

**SUPPORT**

**Südniedersächsisches Projekt zur Qualitätssicherung der palliativmedizinisch orientierten Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen**

**1. Zusammenfassung**

Das Wissen um Ätiologie, Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen wurde in den letzten Jahren kontinuierlich erweitert. Jedoch kam es nicht zu einem nennenswerten Transfer in die breite therapeutische Praxis. Gerade bei Krebspatienten stellt das Auftreten von starken bis stärksten Schmerzen noch immer ein großes Problem dar. Der Bedarf für eine gezielte, interdisziplinäre Schmerztherapie ist deshalb weiter groß, jedoch mit den gegenwärtigen Versorgungsstrukturen kaum zu gewährleisten. Als Ursachen für diese unbefriedigende Situation kommen u.a. folgende Punkte in Frage:

- Fehlende Kenntnisse und problematische Einstellungen bei Ärzten und Pflegekräften.
- Unzureichende Realisierung einer ganzheitlichen Betreuung im Sinne des *Palliative Care*-Konzeptes gemäß WHO-Definition (1990).
- Unzureichende Strukturen im Gesundheitswesen (z.B. keine effiziente Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen, unterschiedliche Ansprechpartner).

Eine Verbesserung der Qualifikation, Unterstützung und Koordination aller Beteiligten im Bereich ambulanter Betreuung und an der Schnittstelle zur stationären Versorgung kann dazu beitragen, daß Schmerzpatienten (insbesondere Tumorpatienten in allen Stadien ihrer Erkrankung) häufiger als bisher suffizient ambulant schmerztherapeutisch versorgt werden können. Mit dem seit 01.12.1996 laufenden Modellprojekt will die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) mit ihren Kooperationspartnern aus allen Bereichen des Gesundheitssystems in Südniedersachsen eine Verbesserung der Betreuung von Patienten mit Tumorschmerzen initiieren.

Zielgruppen des Projektes sind alle in die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung involvierten Berufsgruppen und Organisationen. Die dabei zu vermittelnden Fortbildungsinhalte sind aber nicht auf den Aspekt Tumorschmerzen beschränkt, sondern beziehen den Bereich Palliativmedizin insgesamt mit ein.

Eine verbesserte palliativmedizinische *Patientenversorgung* soll durch die folgenden Maßnahmen erreicht werden:

1. Identifizierung der strukturellen Probleme und Analyse der Ursachen für die Nichtdurchführung bzw. die fehlerhafte Durchführung anerkannter adäquater Therapieformen.
2. Qualifizierung der verschiedenen Versorgungsträger durch gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung. Vermittlung international anerkannter therapeutischer Standardkonzepte.
3. Organisation der Kooperation der verschiedenen Versorgungsträger und Berufsgruppen. Initiierung regionaler Qualitätszirkel (QZ) mit Praktikern und Klinikern zum Thema „pain management“. Ziel ist die Implementierung und praktische Erprobung von Standards für die ambulante und stationäre Schmerztherapie.
4. Etablierung mobiler *Palliative-Care-Teams*, die dazu beitragen sollen, Lücken im Übergangsbereich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu schließen.

Erklärtes Ziel des Projektes ist es, mittelfristig die vorstehend beschriebenen Maßnahmen auch in anderen Regionen Deutschlands zum Bestandteil der *Regelversorgung* werden zu lassen.

**2. Status quo in der kurativen und palliativen Therapie von Tumorschmerzpatienten**

Im Verlauf seiner Krebserkrankung durchläuft der Patient verschiedene Behandlungsstadien, wobei zunächst die kurativen Maßnahmen im Vordergrund stehen. Die entsprechenden Behandlungsformen (z.B. Operation, Chemo-, Strahlentherapie) verfolgen

das Ziel der *curatio*, also einer möglichst kompletten Heilung der Tumorerkrankung.

Erst wenn dieses Ziel der *curatio* nicht mehr erreicht werden kann (z.B. bei Erstdiagnose im bereits fortgeschrittenen Tumorstadium, Lymphknotenbefall und/oder ausgedehnter Metastasierung), werden *palliative Maßnahmen* ergriffen. Diese Interventionen dienen der Behandlung typischer, mit der Erkrankung einhergehender Beschwerden. Obwohl hier neben der palliativmedizinischen Behandlung (hier insbesondere der *medikamentösen Schmerztherapie*) durchaus auch am Tumor ansetzende operative, chemo- und strahlentherapeutische Maßnahmen zur Anwendung kommen, steht dabei nicht mehr die *curatio*, sondern die Erhaltung der individuellen Lebensqualität des Patienten stets im Vordergrund aller Bemühungen.

