

**Zeitschrift:** Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 5 (2000)

**Heft:** 4

**Artikel:** Das WIE der palliativen Schmerzbehandlung - Vorstellung und Erstergebnisse des interdisziplinären St. Galler Modells

**Autor:** Eychmüller, Steffen

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091767>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Diese Arbeit wurde für den Wettbewerb «Schmerzpreis 2000», gestiftet von der Firma Grüenthal, eingereicht und prämiert. Dies ist keine wissenschaftliche Studie, die den Anspruch hat, ein Standardvorgehen bei der interdisziplinären Schmerzbehandlung in der Palliative Care zu definieren.

Vielmehr ging es uns darum, zum einen das eigene Tun und zum anderen den möglichen Nutzen für die Patienten etwas unter die Lupe zu nehmen.

Wir würden uns freuen, wenn dieser Artikel andere Institutionen anregt, uns ihre Erfahrungen mitzuteilen. Das «Novum» unsererseits ist wahrscheinlich die intensive Verzahnung zwischen Pflegenden und den Ärzten an einem Akutspital. Wir freuen uns über Rückmeldungen.

Steffen Eychmüller\*

## Das WIE der palliativen Schmerzbehandlung – Vorstellung und Erstergebnisse des interdisziplinären St. Galler Modells

### Zusammenfassung

In der Palliative Care sind viele Anforderungen bereits in der WHO- Definition festgelegt: *Multidimensionalität*, d.h. den ganzen Menschen wahrnehmen (biologische, psychische, soziale und spirituelle Fragen und Aspekte), *Interdisziplinarität*, d.h. Arbeit im Team, um diesen vielfältigen Anforderungen gerecht zu werden, der *Lebensqualität* mehr als der Lebensquantität verpflichtet, und *Integrität*, d.h. orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Würde der Patienten und Angehörigen. Diese Eckpfeiler betreffen auch ganz besonders die Schmerzbehandlung. Viel Literatur gibt es über das diesbezügliche Wissen, doch die Umsetzung in die Praxis – das WIE der palliativen Schmerzbehandlung – ist wenig beschrieben. Im stationären Rahmen einer Palliativabteilung haben wir als interdisziplinäre Gruppe aus Pflegenden und Ärzten einen praktischen Ablauf von der

Schmerzerfassung, über die Koordination im Team, der Patienteninformation bis hin zur standardisierten Therapie und Evaluation etabliert. Wir kommen zur Überzeugung und beschreiben erste Ergebnisse, dass solch ein klares Vorgehen für alle Beteiligten – den Patienten, seine Angehörigen und das Team – ebenso wichtig ist und Qualität und Sicherheit erzeugt, wie ein schrittweises Vorgehen in einer chirurgischen Intervention.

### Einleitung

Eine MEDLINE – Suche zum Thema Schmerz zeigt das Angebot an Wissen: allein zwischen 1965 und April 2000 finden sich nur für «cancer pain» 405977 «hits» zu diesem Thema. Fokussiert man auf das Thema «practical management» kommt man immer noch auf 196664 «Treffer». Nimmt man «palliative care AND pain management» ergeben sich 305226 Funde. Dazu steht im Kontrast die immer noch hohe Zahl an Patienten, deren Schmerzen schlecht oder nur sehr unbefriedigend kontrolliert ist (1).

Dies gilt leider und gerade auch für Patienten in palliativen Situationen. Es fehlt hier weder an Literatur, noch an Ratgebern, noch an nationalen Fortbildungsprogrammen oder Informationsbroschüren. Meist wird hier «der Schmerz» zumindest als Schmerzsyndrom (2), eher aber noch als multidimensionales Problem klassifiziert: körperliche, psychische, soziale und auch spirituelle Faktoren tragen zu dem Gesamt ereignis «Schmerz» bei. Wie andere Autoren konstatieren wir hier ein «research-to-practice-gap», eine deutliche Diskrepanz zwischen Forschung/Theorie und praktischer Umsetzung (3).

Dieses WIE der Schmerztherapie in der Palliative Care interessierte uns, sodass wir für uns in einem stationären Setting folgende Fragen formulierten:

1. *Wie erfassen wir* die Schmerzen und ihre Faktoren/ Dimensionen systematisch, d.h. wie machen wir Schmerzdiagnostik ?
2. Wenn erfasst, *wie koordinieren wir* das Vorgehen?
3. *Wie informieren wir* den Patienten und seine Angehörigen, d.h. wie machen wir sie zu Mitwissern dieses Schmerzmodells und seiner Behandlung?
4. *Wie evaluieren wir* den Verlauf?
5. *Wie behandeln wir* medikamentös?

