



# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Bedeutsamkeit einer pflegerischen Maßnahme zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebserregenden Schmerzen (*ANtiPain*) – eine qualitative Evaluierung“

verfasst von / submitted by

Monika Duftschmid, BScN

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Prof. Dr.phil. Antje Koller

*Für meine Mama, von der ich mich viel zu früh verabschieden musste und die so Unglaubliches geleistet hat.*

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	6
<b>1 Hintergrund und Problemstellung.....</b>	<b>8</b>
1.1 Begriff der krebsbedingten Schmerzen .....	8
1.2 Begriff des effektiven Schmerzmanagements .....	9
1.3 Bedeutung des Selbstmanagements.....	11
1.4 Patient*innenbezogene Barrieren für ein effektives Selbstmanagement.....	11
1.5 Edukative Maßnahmen zur Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements und deren Wirksamkeit.....	13
1.6 Forschungslücke.....	17
<b>2 ANtiPain.....</b>	<b>18</b>
2.1 Entwicklung.....	18
2.2 Struktur .....	19
2.3 Inhalte .....	21
<b>3 EvANtiPain .....</b>	<b>23</b>
<b>4 Zielsetzung und Fragestellungen .....</b>	<b>24</b>
<b>5 Methodik .....</b>	<b>25</b>
5.1 Forschungsansatz.....	25
5.2 Methode der Datenerhebung.....	26
5.3 Auswahl der Untersuchungsteilnehmer*innen und Rekrutierung.....	27
5.4 Methode der Datenaufbereitung .....	29
5.5 Methode der Datenanalyse .....	29
5.6 Forschungsethische Überlegungen.....	36
5.7 Gütekriterien.....	37
<b>6 Ergebnisse.....</b>	<b>39</b>
6.1 Beschreibung der Stichprobe .....	39
6.2 Modell .....	42
6.3 Phänomen (Sein Möglichstes tun) .....	43
6.4 Ursächliche Bedingung (Krebserkrankung).....	43
6.5 Strategien (Einnahmemenge) .....	43
6.5.1 Sich um einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz bemühen.....	44
6.5.2 Sich nicht um einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz bemühen.....	46
6.6 Kontextuelle Bedingungen (Einnahmemenge) .....	46
6.6.1 Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme .....	47
6.6.2 Überzeugung vom Nutzen.....	49
6.6.3 Praxisbezogene Kompetenzen .....	49

6.7	Strategien (Einnahmezeitpunkt) .....	50
6.7.1	Basisschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen nach der Uhr einnehmen ..	51
6.7.2	Basisschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen nach Gefühl einnehmen ....	51
6.7.3	Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen nach Gefühl und nach der Uhr einnehmen.....	51
6.7.4	Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen nach der Uhr einnehmen.....	52
6.7.5	Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen nach Gefühl einnehmen.....	52
6.7.6	Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen nach der Uhr und nach Gefühl einnehmen .....	53
6.8	Kontextuelle Bedingungen (Einnahmezeitpunkt) .....	54
6.8.1	Praxisbezogene Kompetenzen .....	54
6.8.2	Überzeugung vom Nutzen.....	56
6.8.3	Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme .....	57
6.8.4	Abschätzbarkeit der Schmerzentwicklung .....	58
6.9	Strategien (Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen).....	59
6.9.1	Sich in unzureichend kontrollierbaren Situationen um ärztliche Hilfe bemühen .....	59
6.9.2	Sich in unzureichend kontrollierbaren Situationen nicht um ärztliche Hilfe bemühen .....	61
6.10	Kontextuelle Bedingungen (Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen).....	62
6.10.1	Praxisbezogene Kompetenzen .....	62
6.10.2	Vertrauen in die behandelnden Ärzt*innen.....	63
6.10.3	Aufwand-Nutzen-Verhältnis.....	63
6.11	Konsequenzen (Entlastung erfahren) .....	64
<b>7</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>71</b>
7.1	Zusammenfassung .....	71
7.2	Einordnung in die bestehende Literatur.....	73
7.2.1	Unzureichendes Unterstützungspotenzial .....	73
7.2.2	Komplexität der Thematik.....	79
7.2.3	Mechanismen der Verhaltensänderung.....	80
7.3	Limitationen .....	80
7.4	Implikationen für die Weiterentwicklung von ANtiPain .....	82
7.5	Implikationen für die Pflegeforschung.....	84
	Anhang .....	86
	Literaturverzeichnis.....	96

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation – eigene Darstellung in Anlehnung an WHO (2018) und NCCN (2021) .....	10
<b>Abbildung 2:</b> Ablauf von ANtiPain – eigene Darstellung .....	20
<b>Abbildung 3:</b> Inhalte von ANtiPain und zu erreichende Ziele bei Patient*innen – eigene Darstellung in Anlehnung an Koller et al. (2018).....	22
<b>Abbildung 4:</b> Transkriptionsregeln – eigene Darstellung in Anlehnung an Kuckartz (2010) .....	29
<b>Abbildung 5:</b> Abstraktionsniveaus der Konzepte im Rahmen der Grounded Theory Methodology – eigene Darstellung in Anlehnung an Corbin und Strauss (2015) .....	32
<b>Abbildung 6:</b> Paradigmatisches Modell – eigene Darstellung in Anlehnung an Strauss und Corbin (1996) .....	42