In der Regel gerät erst gegen Ende des Krankheitsverlaufs, wenn die zunehmende Hilfsbedürftigkeit des Patienten neben einer onkologischen auch eine pflegerische und ärztliche Betreuung zu Hause erfordert, das Schmerzproblem in den Vordergrund ärztlicher Bemühungen.

Bei besonderen Beschwerdekombinationen oder schwierigen sozialen Umständen (z.B. Überforderung der Familie, Alleinlebende) können die Patienten in spezielle stationäre Einheiten (z.B. Palliativstationen, Hospize) aufgenommen werden. Allerdings sind solche Spezialeinrichtungen noch nicht flächendeckend zur Verfügung (insbesondere der ländliche Bereich ist hier unterversorgt).

Oft wird heute in der Bundesrepublik die Meinung vertreten, daß eine kompetente Schmerztherapie zum jeweiligen medizinischen Fachgebiet gehört und selbst in schwierigen Fällen keiner eigenen organisatorischen Strukturen bei der Versorgung bedarf.

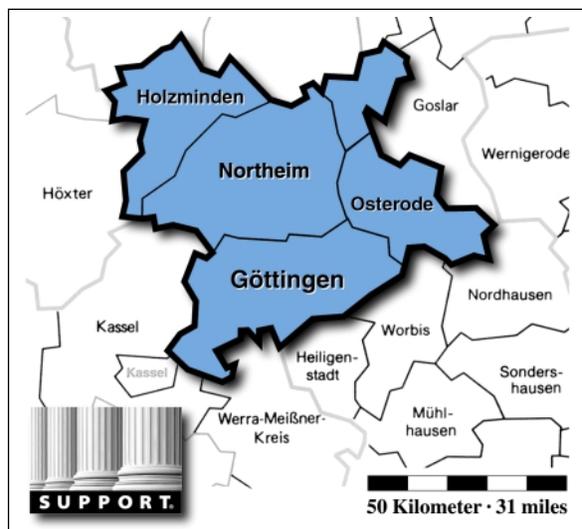


Abbildung 1: Gebietsgrenzen des Bezirksstellenbereichs Göttingen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, welche die Interventionsregion des Modellprojektes definieren.

Aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, daß die Versorgungslage von Patienten mit chronischen Schmerzen durch einen weitgehenden Mangel an qualifizierten schmerztherapeutischen Einrichtungen und Rehabilitationsmaßnahmen gekennzeichnet ist.

Als Resümee bleibt festzustellen, daß es unter den vielfältigen Trägern der palliativen Versorgung (Kliniken, onkologische Schwerpunktpraxen, Facharztpraxen, Hausarztpraxen, Palliativstationen, Hospize, Hauskrankenpflegedienste, andere Pflegeeinrichtungen) eine beträchtliche *Diffusion von Verantwortlichkeit und Zuständigkeit* gibt. Das gilt besonders für städtische Versorgungsbereiche mit ihren differenzierteren Versorgungsstrukturen.

Zudem bestehen *gravierende Mängel hinsichtlich des verfügbaren theoretischen Wissens und der praktischen Fähigkeiten*; dies gilt für Klinikärzte und Hausärzte gleichermaßen.

### 3. Ursachen der bestehenden Versorgungsdefizite

Ungenügende theoretische und praktische Kenntnisse sowie mangelndes Interesse am Phänomen Schmerz und der Schmerztherapie einerseits, problematische Einstellungen, Vorurteile und Ängste bei Ärzten, Pflegekräften und bei den Patienten andererseits stellen die wesentlichen Ursachen für die bestehenden Versorgungsdefizite dar. Insbesondere die medikamentöse Schmerztherapie mit Nicht-Opioiden und Opioiden nach den Richtlinien der WHO wird häufig nicht adäquat durchgeführt. Die am häufigsten zu beobachtenden Behandlungsfehler sind:

- Durchführung einer nichtangepaßten „Standardtherapie“ ohne Berücksichtigung der zugrundeliegenden Schmerzmechanismen und der individuellen Begleitsymptome und ohne Kontrolle der Wirksamkeit der Medikation.
- Der Einsatz potenter Analgetika wird gegen alle gültigen Therapieempfehlungen immer weiter hinausgeschoben (Opioide nur als „ultima ratio“). Das führt dazu, daß viele Patienten unter Schmerzen sterben, ohne je eine ausreichende Schmerzlinderung erfahren zu haben<sup>1</sup>.