\*Palliativstation, Dep. Innere Medizin, Fachbereich Onkologie / Hämatologie, Kantonsspital St.Gallen, MD, L. Weber, MD, G. Zimmermann, AKP, N. D'Addario, MD, C. Knipping, Höfa / Onkologie

Eine erste Evaluation nahmen wir vor mit den Fragen:

- Ändert sich die Teamkompetenz?
- Wie gut erfassen wir aus Patientensicht den Schmerz? Wie gut ist er informiert?

In einem Zeitraum von Juni 1999 bis Mai 2000 haben wir auf der Palliativstation am Kantonsspital St.Gallen/Schweiz so den schrittweisen Ablauf bei der Schmerzbehandlung von der Diagnostik bis zur Behandlung und ihre Evaluation standardisiert. Wir zeigen dieses Vorgehen hier ebenso wie auch die Diskussion über unserer Meinung nach in der Zukunft notwendigen und bereits eingeleiteten Veränderungen im Bereich der Vor-, Mit- und Nachbehandler (spitalintern, spitalextern), damit «pain management» für den Patienten und seine Angehörigen Verlässlichkeit und Kontinuität bedeutet.

Eine erste Evaluation der Auswirkungen für das Team und die Patienten hat nicht statistische Signifikanz zum Ziel, sondern die Erfassung von Möglichkeiten und Problemen im Rahmen einer Pilotphase.

#### Methodik

Im Juni 1999 wurde im Rahmen einer Neuorganisation des Teams und Stellenantritt des neuen Oberarztes der diagnostische und therapeutische Ablauf modifiziert, und insbesondere für den Bereich «Schmerz» standardisiert.

#### A) Das «Wie» der Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung

Tritt ein Patient ein, kommt folgendes Vorgehen zum Tragen:

1. Das *Wie erfassen wir*: auf Grundlage des multidimensionalen Symptom-Assessment der Palliative Care (zitiert beispielsweise im Curriculum der EAPC von 1993 (4) erarbeiteten wir ein kurzes Anamneseraster, in dem die Probleme in den einzelnen Bereichen Bio, Psycho, Soziales und Spirituelles im Eintrittsgespräch zwischen Patient und Assistenzarzt ebenso erfasst werden, als auch mögliche individuelle Ressourcen für die Symptomverbesserung (in Anlehnung an die Salutogenese, vgl. (5)). Bei der Schmerzproblematik kommt ein eigenes Analyse- Instru-

ment hinzu, welches unter anderem das individuell akzeptable Schmerzniveau ebenso «misst» wie psychosoziale Folgeveränderungen durch den Schmerz. Nur die beiden subjektiv wichtigsten Schmerzlokalisationen bzw. -qualitäten werden dokumentiert und in der Folge auch evaluiert. Dies setzt eine Prioritäten-Setzung in Verhandlung mit dem Patienten voraus.

2. Das *Wie koordinieren wir* ergibt sich aus Schritt eins: das Anamneseraster dient als Grundlage für die Ursachenklärung/Veranlassung weiterer Diagnostik gemeinsam mit dem Oberarzt, und dann auch als Planungsinstrument für das weitere Vorgehen. Welche Profession braucht es noch, z.B. den Sozialarbeiter bei massivem Distress durch völlig unzureichende häusliche Unterstützung (was durchaus zur Schmerzverstärkung beitragen kann), oder einen Physiotherapeuten zur Applikation von TENS etc.. Das Anamneseraster wird im Rahmen der Erstverordnung auch an die Pflegenden in Kopie weitergegeben und kommuniziert, was nicht nur Koordination und Kohärenz erzeugen, sondern auch Doppelspurigkeit bei der Pflegeanamnese vermeiden hilft.
3. *Wie informieren wir den Patienten?* Hier greifen wir auf die vorbestehende Informationsbroschüre der Schweizerischen Krebsliga zurück, die als Grundlage für weitere Aufklärung, auch mit den Angehörigen dient. Sie behandelt umfassend die brennenden Fragen z.B. der Skepsis vor Morphin-Therapie, und ist zudem noch in verschiedenen Sprachen verfügbar. Diese Information wird zusammen mit der Instruktion zur Benutzung des Schmerzprotokolls durch die Pflegenden an den Patienten, und wenn möglich auch an den Partner abgegeben. Die Gefahr «einmal verteilt, nie mehr diskutiert» wird durch die regelmässige Evaluation des Protokolls zusammen mit dem Patienten weitgehend vermieden.
4. *Wie wir evaluieren*:
  - a) Mit einem detaillierten Leitfaden zur Anwendung des Schmerzprotokolls tragen wir unter anderem folgenden Problemen Rechnung: häufig wird tagelang ein Protokoll geführt, ohne dass klar ist, wer für die Auswertung verantwortlich zeichnet. Auch die Limitierung im Layout auf 3 Protokoll- Tage soll vermeiden, dass unter Umständen eine erneute Evaluation unterlassen wird, ob bei fehlendem Effekt der eingeleiteten Massnahmen eine neue/