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Beispiel für offenes Kodieren anhand der Kategorie „Schmerzmittel nach Gefühl einnehmen“.....	31
<b>Tabelle 2:</b> Beispiel für Fragenstellen und Vergleichen anhand der Kategorie „Schmerzmittel nach Gefühl einnehmen“ .....	34
<b>Tabelle 3:</b> Demografische und krankheitsbezogene Informationen zu den Untersuchungsteilnehmer*innen .....	40
<b>Tabelle 4:</b> Interventionsbezogene Informationen zu den Untersuchungsteilnehmer*innen .....	41

## Einleitung

Krebserkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität weltweit (International Agency for Research on Cancer, 2020). Sie stellen damit ein ernstzunehmendes Problem für die nationale und internationale Gesundheitsversorgung dar. In Österreich werden jährlich etwa 42.000 neue Fälle diagnostiziert. Die Sterblichkeit lag im Jahr 2018 bei 20.431 Männern und Frauen. Dies entspricht einem Viertel aller jährlichen Todesfälle. Das Risiko, an Krebs zu erkranken, steigt mit zunehmendem Lebensalter. Infolge der demografischen Veränderungen ist davon auszugehen, dass die Inzidenz künftig weiter ansteigen wird. Das Sterblichkeitsrisiko geht infolge des medizinischen Fortschritts tendenziell zurück. Betroffene überleben folglich länger mit der Erkrankung und ihren Folgen (Statistik Austria, 2020, 2021a, 2021b).

Krebserkrankungen gehen in der Regel mit einer Vielzahl an unerwünschten Begleiterscheinungen auf physischer und psychischer Ebene einher. Die Symptombelastung variiert für gewöhnlich in Abhängigkeit von demografischen, klinischen und behandlungsbezogenen Kriterien. Sie kann auch Jahre nach Abschluss der Therapie noch bestehen (Deshields, Potter, Olsen, & Liu, 2014; Esther Kim, Dodd, Aouizerat, Jahan, & Miaskowski, 2009; Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd, & Feuerstein, 2010; Miaskowski et al., 2015). Ein unzureichendes Symptommanagement wirkt sich nachteilig auf die Lebensqualität der Patient\*innen aus. Dies gilt insbesondere für krebisbedingte Schmerzen, die eine häufige Folge des Krebswachstums und der Therapie darstellen (Gibbins, Bhatia, Forbes, & Reid, 2014; Posternak et al., 2016; Torresan et al., 2015).

Trotz Verfügbarkeit von wirksamen medikamentösen Therapieoptionen und zahlreichen evidenzbasierten Handlungsrichtlinien, die Empfehlungen für eine adäquate praktische Umsetzung des Schmerzmanagements enthalten (Bennett, Eisenberg, et al., 2019; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2015; Jara et al., 2018; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2021; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti, & Roila, 2012; World Health Organization [WHO], 2018), gelten krebisbedingte Schmerzen in vielen Fällen als unzureichend kontrolliert (van den Beuken-van Everdingen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen, & Janssen, 2016). Mangelhafte Selbstmanagementkompetenzen der Patient\*innen stellen eine mögliche Ursache dar. Untersuchungen haben gezeigt, dass eine entsprechende Umsetzung der Therapieempfehlungen im Alltag im Rahmen eines effektiven Schmerzmanagements eine große Rolle spielt. Einstellungsbezogene und praktische Barrieren auf Seite der Patient\*innen können diese allerdings erheblich behindern (Gunnarsdottir et al., 2017; Jacobsen, Moldrup, Christrup, & Sjogren, 2009; Schumacher, Koresawa, et al., 2002). Die Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements unter Einsatz von edukativen Maßnahmen gilt in diesem Zusammenhang als eine wichtige Stellschraube, um die Schmerzsituation zu optimieren (Bennett, Flemming, & Closs, 2011). Pflegepersonen nehmen dabei im Rahmen der

Ausübung ihrer pflegerischen Kernkompetenzen eine Schlüsselfunktion ein (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2021; Campling et al., 2017; DNQP, 2015). Im Laufe der Jahre wurde eine Vielzahl an edukativen Maßnahmen getestet, mit dem Ziel, patient\*innenbezogene Barrieren abzubauen (Bennett, Bagnall, & Jose Closs, 2009; Marie, Lockett, Davidson, Lovell, & Lal, 2013; Oldenmenger, Geerling, et al., 2018). Deren tatsächliche Bedeutsamkeit im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements konnte im Rahmen der bisherigen, vorwiegend quantitativ ausgerichteten, Evaluationspraxis jedoch nicht ausreichend geklärt werden. Im Hinblick auf eine möglichst zielführende Unterstützung der Patient\*innen erscheint dies aber wesentlich (Moore et al., 2015; Tarquinio, Kivits, Minary, Coste, & Alla, 2015). Eine laufende quantitative Evaluationsstudie der edukativen Maßnahme *ANtiPain (EvANtiPain)* wurde deshalb um eine qualitative Substudie erweitert, mit dem Ziel, die bestehende Wissenslücke zu verkleinern.

Zum Aufbau dieser Arbeit: Zunächst wird der Forschungsstand dargelegt. Darauf aufbauend werden Forschungsziel und -fragen erläutert und die methodische Vorgehensweise beschrieben. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse. Der letzte Teil beschäftigt sich mit der Diskussion ausgewählter Erkenntnisse anhand der bestehenden Literatur, den Limitationen dieser Arbeit sowie den Implikationen für Pflegepraxis und Pflegeforschung.