- Zu niedrige Dosierungen oder Verordnung von Medikamenten mit zu geringer analgetischer Potenz verhindern eine ausreichende Schmerzreduktion.
- Falls tatsächlich potente Analgetika verordnet werden, führen zeitlich nicht adäquat verteilte Analgetikagaben häufig dazu, daß der analgetisch wirksame Dosisbereich immer wieder verlassen wird. Die gravierenden Folgen sind Durchbrechen von Schmerzen, Entzugssymptomatik und toxische Konzentrationspitzen mit entsprechender Gefährdung durch das Auftreten von Nebenwirkungen.
- Es erfolgt keine oder nur eine unsystematische, oberflächliche Kontrolle der analgetischen Wirksamkeit.
- Die vorausschauende Behandlung von Nebenwirkungen unterbleibt, was die Compliance der Patienten erheblich verschlechtert.

Die Mehrzahl der Ärzte ist bei malignen Grunderkrankungen vor allem an einer *kurativen Behandlung* interessiert und mißt dem Schmerz nur sekundäre Bedeutung bei. Die WHO hat deshalb bereits 1990 gefordert, die therapeutischen Bemühungen bei Krebspatienten nicht einseitig auf die biologische Tumorbekämpfung zu konzentrieren, sondern schon frühzeitig im Krankheitsverlauf eine palliative Behandlung anzubieten (vgl. Abb. 2). Wir schließen uns deshalb in unserem Verständnis von palliativer Therapie einer aktuellen Definition der *Canadian Palliative Care Association (CPCA, 1995)* an:

*„Whether we can cure it or not, we can treat the symptoms of an illness. In hospice / palliative care, palliation means to treat the pain, relieve the symptoms and reduce the patient's distress to the best of our ability.“*

Aus diesem Verständnis gewinnt der Begriff der „ganzheitlichen Betreuung“ von Krebspatienten seine Bedeutung für den Bereich der *Palliative Care* (WHO 1990).

### 4. Herleitung des Ansatzes

Zusammenfassend können aktuell als wesentliche Schwachstellen in der Therapie chronisch Schmerzkranker und speziell in der palliativen Versorgung von Krebspatienten die folgenden Mängel festgestellt werden:

- *Fehlende algesiologische und palliativmedizinische Kenntnisse* der Ärzte und der anderen an der Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen beteiligten Berufsgruppen. Weil das Risiko der Entwicklung einer Sucht und die Gefährdung durch Neben-

wirkungen stark überschätzt werden sowie aus Angst vor rechtlichen Folgen wird der Einsatz von Opioiden der WHO-Stufe 3 unnötig verzögert oder ganz unterlassen.