progressive/nicht durch Opiode behandelbare Ursache vorliegt. Verschiedene Symbole für Ruhe- und Bewegungsschmerz, und auch unterschiedliche Gestaltung von Tages- und Nachtzeiten erleichtern den Überblick.

- b) Das Instrument der Visuellen Analog Skala (VAS) wurde beibehalten.
- c) Täglich wird im Rahmen der Visite eine interdisziplinäre Beurteilung/Zwischenauswertung mit ggf. Anpassung der Medikation/Einbeziehung weiterer Therapeuten vorgenommen.

Zwei weitere «Pfeiler» runden das systematische Vorgehen beim Problem Schmerz in palliativer Situation ab:

- 5. Ein aus verschiedenen internationalen Leitfäden (siehe auch 14,15) verdichtetes und an die verfügbaren Medikamente angepasstes medikamentöses Stufenprogramm mit Mut zur Kürze, da eine mindestens spitalweite Anwendbarkeit angestrebt wird und
- 6. Das «Instrument» des «Runden Tisches», eines immer am Ende der ersten Hospitalisationswoche stattfindenden Austausch-/ Informations-/ und Planungstreffens mit den Angehörigen, dem Patienten und Vertretern des Teams (6). Dieser «Runde Tisch» hat sich als wesentliche Veranstaltung zum einen für eine Zwischenevaluation, aber auch zum Erkennen bisher versteckter Stressoren (z.B. familiäre Konflikte, aber auch sehr einseitiges Coping) bewährt. Hier erfolgt die eigentliche Zielvereinbarung mit dem Patienten, was denn durch die ganze (Schmerz)- Behandlung erreicht werden soll.

Allen Veränderungen ist eigen, dass sie kurz in Schrift und Zeit (keine Mehrbelastung), auch vom Nicht-Spezialisten einsetzbar (Nacht-, Wochenenddienst, Ferien, Personal-Fluktuation), an internationale Standards angepasst und patienten- bzw. angehörigen- orientiert sind.

*«Instrumente» zur Schmerzdiagnostik, – integration und Behandlung auf der Palliativstation am Kantonsspital St. Gallen*

- multidimensionales Assessment-Raster
- spezielles Erfassungsblatt Schmerz
- Leitfaden zur Arbeitsteilung (Arzt-Pflege) und Vorgehen bei Anwendung des Schmerzprotokolls

- Neu gestaltetes Schmerzprotokoll
- Nutzung der Informationsschrift der Schweizerischen Krebsliga zum Thema Schmerz für die systematische Patienten und Angehörigeninformation
- sogenannter «Runder Tisch» als regelmässiges Treffen zur Information/Evaluation/Planung zwischen Patient, seinen Angehörigen und Teamvertretern (spätestens nach 7 Behandlungstagen)
- kurzer Leitfaden zur WHO-Stufentherapie und zur Opiat-Therapie (je eine DIN A4-Seite)

## B) Team-Befragung

Im Rahmen dieses Projektes führten wir zur Beantwortung der Frage «Ändert sich die Teamkompetenz?» eine Befragung der mindestens 50% angestellten, diplomierten Pflegenden durch. «Wie sicher fühlen sich die einzelnen Teammitglieder bei bestimmten Themen/Handlungen in der Palliative Care?». Diese Befragung fand vor Beginn der Neuorganisation im Juni 1999 statt, und wurde dann im Mai 2000 wiederholt. Ziel war nicht die Erfassung der intraindividuellen Veränderung, sondern die Erfassung der Team-Kompetenz im Gesamten unabhängig von personellen Veränderungen. Auch ein unvermeidbarer personeller «Turnover» soll nicht zu einer Einbusse an Teamqualität führen (16). Die Befragung wurde in diesem ersten Schritt auf die Pflegenden limitiert, da sie den Kern-Funktionsbereich der Abteilung darstellen.