# 1 Hintergrund und Problemstellung

Schmerzen stellen eine häufig auftretende und vielfach unzureichend kontrollierte Begleiterscheinung von Krebserkrankungen dar. Im Rahmen einer Metaanalyse zur Prävalenz und Intensität krebsbedingter Schmerzen konnte aufgezeigt werden, dass die Symptomatik auf mehr als die Hälfte der Patient\*innen (55 %) zutraf, die sich in laufender Therapie befanden, sowie auf zwei Drittel der Patient\*innen (66 %) in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium (van den Beuken-van Everdingen et al., 2016). Zudem stellten die Autor\*innen fest, dass mit 38 % insgesamt ein beachtlicher Anteil an Patient\*innen von einer mittelstarken bis starken Schmerzbelastung (Numerische Ratingskala  $\geq 5$ ) betroffen war und demnach offenbar keine ausreichende Schmerzkontrolle erzielte. Dies ist insofern problematisch, als derartige Zustände eine erhebliche Belastung für Betroffene darstellen können. Unzureichend kontrollierte krebsbedingte Schmerzen beeinträchtigen die körperliche und soziale Funktionsfähigkeit im Alltag (Breivik et al., 2009; Gibbins et al., 2014; Posternak et al., 2016; te Boveldt et al., 2013; Torresan et al., 2015), resultieren in einem Verlust von Kontrolle und Unabhängigkeit (Breivik et al., 2009; Gibbins et al., 2014) und begünstigen die Entwicklung negativer Emotionen wie Angst, Depression, Stress oder Wut (Gibbins et al., 2014; Kroenke et al., 2010; Posternak et al., 2016; Torresan et al., 2015). Sie zählen darüber hinaus zu den häufigsten Gründen für Kontakte in der Notfallambulanz oder stationäre Wiederaufnahmen (Meghani & Knafl, 2016; Numico et al., 2015) und sind damit auch in ökonomischer Hinsicht als problematisch einzustufen.

## 1.1 Begriff der krebsbedingten Schmerzen

Schmerzen werden gemäß der International Association for the Study of Pain definiert als „an unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage“ (Raja et al., 2020, S. 1977). Es handelt sich dabei immer um eine persönliche Erfahrung, die in unterschiedlichem Maße von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird (Raja et al., 2020). Die Bezeichnung „krebsbedingte Schmerzen“ deckt eine Bandbreite an verschiedenen chronischen Schmerzzuständen ab, denen unterschiedliche Ursachen, pathologische Mechanismen und Muster zugrunde liegen (Bennett, Kaasa, et al., 2019; Caraceni & Shkodra, 2019). Chronische Schmerzzustände stellen im Unterschied zu akuten, die meist gut lokalisierbar sind und in der Regel mit Wegfall des schmerzauslösenden Reizes rasch wieder abklingen, ein dauerhaftes und multidimensionales Geschehen dar (Kröner-Herwig, 2011). Zu den möglichen Ursachen krebsbedingter Schmerzen zählen neben dem Krebswachstum und der Infiltration oder Kompression umliegender Organ-, Knochen- und Nervenstrukturen auch unmittelbare oder verzögerte Folgeerscheinungen der medikamentösen Behandlung in Form von Chemo-, Hormon- oder biologischer Therapie, der Strahlen- oder der operativen Therapie. Schmerzen, die aufgrund von Begleiterkrankungen, wie z.B.