- *Fehlende praktische Erfahrungen* mit weitergehenden Methoden der Schmerztherapie, z.B. alternativen Darreichungsformen und Applikationswegen sowie mit invasiven Methoden.
  - *Zu wenig Angebote zur ganzheitlichen Betreuung von Krebspatienten und ihren Angehörigen*. Dies ist im wesentlichen bedingt durch einen Mangel an psychologisch qualifizierten Mitarbeitern, zeitliche Limitierungen in der Praxisbehandlung, eigene Angst vor der Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterben und Tod“.
  - Die Situation wird noch zusätzlich verschlechtert durch das *Fehlen adäquater Honorierungsmaßstäbe und Abrechnungsmöglichkeiten*.
  - *Keine effiziente Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen*. Viele unterschiedliche Ansprechpartner erschweren eine kontinuierliche, qualitativ befriedigende Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Es herrscht beträchtliche *Diffusion von Verantwortlichkeit und Zuständigkeit* in der onkologischen und palliativen Therapie (Kliniken, onkologische Schwerpunktpraxen, Facharzt- und Hausarztpraxen, Palliativstationen, Hospize, Hauskrankenpflege). Definierte Zuständigkeiten und Behandlungsabläufe sind selten. Eine effiziente Koordination der verschiedenen Versorgungsträger unterbleibt oft. Da jeder Behandler die Zuständigkeit für die palliative Versorgung „bei den Kollegen“ wähnt, kümmert sich häufig niemand adäquat um diesen Bereich der Therapie.
  - Hinsichtlich der interdisziplinären Kooperation, der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (psychosoziale Dienste, ambulante Pflegedienste) oder der Vermittlung an Selbsthilfegruppen wissen Haus- und Klinikärzte meist zu wenig über Angebote und Verfügbarkeit.
- Deshalb ist es das *Hauptziel* unseres Projektes, die beteiligten Ärzte und Pflegekräfte in Klinik und Praxis durch Interventionen auf mehreren Ebenen dazu zu befähigen, bei ihren Patienten eine adäquate palliativmedizinische Basisversorgung in Form der ambulanten analgetischen Pharmakotherapie und Symptomkontrolle durchzuführen. Unsere Mediziner und Pflegekräfte mit ihrer langjährigen schmerztherapeutischen und palliativmedizinischen Erfahrung führen deshalb Aus-, Fort- und Weiterbildungen

<sup>1</sup> Es ist davon auszugehen, daß in der Bundesrepublik Deutschland jährlich schätzungsweise 3.000 - 4.000 Tumorkrankpatienten wegen unerträglicher Schmerzen Suizid begehen. Diese Zahlen wurden auf der 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes 1993 genannt.

für Ärzte und Pflegekräfte nach den Richtlinien des *Palliative Care*-Konzeptes durch.

Erst wenn eine adäquate Versorgung der Tumorschmerz-Patienten nicht möglich sein sollte, oder die spezielle Problematik eines Patienten die Kompetenzen des einzelnen Arztes überschreitet, wird das *Palliative-Care-Team*, bestehend aus einem ärztlichen Schmerztherapeuten und einer Pflegekraft, Beratung und praktische Unterstützung im ambulanten und stationären Bereich anbieten.

Dieses Team, das als Ansprechpartner schwerpunktmäßig für die aktiv am Modellprojekt beteiligten Ärzte (Kliniker wie Niedergelassene) zur Verfügung steht, ist gleichzeitig auch Anlaufstelle für Patienten, deren Angehörige und für Pflegedienste. Das *Palliative-Care-Team* steht deshalb täglich 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung.

Zusätzlich finden in der Modellregion fünf Qualitätszirkel mit mehr als 70 beteiligten Medizinern statt.

Inhaltliche Ziele der Qualitätszirkelarbeit sind:

- Sensibilisierung aller Beteiligten für den Stellenwert von Schmerztherapie und Symptomkontrolle nicht nur bei terminal Kranken.
- Vermittlung der grundlegenden Prinzipien von Schmerztherapie und Symptomkontrolle.
- Verbesserung der Kommunikation unter den verschiedenen Berufsgruppen für eine effektivere Verbindung der stationären und ambulanten Versorgung.
- Verbesserung und Sicherstellung der Lebensqualität von Krebspatienten durch ständige Verfügbarkeit einer raschen Krisenintervention.
- Kontrolle der Ergebnisqualität durch kontinuierliches Monitoring der Behandlungen. Dabei ist die Patientenzufriedenheit das wichtigste Kriterium.