Wir benutzten ein Instrument zur Erfassung von Kompetenz-Selbsteinschätzung. Als Modell diente der Fragebogen zur Verlaufs-Evaluation kommunikativer Fähigkeiten in der Psychoonkologie, entwickelt von Fallowfield (7). Die Selbsteinschätzung erfolgt auf einer 10-cm VAS-Skala. Wir modifizierten den Fragebogen entsprechend der Kriterien bzw. Anforderungen der Palliative Care (4); es ergab sich ein 18-Fragen-Evaluationsbogen. Die Technik der VAS ist allen Pflegenden nicht zuletzt durch die Schmerzevaluation sehr geläufig, die Verständlichkeit ist hoch. Die Validität von VAS-Instrumenten als Test-Instrument für subjektive Testgrößen konnte insbesondere durch die Forschung im Bereich der Lebensqualität gezeigt werden (8).

### C) Patienten-Befragung

Jede Veränderung stellt die Frage, wie hilfreich diese Massnahmen für den Patienten sind.

Wie bei der VAS-Skala steht die subjektive Einschätzung im Vordergrund. Schwierigkeiten entstehen jedoch in der Palliativmedizin immer beim Thema Evaluation: weit fortgeschrittene Erkrankungen limitieren die «Testbatterie» der Untersucher. Das Standardwerk der Palliativmedizin beinhaltet dementsprechend keine klaren Hinweise auf reliable Testinstrumente vor allem bei sterbenden/kognitiv beeinträchtigten Patienten (10). Wir verwendeten deshalb ein eigenes Instrument, welches den Anforderungen der Palliativsituation möglichst nahe kommt: kurz und leicht verständlich.

Die Einschlusskriterien für diese erste Evaluation waren: deutsche Muttersprache, Schmerz = Hospitalisationsgrund und palliative Situation gemäss WHO-Definition.

Erste Ergebnisse zeigen wir anhand von 6 Patientenbeispielen. Die Idee ist es, sich nicht zusehr allein durch die VAS-Schmerz erfassung in Sicherheit zu wiegen, nun tatsächlich das subjektive Schmerzausmass zu erfassen, sondern in einer Art Zwischenbilanz den Patienten die Güte der Erfassung und der Information bestimmen zu lassen. Zusätzlich soll die Fremdeinschätzung durch das Team auch bei bewusstseinsgetrübten Patienten eine Evaluation ermöglichen, wobei das Team vor allem seinen «systematischen» Fehler in der Beurteilung des Schmerzausmasses des Patienten kennenlernen soll (vgl. Higginson 9).

Die Fragen «Wie wurde Ihrer Meinung nach von Seiten der Pflegenden und der Ärzte das Ausmass Ihrer Schmerzen erfasst?», «Wie sind Sie über die Ursachen/Mechanismen/Behandlungsmöglichkeiten Ihrer Schmerzen informiert?» und «Fühlen Sie sich in der Lage, Ihre Schmerzen zumindest teilweise selbst zu behandeln?» wurden am 14. Tag