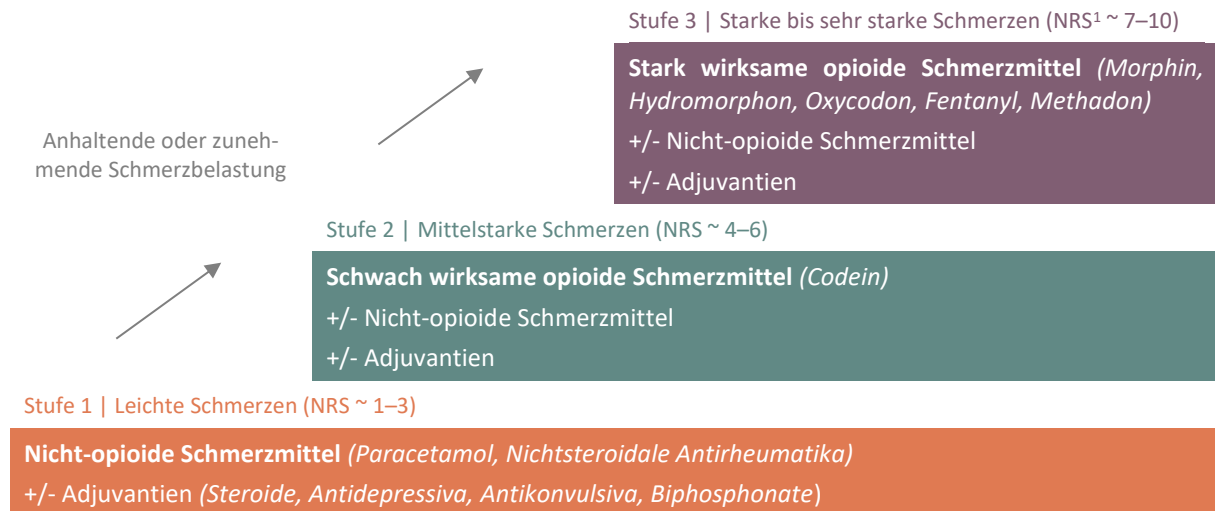


Osteoarthritis, entstehen, sind davon abzugrenzen (Bennett, Kaasa, et al., 2019). Krebsbedingte Schmerzen sind demnach einer sich ständig ändernden Fülle an krebs- und therapiebedingten Einflüssen unterworfen und weisen eine große Dynamik auf (Urch & Suzuki, 2008). Im Hinblick auf die zugrundeliegenden pathophysiologischen Mechanismen lassen sich krebsbedingte Schmerzen in nozizeptive und neuropathische Schmerzen differenzieren. Nozizeptive Schmerzen entstehen über die Aktivierung von peripheren Schmerzrezeptoren infolge einer Schädigung von somatischen oder viszeralen Strukturen, etwa bei Knochenmetastasen oder nach operativen Eingriffen. Neuropathische Schmerzen treten bei einer Verletzung peripherer oder zentraler Nervenstrukturen auf, etwa infolge einer Chemotherapie (NCCN, 2021). In der Praxis liegt krebsbedingten Schmerzen häufig nicht nur ein einziger Schmerzmechanismus zugrunde, sondern eine Mischform (Bennett et al., 2012). Eine Unterscheidung lässt sich zudem in Abhängigkeit von der Dauer treffen. Während Dauerschmerzen mindestens 12 Stunden am Tag bestehen, handelt es sich bei Durchbruchschmerzen um vorübergehende Schmerzexazerbationen, die vor dem Hintergrund einer relativ stabilen Kontrolle der Dauerschmerzen entweder spontan oder in Verbindung mit speziellen vorher- oder unvorhersehbaren Ereignissen auftreten (Davies, Dickman, Reid, Stevens, & Zeppetella, 2009) und von einem raschen Beginn sowie einer mittelstarken bis starken Intensität gekennzeichnet sind (Hjermstad et al., 2016; Mercadante et al., 2015).

## 1.2 Begriff des effektiven Schmerzmanagements

Beim Schmerzmanagement handelt es sich um jenen „fortlaufenden, dynamischen und koordinierten Prozess“, der „dem Erkennen, Einschätzen und der Verlaufsbeobachtung des Schmerzes sowie dem zielorientierten und situationsspezifischen Einsatz von pharmakologischen, pflegerischen, medizinischen und anderen heilberuflichen Methoden und deren Wirkungsüberprüfung“ (DNQP, 2015, S. 179) dient. Empfehlungen für eine entsprechende praktische Umsetzung im Rahmen der Bewältigung krebsbedingter Schmerzen finden sich in zahlreichen evidenzbasierten Leitlinien. Insbesondere die medikamentöse Therapie mit opioiden und nicht-opioiden Schmerzmitteln nimmt dabei einen besonderen Stellenwert ein (Bennett, Eisenberg, et al., 2019; DNQP, 2015; Jara et al., 2018; NCCN, 2021; Ripamonti et al., 2012; WHO, 2018). Das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation stellt einen Orientierungsrahmen für die Auswahl geeigneter Schmerzmittel dar. Es sieht einen schrittweisen Einsatz von nicht-opioiden und/oder opioiden Schmerzmitteln gegebenenfalls in Kombination mit sogenannten Adjuvantien vor. Die Auswahl der jeweiligen Stufe erfolgt in Abhängigkeit von der Schmerzintensität, wie **Abbildung 1** zu entnehmen ist (WHO, 2018). Opioiden Schmerzmitteln haben sich als ein wirksamer Therapieansatz erwiesen. Die Evidenz weist einer systematischen Übersichtsarbeit von Wiffen, Wee, Derry, Bell, und Moore (2017) zufolge daraufhin, dass durch den Einsatz opioiden

Schmerzmittel bei mäßigen oder starken Schmerzen in etwa 95 % der Fälle binnen 14 Tagen eine deutliche Senkung der Belastung auf ein leichtes Schmerzniveau erzielt werden kann.



**Abbildung 1:** Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation – eigene Darstellung in Anlehnung an WHO (2018) und NCCN (2021)

Angesichts der thematischen Komplexität sollten abgesehen von der Schmerzintensität weitere Aspekte in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden, um die Auswahl einer sicheren und effektiven medikamentösen Strategie mit opioiden Schmerzmitteln gewährleisten zu können. Dazu zählen das Alter, Begleiterkrankungen, der respiratorische Status, frühere Erfahrungen der Patient\*innen mit der Einnahme opioider Schmerzmittel (Pasero, Quinlan-Colwell, Rae, Broglio, & Drew, 2016) sowie die zugrundeliegenden pathophysiologischen Mechanismen (Bennett, 2017). Im Sinne eines multidimensionalen Schmerzverständnisses empfiehlt sich abseits vom Einsatz medikamentöser Maßnahmen auch eine entsprechende psychosoziale Betreuung. Gegebenenfalls können auch strahlentherapeutische, anästhetische oder neurochirurgische Ansätze einen sinnvollen Beitrag zur Schmerzbewältigung leisten. Schmerzmittel, die zur Linderung von Dauerschmerzen eingesetzt werden, sollten, wenn möglich, „über den Mund“ und in festgelegten Zeitabständen entsprechend der Wirkungsdauer („nach der Uhr“) verordnet werden. Dadurch lässt sich ein Absinken des Wirkstoffspiegels im Blut vermeiden und eine gleichmäßige Schmerzkontrolle erzielen. Ergänzend sollten Schmerzmittel mit einem raschen Wirkungseintritt Anwendung finden, die von den Betroffenen als sogenannte „rescue dose“ nach Bedarf zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen eingesetzt werden können. Der Einsatz opioider Schmerzmittel birgt ein erhebliches Risiko für die Entwicklung unerwünschter Begleiterscheinungen wie