## 5. Zeitrahmen des Projekts

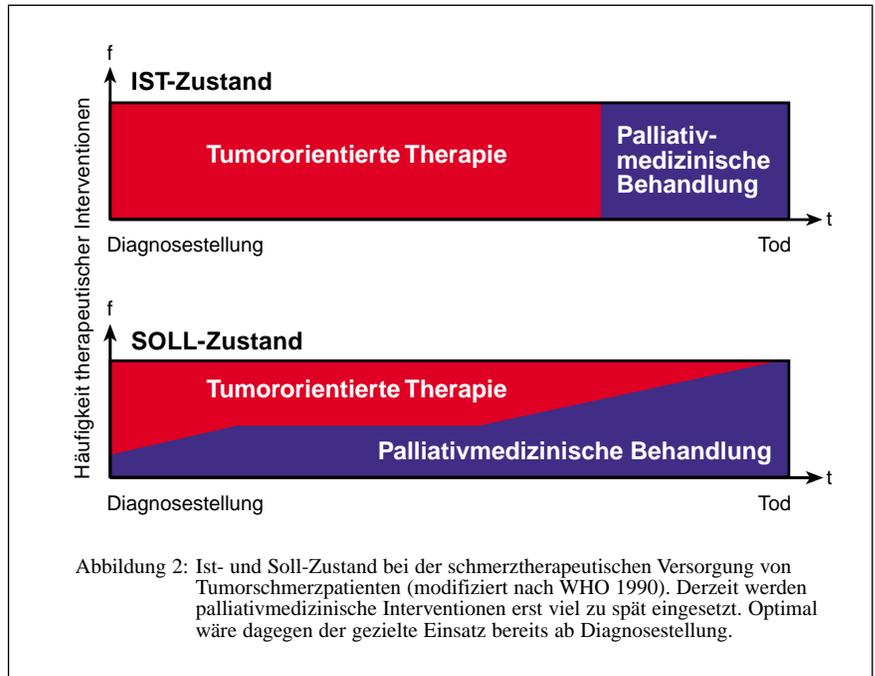
Seit dem 01.12.1996 läuft das Modellprojekt des BMG. Die Modellmaßnahme wurde inzwischen über das ursprünglich zum 31.12.1999 vorgesehene Projektende hinaus verlängert bis zum 31.12.2000.

Offen ist derzeit, wie es nach diesem Termin mit SUPPORT weitergeht.

## 6. Inhalte und Methoden

### 6.1 Repräsentative Ist-Analyse (PRAE-INTERVENTIONS-Status)

Zur Analyse der aktuellen Versorgungssituation von Patienten mit Tumorschmerzen sowie der dafür vorhandenen organisatorischen Strukturen und Behandlungsabläufe wurde zuerst



ein Survey bei einer repräsentativen Stichprobe von Klinik- und niedergelassenen Ärzten in den Regionen Göttingen, Oldenburg und Braunschweig durchgeführt. Zusätzlich zu Fragen nach interdisziplinärer Kooperation, Handling spezifischer Therapieprobleme, Verwirklichung von ganzheitlichen Ansätzen (Struktur- und Prozeßvariablen) wurden auch Fragen zum *Stand des schmerztherapeutischen Wissens* und bezüglich der *Einstellung zur Tumorschmerztherapie* erhoben.

### 6.2 Identifizierung struktureller Probleme und Analyse von Therapiefehlern

Anhand der im *Eingangssurvey* erhobenen Daten werden derzeit Schwachstellen im ambulanten und stationären Versorgungsbereich sowie an der Schnittstelle zwischen beiden Bereichen identifiziert. Dabei werden häufig auftretende Therapiefehler und Ursachen für die Unterlassung adäquater Therapiemaßnahmen analysiert, um gezielte Ansatzpunkte für eine Intervention abzuleiten.

Auch während der gesamten *Interventionsphase* des Projektes wird eine kontinuierliche Behandlungs-Dokumentation durch die QZ-Ärzte erfolgen. Darüberhinaus dokumentiert das *Palliative-Care-Team* die von ihm in der Region Göttingen durchgeführten Behandlungskontakte.

Sekundär sollen aus den kontinuierlichen Verlaufsauswertungen Ansatzpunkte für Verbesserungen des Therapieverhaltens entwickelt werden, die wiederum direkt in die Fortbildungs- und Qualitätszirkel-Arbeit eingehen. Neben der *Lebenszufriedenheit* ist die

*Zufriedenheit der Patienten mit Verlauf und Ergebnis der Behandlung* das zentrale Maß unserer Arbeit. Darüberhinaus sollen die Patienten ihre Beschwerden in einem *Schmerztagebuch* dokumentieren.

### 6.3 Etablierung eines Palliative-Care-Teams

Seit dem 01.07.1997 sind unsere *Palliative-Care-Teams* in der Modellregion Südniedersachsen im Einsatz. Die *Palliative-Care-Teams* sind Kernstück der Idee unseren Tumorpatienten, ihren Angehörigen und behandelnden Ärzten und den involvierten Pflegediensten rund um die Uhr an allen Tagen des Jahres im Rahmen einer Rufbereitschaft zur Verfügung zu stehen. *Ziel* ist die optimale Versorgung der Patienten in ihrem häuslichen Umfeld, um unnötige, belastende Klinikweisungen zu verhindern.