### Resultate

#### TEAM-Befragung

Kompetenz-Bereich	N Juni 1999: 7 Mai 2000: 8	Juni 1999 Durchschnitt	Mai 2000 Durchschnitt	P
Definition		7.1 (SD 2.4)	8.8 (SD 0.6)	0.065
Einverständnis		5,7 (SD 3,3)	6,9 (SD 1,5)	0,258
Angehörige		7,1 (SD 2,2)	7,7 (SD 1,5)	0,394
Schmerz		5,8 (SD 2,8)	7,0 (SD 2,0)	0,268
Zytostatika		4,0 (SD 2,7)	5,2 (SD 3,0)	0,211
Grundpflege		8,2 (SD 1,7)	8,4 (SD 0,7)	0,325
Interdisziplinarität		7,1 (SD 2,3)	7,8 (SD 1,6)	0,405
Atemnot		7,4 (SD 1,8)	8,2 (SD 0,7)	0,286
Müdigkeit		6,6 (SD 2,0)	7,5 (SD 1,3)	0,378
Misstrauen		6,9 (SD 1,1)	7,2 (SD 1,6)	0,580
Lehre		6,4 (SD 2,3)	7,4 (SD 1,4)	0,233
Umgang Tod		7,8 (SD 1,5)	8,3 (SD 0,7)	0,485
Sterbebegleitung		7,2 (SD 2,1)	7,8 (SD 1,6)	0,523
Psychosoziales		6,6 (SD 1,2)	6,8 (SD 2,0)	0,900
Krisenintervention		5,6 (SD 1,6)	7,0 (SD 2,2)	0,183
Erholung		7,7 (SD 1,5)	8,6 (SD 0,7)	0,050
Ethik		6,7 (SD 1,9)	7,4 (SD 0,9)	0,407
Lebenshilfe		6,6 (SD 1,6)	7,8 (SD 1,5)	0,356
Gesamt		6,7	7,6	

Tabelle 1, Ergebnisse der Selbsteinschätzung

nach Hospitalisation jeweils blind für die Anderen direkt an den Patienten, seine Bezugspflegerin und den Assistenzarzt gestellt. Die Koordination der Befragung übernahm der Oberarzt.

Eine statistisch signifikante Verbesserung ergibt sich für keinen Kompetenzbereich. Allein bei der Fähigkeit zur Erholung wird ein gerade signifikanter p-Wert erreicht.

Einer der Bereiche mit niedrigem Score war 1999 das Thema Schmerz. Auch wenn die Anzahl der Testpersonen gering ist, was statistische Aussagen relativiert, zeigt sich doch, dass gerade in diesen Bereichen mit niedrigen Scores, darunter Schmerz und Krisenintervention, eine deutliche Verbesserung bei der subjektiven Einschätzung des Sicherheitsgefühls erreicht werden konnte. Es ist heute selbstverständlich, dass beispielsweise Fragen der Umrechnungsfaktoren bei der Opiattherapie oder mögliche Gründe für fehlende Verbesserung der Schmerzen nicht nur durch die Ärzte, sondern in der täglichen gemeinsamen Patientenbesprechung vor allem auch von den Pflegenden diskutiert und geklärt werden. Diese tägliche «Kardexvisite» (30 Minuten am gemeinsamen Tisch) stellt sich als essentiell in der Steigerung der Teamkompetenz heraus: alle Teammitglieder vom Oberarzt bis zur Lernenden sind hier zugegen; differentialdiagnostische Überlegungen werden hier ebenso besprochen wie das weitere Vorgehen mit sehr gestressten Angehörigen oder aber eben Schmerzevaluationen.

Erfreulich ist, dass in allen Bereichen die Kompetenz verbessert werden konnte, wenngleich auch eher numerisch als statistisch. Zudem ist die Streuung bei den Selbsteinschätzungen, abzulesen an den Standardabweichungen (SD), in den meisten Bereichen rückläufig. Auch dies nehmen wir als Indikator für ein zunehmend homogenes Team, wo nicht nur einzelne Mitglieder die Leistungsträger sein sollen.

#### Patienten-Befragung

6 konsekutive Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden zwischen Mitte Februar und Mitte März 2000 rekrutiert. Durch die Abwesenheit des das Projekt initiierenden Oberarztes während dieses Zeitraums wurde sichergestellt, dass diesen Patienten keine unrealistische «Überaufmerksamkeit» bezüglich des systematischen

Vorgehens zukam. Alle Patienten durchliefen das oben beschriebene Vorgehen (Schritt 1 – 6). 4 Patienten hatten ein weit fortgeschrittenes Krebsleiden, 1 Patient eine chronisch progrediente Osteomyelitis, und ein Patient eine degenerative Spinalkanalstenose mit St. n. mehreren operativen Interventionen.