<sup>1</sup> NRS: Numerische Ratingskala

Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Benommenheit und Sedierung. Ein Fokus ist insbesondere auch auf deren Kontrolle zu richten. Ziel einer optimalen Schmerztherapie ist es, die Schmerzen auf ein für die Betroffenen akzeptables Niveau zu senken. Der Nutzen der Schmerzlinderung ist dabei stets gegen das Risiko von Nebenwirkungen oder einer Überdosierung abzuwägen. Die Behandlung krebsbedingter Schmerzen wird über das gesamte Versorgungskontinuum als integraler Bestandteil der Krebstherapie erachtet (NCCN, 2021; WHO, 2018). Infolge des komplexen und dynamischen Charakters krebsbedingter Schmerzen sollte bei jedem Folgekontakt eine Neueinschätzung der Situation erfolgen (Bennett, Eisenberg, et al., 2019).

### **1.3 Bedeutung des Selbstmanagements**

Mit der Verfügbarkeit von wirksamen medikamentösen Therapieoptionen und evidenzbasierten Handlungsrichtlinien sollten Ärzt\*innen grundsätzlich in der Lage sein, geeignete Behandlungspläne zu erstellen. Dass in vielen Fällen aber dennoch keine ausreichende Schmerzkontrolle erzielt werden kann, könnte auch daran liegen, dass es Patient\*innen an den nötigen Kompetenzen für eine adäquate Umsetzung der therapeutischen Empfehlungen im Alltag mangelt. Diese erscheint gleichermaßen wichtig für den Therapieerfolg wie die Entwicklung einer sicheren und effektiven medikamentösen Behandlungsstrategie samt deren Evaluation (Adam, Bond, & Murchie, 2015) und fällt in den Bereich des Selbstmanagements. Allgemein betrachtet lassen sich unter diesen Begriff sämtliche Aufgaben einordnen, die Patient\*innen erfüllen, um die verschiedenen Einflüsse einer chronischen Erkrankung im Alltag zu bewältigen (McCorkle et al., 2011). Neben dem medizinischen Management der Erkrankung geht es auch um die Aufrechterhaltung und krankheitsbedingte Anpassung von Lebensrollen und die Bewältigung der psychischen Konsequenzen (Corbin & Strauss, 1988), etwa den Umgang mit Gefühlen von Frustration, Angst und Verzweiflung (Elissen et al., 2013). Eine aktive Beteiligung der Patient\*innen am Krankheitsmanagement erscheint insbesondere in Anbetracht der steigenden Anzahl an ambulanten Gesundheitsleistungen zunehmend wichtiger (McCorkle et al., 2011). Effektives Selbstmanagement wird wesentlich vom Aufbau einer kollaborativen Beziehung und der Interaktion zwischen Patient\*innen, ihren Bezugspersonen und dem Behandlungsteam bestimmt (Lovell et al., 2014).

### **1.4 Patient\*innenbezogene Barrieren für ein effektives Selbstmanagement**

Im Bereich des Selbstmanagements krebsbedingter Schmerzen liegt der Schwerpunkt auf der Integration von schmerzlindernden Strategien in den Alltag (Yamanaka, 2018). Fehlende praktische und theoretische Kompetenzen können eine erfolgreiche Umsetzung behindern. Untersuchungen haben gezeigt, dass es sich beim Medikamentenmanagement krebsbedingter Schmerzen um einen komplexen, mehrdimensionalen und dynamischen Prozess handelt, der ein hohes Maß an kommunikativen,

koordinativen und praktischen Kompetenzen voraussetzt. Die Patient\*innen müssen zunächst ein theoretisches Verständnis von einem möglichst sicheren und effektiven Einsatz ihrer verordneten Schmerzmittel entwickeln und dieses Wissen vor dem Hintergrund ihrer gegenwärtigen persönlichen Schmerz- und Lebenssituation in weiterer Folge praktisch umsetzen (Schumacher, Koresawa, et al., 2002; Schumacher et al., 2014b). Schwierigkeiten wurden insbesondere bei der Beschaffung der verordneten Schmerzmittel und relevanter Informationen, bei der bedürfnisorientierten Gestaltung der Schmerzmitteleinnahme, bei der Kontrolle von Nebenwirkungen, bei der kognitiven Verarbeitung komplexer Informationen und bei der Bewältigung neuer oder ungewöhnlicher Schmerzen sowie zeitgleich auftretender weiterer Symptome sichtbar (Schumacher, Koresawa, et al., 2002).