Ein Team besteht aus einem schmerztherapeutisch ausgebildetem Arzt und einer besonders erfahrenen Krankenschwester. Das Team soll in der Modellregion dazu beitragen, die existierenden Lücken im Übergangsbereich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu schließen. Dazu begleitet das Team Patienten mit Tumorschmerzen während der ambulanten Behandlungsphasen zu Hause und beim Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich (vgl. Abb. 3). Darüberhinaus arbeitet das Team mit Stationen (vorzugsweise Gynäkologie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Onkologie, Chirurgie) in den kooperierenden Kliniken in Göttingen und Umgebung zusammen und unterstützt die Stationsärzte bei der Behandlung der Tumorschmerzpatienten *konsiliarisch*.

#### 6.4 Qualifizierung der Versorgungsträger

Da die Probleme in der Therapie chronischer Schmerzen gleichermaßen im stationären wie im ambulanten Bereich bestehen, werden ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte in der Modellregion in der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände unterwiesen.

Zur Etablierung eines ganzheitlichen Therapieansatzes werden darüber hinaus Inhalte des *Palliative Care*-Konzeptes nach einem Curriculum der *Canadian Palliative Care Association* vermittelt.

#### 6.5 Monitoring der ambulanten und stationären Schmerztherapie

Mit Unterstützung der beteiligten Niedergelassenen und Kliniker wird ein Monitoring der ambulanten und stationären schmerztherapeutischen Versorgung in den QZ-Kooperations-Praxen und -Kliniken eingeführt, um so die Effektivität der QZ-Arbeit zu erfassen.

#### 6.6 Abschließende Ist-Analyse (POST-INTERVENTIONS-Status)

Nach Abschluß der Interventionsphase erfolgt eine erneute Erhebung mit den gleichen Instrumenten, die im PRAE-Survey verwendet werden.

Die anschließende Analyse des kompletten Datenmaterials aus PRAE-, INTERVENTIONS- und POST-Phase erlaubt die Beschreibung der eingetretenen Veränderungen, die Dokumentation eventueller nicht-projektinduzierter Effekte über die Zeit in einer Vergleichsregion, die Formulierung weiterentwickelter therapeutischer und struktureller Standards sowie die Ableitung praktischer Empfehlungen zur Überführung derjenigen Maßnahmen in die Regelversorgung, die nachweisbar positive Effekte im Sinne einer Verbesserung der palliativmedizinischen Ergebnisqualität erzielt haben.

### 7. Evaluation und Qualitätssicherung

Die inhaltliche Planung der PRAE- und POST-Surveys erfolgte in enger Kooperation zwischen der „Arbeitsgruppe SUPPORT“ der ÄKN am Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin (Leiter: Prof. Dr. med. D. Kettler) der Universitätsklinik Göttingen und dem „Biometrischen Zentrum“ (Leiter: Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. R. Hilgers) der Abteilung Medizinische Statistik (Leiter: Prof. Dr. rer. nat. E. Brunner) der Universität Göttingen.