Bei 5 von 6 Patienten ergab das Schmerz-Assessment mehr als eine Schmerzlokalisierung oder –qualität. Bei ebenfalls 5 von 6 wurden mehr als nur organische («Bio») Faktoren im Schmerzgeschehen als relevant beurteilt. Bei 3 von 6 Patienten war die Kommunikation zumindest am Tag der Befragung durch Müdigkeit/Bewusstseinsstrübung stark beeinträchtigt (potentiell nicht reversible Gründe, keine Hypercalcämie, Niereninsuffizienz etc.).

#### Aus Sicht der Patienten:

Das Ausmass der Schmerzen wurde von den Pflegenden und Ärzten überwiegend gut erfasst. Bei der geringen Fallzahl lässt sich ein Trend beim Assistenzarzt zur überoptimistischen Einschätzung nicht sicher verifizieren.

Auch die Information über Ursachen/ Mechanismen/ Behandlungsmöglichkeiten scheint gut, wobei die Pflegenden diesen Umstand eher unterschätzen.

Die Möglichkeit zur zumindest teilweisen Selbstbehandlung scheint zu korrelieren mit dem Performance- status, bzw. der Komplexität der Schmerzen. Bei Patient 5 mit gutem Performance-Status (ECOG 2) und nur einer Schmerzlokalisierung und-qualität (infolge einer Lendenwirbelkörper-Metastase) ist das diesbezügliche Selbstzutrauen sehr gut, was durch einen offensichtlich guten Informationsstand und eine gute Einschätzung des Ausmasses komplettiert wird.

Die Frage, ob die gute Einschätzung des Ausmasses aus Patientensicht gleichgesetzt wird mit guter Schmerzkontrolle, oder andersherum, dass nur ein mit der Schmerzbehandlung zufriedener Patient «gute Noten» für Beurteilung und Information geben würde, kann nur näherungsweise beantwortet werden. Patient 3 beispielsweise (HNO-Tumor, mehrere Schmerzqualitäten, major depression) ist ein sehr ungenügend schmerzbehandelter Patient. Im Schmerzprotokoll erscheinen wiederholt, nachts und tagsüber, fast immer in Ruhe, Schmerzintensitäten von 6 – 8, was dem

als akzeptabel benannten Niveau von 3 – 4 in keiner Weise entspricht. Er stuft aber die Beurteilung durchs Team sowie die Information je als «gut» ein. Seine Selbstbehandlungsmöglichkeit sieht er jedoch als ungenügend an, was vor allem durch eine ausgeprägte Sehstörung im Rahmen des Tumorgeschehens bedingt ist.

#### Aus Sicht des Teams:

Pflegende scheinen die Defizite der Patienten besser zu erfassen als Ärzte. Dies deckt sich mit früheren Ergebnissen aus der Literatur. Wir können gemeinsam jedoch feststellen, dass durch unser koordiniertes Vorgehen sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Ärzten positive Veränderungen stattfinden: Ärzte müssen sich an die vereinbarten Standards halten, was zunächst zwar «die künstlerische Freiheit» einschränkt, aber dann zu deutlich besserer Behandlungssicherheit führt. Pflegende werden in ihrer Kompetenz als Evaluationspartner der Patienten klar gefordert, sind mitverantwortlich, zeigen aber dadurch eine deutliche Steigerung ihres Wissens und der selbstständigen Problemlösung bei der Schmerztherapie (z.B. die verschlechterte Schmerzkontrolle bei Subileus ist wohl auf die schlechtere enterale Resorption zurückzuführen: Wechsel des Applikationswechsels). Und: die Patienten sehen sich zunehmend als Partner, werden als solche auch gefordert («fällt Ihnen beim Schmerzprotokoll etwas auf?», «Was würden Sie jetzt zuhause machen?»), und die resultierende Beziehung ist gekennzeichnet von sehr viel Respekt, Direktheit und letztendlich auch Vertrauen. Letzteres zu evaluieren ist nahezu unmöglich; die positiven Reaktionen der Angehörigen über den Umgang miteinander mögen jedoch als Gradmesser dienen.

Die grösste Einschränkung und Unsicherheit dieser ersten Patientenevaluation ergibt sich sicher durch den hohen Anteil an teilweise bewusstseinsgetrübten, bzw. durch Müdigkeit in ihrem Urteilsvermögen und Eigenaktivität beeinträchtigten Patienten.

