“ für Medizinische Fachangestellte angeboten. Hier besteht ein hohes Potenzial, mit dem sich die Patientenversorgung weiter verbessern lässt. ■

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011.
- Husebø, S., & Klaschik, E. (2003). Palliativmedizin (pp. 181–246). Berlin: Springer.
- Initiative „Gemeinsam gegen Tumorschmerz“. www.gemeinsam-gegen-tumorschmerz.de
- Lux, E., & Munker, A., (2013). Tumorschmerztherapie. Forum Onkologische Pflege, 3(1), 36–41.
- Mergner, D., (2010). Tumorschmerztherapie – State of the Art. Pharma Fokus Schmerztherapie, 1, 5–10.
- Ostgathe, C., Radbruch, L., Nauck, F., & Elsner, F. (2007). Tumorschmerztherapie. Z Palliativmedizin, 8, 13–30.
- Portenoy, R. K., & Hagen, N. A. (1990). Breakthrough pain. Definition, prevalence and characteristics. Pain, 4, 273–281.
- Saunders, C. (1978). The management of terminal malignant disease (1st ed.). London: Edward Arnold.
- World Health Organisation. (1996). Cancer pain relief – with a guide to opioid availability. Genf: WHO.

Korrespondenzadresse:

Boris Knopf

Fachkrankenpfleger Anästhesie- und Intensivpflege;
Gesundheitsnetzwerker (FH); WB Palliative Care
PalliativTeam Frankfurt gemeinnützige GmbH
Heinestraße 15
60322 Frankfurt am Main
boris.knopf@palliativteam-frankfurt.de

FAZIT

Die Schmerztherapie spielt in der Onkologie eine zentrale Rolle. Das WHO-Stufenschema ist langjährig etabliert. Durch eine große Anzahl von verschiedenen Applikationsformen ist es möglich, Schmerzen dauerhaft und sehr differenziert zu behandeln. Darüber hinaus können Durchbruchschmerzen und Schmerzspitzen bei Tumorpatienten mit rasch wirksamen Opiaten, auch durch den Patienten selbst, behandelt werden. Eine medikamentöse Therapie von Schmerzen kann mittlerweile sehr gut auf die Bedürfnisse des Patienten und seines Umfeldes hin ausgerichtet werden. Ein Aspekt, der Lebensqualität bringt, in einer Lebensphase, in der die Autonomie des Patienten oftmals (beispielsweise durch eine Chemotherapie) sowieso schon eingeschränkt ist.

Schmerz wird mittlerweile als komplexes Symptomgesehen verstanden. Ein einzelner Blick ist für die Erfassung solcher Situationen nicht ausreichend. Neben dem körperlichen Befinden haben psychische Verfassung, aber auch soziale und spirituelle Aspekte Einfluss auf das Schmerzerleben der Patienten. Medizinische Fachangestellte und Pflegenden in der Onkologie nehmen hier zentrale und wichtige Aufgaben wahr, sie sind oftmals länger im Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Eine gute Schmerzerfassung/Schmerzanamnese (und deren erforderliche Dokumentation) haben einen hohen Stellenwert, da sie alle unterschiedlichen Dimensionen des Schmerzes erfassen. In einem gut eingespielten Team und dem Willen, Multiprofessionalität zu leben, ermöglicht ein fachliches Miteinander, Arbeitsabläufe zu erleichtern und gleichzeitig die Qualität zu steigern. Im Austausch untereinander können Aspekte bedacht werden, an die ein Einzelner in dieser Komplexität nicht unbedingt denkt.

Abhängig vom Arbeitsumfeld, dem Arbeitsbereich, dem eigenen Engagement, aber auch dem zugestandenen Gestaltungsspielraum bietet die Schmerztherapie ein spannendes Arbeitsfeld.

Sichern Sie sich
Ihr Abonnement

forum
ONKOLOGISCHE
PFLEGE

Informieren Sie sich über
Bezugsbedingungen und Vergünstigungen,
die Sie als KOK-Mitglied genießen, unter

www.zuckschwerdtverlag.de