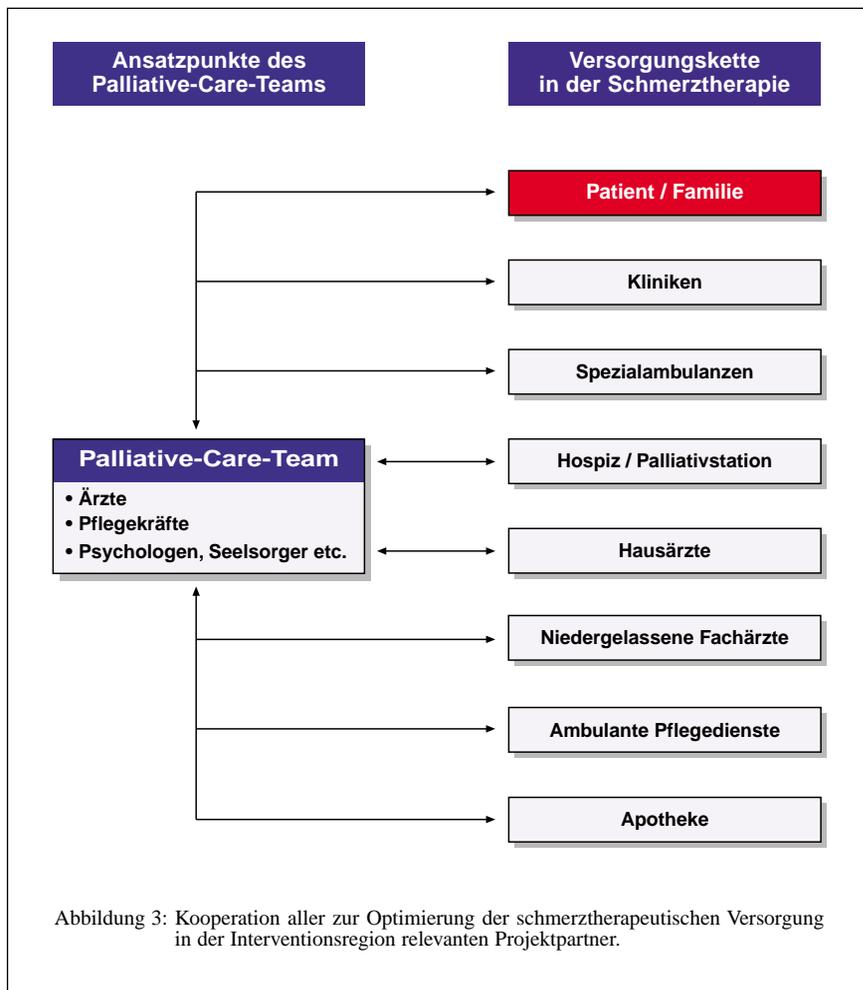


Abbildung 3: Kooperation aller zur Optimierung der schmerztherapeutischen Versorgung in der Interventionsregion relevanten Projektpartner.

Die praktische Durchführung der jeweiligen Surveys obliegt den Mitarbeitern von SUPPORT, die EDV-Erfassung, statistische Analyse und Darstellung der Ergebnisse in einem „biometrischen Bericht“ obliegt dem Biometrischen Zentrum.

### 8. Überführung der Ansätze in die Regelversorgung

Ein Problem *sämtlicher* hier vorgeschlagenen Interventionsmöglichkeiten besteht darin, daß sie alle auf einer *freiwilligen* Mitarbeit der Teilnehmer beruhen. Das trifft natürlich auf alle denkbaren Fortbildungsmodelle zu, die auf *Freiwilligkeit* basieren. Die im PRAE-/POST-Vergleich zu erzielenden Ergebnisse lassen sich wegen dieser *Positivselektion* folglich nur bedingt verallgemeinern. Dennoch sind diese Fortbildungsansätze brauchbare Modelle, die nach erfolgreicher Erprobung in die Regelversorgung übernommen werden können.

Es wird Gegenstand zukünftiger Diskussionen sein, wie solche Modelle im Gesundheitssystem zu etablieren sind, um damit auch diejenigen zu erreichen, die keine oder nur geringe Motivation zu einer freiwilligen Mitarbeit aufbringen. Dieses Problem wird nach der Auswertung der Projektergebnisse mit den Verantwortlichen der Landesorganisationen und den Kostenträger zu erörtern sein.

Da die Ärztekammer Niedersachsen selbst Projektträger von SUPPORT ist, kann eine besondere Aufmerksamkeit seitens der Verantwortlichen für diesen Punkt unterstellt werden.

Ein erfolgversprechender Ansatz ist die Etablierung eines Gratifikationsystems bei den Abrechnungsmöglichkeiten, deren Inanspruchnahme eine Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen sowie den kontinuierlichen Einsatz von Evaluationsinstrumenten voraussetzt.

Arbeitsgruppe SUPPORT · Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin · Georg-August-Universität · Waldweg 35 · 37073 Göttingen  
 Telefon Organisationsbüro: ..... (05 51) 39-40 69  
 Telefon Palliative-Care-Team: ..... (05 51) 39-61 11  
 Telefax: ..... (05 51) 39-31 89  
 EMail: ..... pctgoe@gwdg.de  
 Internet: ..... http://come.to/SUPPORT