Neben den praktischen Herausforderungen kann die Qualität des Schmerzmanagements allerdings auch durch negative Überzeugungen in Verbindung mit der Einnahme opioider Schmerzmittel, sogenannte kognitive Barrieren, beeinträchtigt werden (Gunnarsdottir et al., 2017). Dazu zählen etwa die Befürchtung, von opioiden Schmerzmitteln abhängig zu werden, Veränderungen infolge der Schmerzmitteleinnahme nicht mehr wahrnehmen zu können, dem Immunsystem zu schaden oder behandelnde Ärzt\*innen durch Schmerzäußerungen von der eigentlichen Krebstherapie abzulenken, aber auch die Angst vor Toleranzentwicklung und Nebenwirkungen. Zum Teil wird auch die Fehlmeinung vertreten, dass sich „brave“ Patient\*innen nicht über Schmerzen beschweren und Schmerzen eine unvermeidbare Konsequenz der Krebserkrankung darstellen (Gunnarsdottir et al., 2017; Jacobsen, Moldrup, et al., 2009). Überzeugungen wie diese führen dazu, dass Schmerzen nicht oder erst mit Verzögerung an Gesundheitspersonal kommuniziert und medikamentöse Behandlungsempfehlungen nicht oder nur eingeschränkt umgesetzt werden (Jacobsen, Liubarskiene, et al., 2009). Ebenso hat sich gezeigt, dass die Bedeutung, die Schmerzen beigemessen wird, einem aktiven Selbstmanagement entgegenstehen kann, etwa, wenn diese mit einem Fortschreiten der Erkrankung assoziiert oder als Symbol für das nahende Lebensende interpretiert werden (Flemming, 2010; Hackett, Godfrey, & Bennett, 2016).

Unzureichende Selbstmanagementkompetenzen bergen ein erhebliches Risiko für eine effektive Umsetzung des Medikamentenmanagements im Rahmen der Bewältigung von krebisbedingten Schmerzen. Eine entsprechende Überwindung dieser sogenannten patient\*innenbezogenen Barrieren erscheint wesentlich, wenn es um die Optimierung des Schmerzmanagements geht. Die Bereitstellung edukativer Maßnahmen zur Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements stellt einen möglichen Ansatz zur Verbesserung dar (Bennett, Eisenberg, et al., 2019; Lovell et al., 2014; NCCN, 2021). Derartige Unterstützungsangebote können dem Begriff der Patientenedukation zugeordnet werden. Im Wesentlichen lassen sich darunter Beratungs-, Anleitungs- und Schulungsaktivitäten verstehen, die neben der Vermittlung von krankheits- und behandlungsbezogenem Wissen insbesondere der Förderung praktischer Kompetenzen dienen. Betroffene sollen dadurch in die Lage versetzt werden, eine

aktive und eigenverantwortliche Beteiligung am Krankheitsmanagement einzunehmen (Mertin & Müller, 2020).

## **1.5 Edukative Maßnahmen zur Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements und deren Wirksamkeit**

Ein Blick in die Literatur verdeutlicht, dass eine Vielzahl an edukativen Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebisbedingten Schmerzen existiert (Bennett et al., 2009; Marie et al., 2013; Oldenmenger, Geerling, et al., 2018). Variationen zeigen sich auf der begrifflichen, strukturellen und inhaltlichen Ebene. Der inhaltliche Fokus dieser edukativen Maßnahmen liegt für gewöhnlich auf der Bereitstellung von Informationen zur Physiologie krebisbedingter Schmerzen, zu medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten, zu möglichen Nebenwirkungen, zu realistischen Zielsetzungen sowie zur Bedeutung unkontrollierter Schmerzen. Dadurch sollen Ängste und Missverständnisse im Hinblick auf die Schmerzmitteleinnahme abgebaut bzw. beseitigt und das Verständnis für die Wirkung von Schmerzmitteln verbessert werden. Mitunter zielen die Unterstützungsangebote auch auf die Erweiterung der individuellen Problemlösungsfähigkeiten ab. Patient\*innen erhalten in diesen Fällen handlungsbezogene Empfehlungen zur Beobachtung und Einschätzung der Schmerzentwicklung, zur bedürfnisorientierten Gestaltung der Schmerzmitteleinnahme, zum Umgang mit Nebenwirkungen und zur schmerzbezogenen Kommunikation mit Ärzt\*innen. Die Umsetzung erfolgt in den meisten Fällen in Form eines persönlichen Gespräches, zum Teil auch in Kombination mit telefonischen Folgegesprächen (Adam et al., 2015; Koller, Miaskowski, De Geest, Opitz, & Spichiger, 2012a). Zunehmend gewinnt auch der Einsatz digitaler Technologien an Bedeutung (Hochstenbach, Zwakhalen, Courtens, van Kleef, & de Witte, 2016; Oldenmenger, Baan, & van der Rijt, 2018).