#### Diskussion

Die grosse Frage, ob durch ein solches systematisches Vorgehen der praktischen Umsetzung von

Wissen über Schmerz-Assessment, -Therapie, Verlaufsevaluation und Patienteninformation auch der schwerkranke Schmerzpatient profitiert, kann nicht beantwortet werden. Dies war auch nicht das Ziel dieser Arbeit. Wir wollten zunächst überhaupt die praktischen Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass eine Qualität der palliativen Schmerztherapie entstehen kann, und in einem nächsten Schritt dann auch quantitative und qualitative Evaluationen durchführbar werden:

1. Eine grössere Zahl von Patienten evaluieren
2. Unsere Ergebnisse mit denen einer anderen Abteilung vergleichen, was im Rahmen eines spitalweiten Qualitätsprojekts zum Umgang mit Krebschmerzen möglich sein wird.

Das hier geschilderte Vorgehen hat unseres Erachtens wesentliche Verbesserungen gebracht, die sich nur teilweise in der gestiegenen Team-Kompetenz widerspiegeln. Wir betonen hier, dass sich dieses Vorgehen vor allem für den stationären Bereich anbietet, wobei die Prinzipien kurz, übersichtlich, einfach, und kein Mehraufwand an Zeit sicherlich auch für den ambulanten Bereich qualifizieren:

- die in der Palliative Care als eigene Qualität angesehene und geforderte Teamarbeit wird durch dieses klare Vorgehen wesentlich erleichtert
- nur durch einen derart standardisierten Ablauf lassen sich unseres Erachtens überhaupt erst verschiedene Variablen z.B. der palliativen Schmerztherapie testen, die sonst durch ständig wechselnden Test-Bedingungen zu einer noch grösseren Unsicherheit in der Dateninterpretation beitragen, als in der Palliative Care ohnehin schon besteht: können wir bspw. schneller eine initiale Schmerzkontrolle mit anderen medikamentösen Regimes erreichen? Wieviel Schmerz wird allein durch ein koordiniertes Profi-Team gemindert? Welche Faktoren machen eine Evaluation so schwierig?
- ein normaler «Personal-Turnover» im Team wirkt sich ohne Standards in der Palliative Care für die Qualität genauso fatal aus, wie in jedem anderen Bereich. Das Wissen und Vorgehen darf nicht von der An- oder Abwesenheit bestimmter Schlüsselfiguren abhängen. Wir konnten durch die Abwesenheit einer sol-

- chen Schlüsselfigur in der Testphase sehen, dass das «System» trotzdem erfolgreich arbeitete.
- ein schlüssiges Vorgehen seitens des Teams ist Voraussetzung dafür, dass der Patient, sofern nicht bereits in der Sterbephase, sich selbst als Schmerz-Spezialist schulen kann, und die bei Tumorschmerzen so häufigen raschen Wechsel an Intensitäten auch zuhause zumindest teilweise meistern kann (Stichwort: der kompetente Patient)
  - Angst, Unsicherheit und das Gefühl von Ausgeliefert – Sein sind wesentliche die Schmerzintensität mitbeeinflussende Faktoren, welche durch solch ein klares Vorgehen, aber auch über das Ziel Hilfe zur Selbsthilfe wesentlich eingedämmt werden können (vgl. Forschungen über «patient-controlled-analgesia» Citron et. al.(11))

Es werden die Grenzen der direkten Patienten-Evaluation erneut sichtbar, die in der Palliative Care, insbesondere bei Patienten in terminaler Phase, so häufig diskutiert aber so schwer zu überwinden sind (Robbins in (12)). Besteht die Kommunikationsfähigkeit nicht mehr oder nicht mehr zuverlässig, sind die subjektiven Mess- Instrumente seitens der Patienten, und seien sie noch so einfach, kaum mehr brauchbar.

Das macht auch deutlich, dass – spricht man über Verbesserungen in der Schmerztherapie in der Palliative Care – man wahrscheinlich viel mehr differenzieren muss, in welchem «Stadium» der palliativen Situation sich der Patient befindet: geht es eher um Rehabilitation, wo die Rückkehr in ein weitgehend selbstbestimmtes Umfeld trotz weit fortgeschrittener Erkrankung realistisch ist? Oder ist die Hauptaufgabe Unterstützung in der Sterbephase, wo Zukunftsziele und «Hilfe zur Selbsthilfe» schon weit in den Hintergrund getreten sind? Eine bessere Charakterisierung dieser unterschiedlichen Gegebenheiten wird wahrscheinlich die Evaluierbarkeit verbessern helfen.