Edukative Maßnahmen haben sich als wirksam erwiesen was den Abbau patient\*innenbezogener Barrieren und die Reduktion der Schmerzintensität anbelangt. Allerdings konnten bislang nur moderate Effekte festgestellt werden. Bennett et al. (2009) kamen im Zuge ihrer Metaanalyse auf der Basis von neun Einzelstudien zu der Erkenntnis, dass das Wissen und die Einstellung der Patient\*innen in Bezug auf Schmerzen und Schmerzmittel in der Interventionsgruppe auf einer 0–5 Ratingskala um einen halben Punkt (gewichtete mittlere Differenz 0.52, 95 % Konfidenzintervall 0.04–1.0) verbessert werden konnten. Die durchschnittliche Schmerzintensität konnte auf einer 0–10 Ratingskala um etwas mehr als einen Punkt (gewichtete mittlere Differenz –1.1, 95 % Konfidenzintervall –1.8 bis –0.41,  $I^2$  88 %) reduziert werden. Ein Effekt dieser Größenordnung ist vergleichbar mit der Wirkung nicht-opioider Schmerzmittel und Adjuvantien, die ergänzend zur Therapie mit opioiden Schmerzmitteln eingesetzt werden (Bennett et al., 2009). Marie et al. (2013) demonstrierten ein ähnliches Ergebnis

(Effektstärke 0.27 [-0.47, -0.07];  $P = 0.007$ ). Sie bezogen sich in ihrer Metaanalyse auf die Ergebnisse von 15 randomisiert kontrollierten Studien. Die Autor\*innen wiesen zudem in beiden Fällen auf die hohe Studienheterogenität hin, die den Analysen zugrunde lag und die gemessenen Effekte abschwächen könnte.

Die Reduktion der Schmerzintensität auf ein akzeptables Maß stellt zumindest aus theoretischer Sicht ein wesentliches Zielkriterium eines effektiven Schmerzmanagements dar (Davis, 1992; Green et al., 2010; NCCN, 2021). In Anbetracht dessen und der Tatsache, dass im Zuge bisheriger Untersuchungen lediglich ein mäßiger Einfluss auf die Schmerzsituation festgestellt wurde, könnte angenommen werden, dass edukative Maßnahmen in ihrer derzeitigen Ausgestaltung nicht in der Lage sind, einen bedeutsamen Beitrag zur Optimierung des Schmerzmanagements zu leisten. Dies erscheint auch durchaus nachvollziehbar, wenn man sich die den komplexen Charakter derartiger Unterstützungsangebote (Lewin et al., 2017) vergegenwärtigt und die Tatsache, dass relevanten Einflussfaktoren im Rahmen bisheriger Interventionen möglicherweise zu wenig Rechnung getragen wurde.

So könnte eine mögliche Erklärung für das unzureichende Unterstützungspotenzial edukativer Maßnahmen darin liegen, dass die falschen Mechanismen der Verhaltensänderung adressiert werden. Der Abbau von patient\*innenbezogenen Barrieren (Flemming, Closs, Hughes, & Bennett, 2016) und die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung (Marie et al., 2013) gelten im Rahmen der Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebsbedingten Schmerzen zwar als wichtige Einflussgrößen. Der kausale Pfad der Verhaltensänderung konnte bislang allerdings nicht identifiziert werden und es ist unklar, welche Aktivitäten letztlich eine Reduktion der Schmerzintensität hervorbringen können (Adam et al., 2015; Bennett et al., 2011; Flemming et al., 2016). Selbiges gilt für das optimale Format und die optimale Intensität derartiger Angebote (Flemming et al., 2016).

Als hinderlich könnte sich auch der Umstand erweisen, dass die bislang getesteten Maßnahmen lediglich vorübergehende Unterstützungsangebote darstellen. Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Bewältigung krebsbedingter Schmerzen infolge des dynamischen, komplexen und multidimensionalen Charakters einem ständigen Problemlösungsprozess gleichkommt und einer laufenden Kompetenzweiterentwicklung bedarf (Hackett et al., 2016; Manzano, Ziegler, & Bennett, 2014; Schumacher, Koresawa, et al., 2002). Eine adäquate Reaktion auf diese wechselnden Anforderungen sei Schumacher, Koresawa, et al. (2002) zufolge nur durch eine kontinuierliche Unterstützung von professioneller Seite möglich. Es wäre also denkbar, dass zeitlich begrenzte Interventionsformate der Komplexität nicht gerecht werden können. Auch Lüscher-Buffet, Koller, Schaefer, und Spichiger (2012) stellten einen kontinuierlichen Unterstützungsbedarf der Patient\*innen in Form von wiederkehrender Bestärkung in der Schmerzmitteleinnahme fest. Die Autorinnen zeigten auf, dass das Bedürfnis der Patient\*innen nach Schmerzlinderung im Widerspruch zu ihrem Wunsch

nach einem möglichst sparsamen Schmerzmitteleinsatz stand, was sie fortlaufend an der Richtigkeit der Schmerzmitteleinnahme zweifeln ließ und wiederholt dazu führte, dass Patient\*innen Schmerzen trotz Verfügbarkeit von wirksamen Schmerzmitteln zugunsten unbegründeter Ängste und Vorbehalte absichtlich tolerierten.