Und: gelingt es, derartige praktische Vorgehensweisen zumindest in den Grundzügen spitalweit, und besser noch auch bei den Weiterbehandlern auch ausserhalb zu koordinieren, d.h. über diese Umsetzung die für den Patienten so sicherheits-

spendende Kohärenz des Vorgehens zu schaffen, dann könnte sich die eingangs beschriebene Lücke zwischen Forschung und Praxis (the research-to-practice-gap) allmählich verringern (1). So haben wir dieses Vorgehen speziell unter dem Gesichtspunkt der «Nachhaltigkeit» entwickelt.

Ab Juli 2000 wird deshalb im Rahmen eines Qualitäts-Projekts zum Umgang mit Krebs-schmerzen und in Zusammenarbeit mit der Schmerzkampagne der Schweizerischen Krebsliga, dieses Vorgehen einer spitalweiten Diskussion und Anwendung ausgesetzt.

Der Beginn eines «palliativen Brückendienstes» ab August 2000 als ärztlicher und pflegerischer Unterstützungsdienst insbesondere in den ersten Tagen nach Austritt soll auch dazu beitragen, mit den Hausärzten die Vorgehensweise bei der Schmerzbehandlung zu diskutieren und wenn möglich zu koordinieren. Diese Verbreitung nach innen und aussen wird auch dazu beitragen, unser Modell den Bedürfnissen und Bedingungen von Nicht-Palliativ-Spezialisten anzupassen. Und das ist ja eines der Ziele: dass solch eine praktische Umsetzung nicht eine neue «Theory-to-practice-gap» ergibt, sondern wirklich «praktisch» ist.

#### Literatur

1. Breitbart W et.al (1998) The Network project: a multidisciplinary education and training program in pain management J Pain Symptom Manage, 15 (1), 18 – 26
2. Foley K. (1987) Pain syndromes in patients with cancer Med Clin North Am, 71 (2), 169 – 84
3. Dufault MA, Willey-Lessne C (1999) Using a collaborative research utilization model to develop and test the effects of clinical pathways for pain management J Nurs Care Qual, 13 (4), 19 – 33
4. EAPC Curriculum: Report and recommendation for education and training Brussels 1993, edited by Instituto Nazionale dei Tumori, Milano
5. Schüffel W. et. al. (Hrsg.) Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis, 1999, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft
6. Eychmüller S, Abrecht T (1999) Der Runde

- Tisch, Infokara, 1; 34 – 38
7. Fallowfield L et al. (1998) Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the UK *J Clin Oncol* 16: 1961 – 68
  8. Bernhard J, Hürny C (1991) Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von Lebensqualitätsvariablen in klinisch-onkologischen Studien in: Schwarz R (Hrsg): *Lebensqualität in der Onkologie*, München: Zuckschwerdtverlag, 62 – 73
  9. Higginson I, McCarthy M (1993) Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families? *Pall Med*, 7, 219 – 28
  10. Doyle D. et. al. (Hrsg.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 1998, Oxford University Press, 203 – 215
  11. Citron ML et al (1992) Patient-controlled analgesia for cancer pain: a long term study of inpatient and outpatient use *Cancer Invest* 10 (5), 335 – 41
  12. Robbins M (1998) *Evaluating Palliative Care*, Oxford Univ. Press, 34 – 58
  13. Rowbotham MC (1995) Chronic pain: from theory to practical management *Neurology*, 45 (Suppl9), S5 – 10
  14. Field GB, Parry, J (1994) Pain control: some aspects of day- to -day management *Eur J Cancer Care*, 3 (2), 79 – 86
  15. Cherny NI, Portnoy RK (1994) The management of cancer pain *CA Cancer J Clin*, 44 (5), 263 – 303
  16. Weissman DE et al. (1997) A role model program to promote institutional changes for management of acute and cancer pain *J Pain Symptom Manage* 14 (5), 274 – 9

*Papiere, auf die verwiesen werden können  
via e-mail pallnet@kssg.ch bestellt werden.*

*Anschrift für die Verfasser:  
Dr. med. Steffen Eychmüller  
Palliativstation  
Department Innere Medizin  
Kantonsspital  
CH-9007 St. Gallen*