Und schließlich könnte auch der eindimensionale Charakter edukativer Maßnahmen ein Problem darstellen. Effektives Selbstmanagement ist kontextgebunden und eine unzureichende ärztliche Praxis im Bereich der Schmerzeinschätzung, der Entwicklung eines Behandlungsplanes oder der Evaluation kann sich ebenso negativ auf das Ergebnis auswirken (Adam et al., 2015). Greco et al. (2014) stellten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Qualität des Managements krebsbedingter Schmerzen fest, dass ein Drittel der Patient\*innen (31,8 %) nicht über eine ihrer Schmerzintensität angemessenen Therapie verfügte. Eine adäquate Versorgung mit Schmerzmitteln stellt also keine Selbstverständlichkeit dar und wird u.a. durch fehlende Aufmerksamkeit, unzureichendes Wissen über wirksame medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieoptionen oder eine negative Einstellung gegenüber opioiden Schmerzmitteln behindert (Breivik et al., 2009; Hadi, Alldred, Briggs, Marczewski, & Closs, 2017; Kwon, 2014; te Boveldt, Vernooij-Dassen, Jansen, Vissers, & Engels, 2015). Zudem können sich systembezogene Barrieren in Form von unzureichender Versorgungskoordination und -kontinuität, fehlenden zeitlichen Ressourcen oder komplexen bürokratischen Regelungen hinsichtlich der Lieferung, Verordnung und Verabreichung von opioiden Schmerzmitteln negativ auf den Therapieerfolg auswirken (Jacobsen, Liubarskiene, et al., 2009; Luckett et al., 2013; Schumacher et al., 2014a). Im Rahmen bisheriger Maßnahmen wurde der Kontrolle ärztlicher und systembezogener Barrieren möglicherweise zu wenig Rechnung getragen.

Es wäre aber ebenso denkbar, dass edukative Maßnahmen einen bedeutsameren Einfluss auf das Selbstmanagement von Patient\*innen mit krebsbedingten Schmerzen ausüben, als sich im Rahmen der bisherigen Evaluationspraxis abbilden ließ. Zwar entspricht es einem gängigen Ansatz, den Erfolg derartiger Unterstützungsangebote von ihrem Potenzial, die Schmerzintensität zu senken, abzuleiten (Adam et al., 2015; Marie et al., 2013), es gibt jedoch Grund zur Annahme, dass diese Vorgehensweise nur unzureichend Aufschluss über die Qualität des Selbstmanagements und der Schmerzkontrolle gibt. Einerseits hat sich gezeigt, dass krebsbedingte Schmerzen zum Teil absichtlich toleriert werden bzw. toleriert werden müssen, etwa wenn Schmerzen eine Warnfunktion inne haben und verhindern sollen, dass sich Patient\*innen überanstrengen (Lüscher-Buffet et al., 2012) oder wenn darin die einzige Möglichkeit besteht, die funktionsbezogene Beeinträchtigung durch opioidinduzierte Nebenwirkungen möglichst gering zu halten (Manzano et al., 2014). Außerdem ist bekannt, dass eine adäquate Schmerzlinderung mangels wirksamer, zielgerichteter Therapiemöglichkeiten nicht in jedem Fall möglich ist (Bennett, 2017). Andererseits wurde deutlich, dass Patient\*innen Schwierigkeiten haben, die gesamte Bandbreite des Belastungsspektrums, das sich infolge des dynamischen, komplexen

und multidimensionalen Charakters chronischer Schmerzen ergibt, entsprechend auf einer Ratingskala einzuschätzen (Neustadt et al., 2017).

Zudem konnte festgestellt werden, dass Patient\*innen andere Kriterien als die Schmerzintensität zur Beurteilung ihres Therapieerfolges heranziehen. Gibbins et al. (2014) beschäftigten sich mit der Bedeutung von Schmerzmanagement aus der Perspektive von Patient\*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung und stellten fest, dass diese eine adäquate Schmerzkontrolle nicht mit einer numerischen Zahl auf einer Ratingskala oder völliger Schmerzfreiheit gleichsetzten, sondern einen Therapieerfolg danach beurteilten, ob sie in der Lage waren, ein „normales“ Leben zu führen und alltäglichen Aktivitäten wie Hausarbeiten, Hobbies und der Pflege von familiären und freundschaftlichen Beziehungen nachzugehen. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen Turk et al. (2008). Die Autor\*innen identifizierten relevante Zielkriterien für die Überprüfung des Therapieerfolges bei Personen mit chronischen Schmerzen aus der Sicht von Betroffenen und gelangten zu der Auffassung, dass das Ausmaß an Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden neben der Schmerzintensität als Maßstab für die Beurteilung der Wirksamkeit herangezogen werden sollten. Auch te Boveldt et al. (2013) vertreten den Standpunkt, dass die ausschließliche Erfassung der Schmerzprävalenz und -intensität nicht ausreicht, um das Ausmaß der schmerzbezogenen Beeinträchtigung adäquat abzubilden und eine Berücksichtigung funktionsbezogener Auswirkungen vonnöten ist. Die Autor\*innen stellten fest, dass selbst 10–33 % der untersuchten ambulanten Patient\*innen mit einer Krebserkrankung und leichten Schmerzen (Numerische Ratingskala 1–4), die normalerweise nicht mit opioiden Schmerzmittel behandelt werden, eine mäßige bis starke Beeinträchtigung in der Ausführung verschiedener alltäglicher Aktivitäten erfuhren.

Der Einfluss edukativer Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebisbedingten Schmerzen auf funktionsbezogene Zielkriterien wurde im Rahmen verschiedener Studien untersucht, zum Teil konnte auch ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgestellt werden (Lin, Chou, Wu, Chang, & Lai, 2006; Oldenmenger, Silleviss Smitt, van Montfort, de Raaf, & van der Rijt, 2011; Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000). Auch Koller, Gaertner, De Geest, Hasemann, und Becker (2018) beschäftigten sich im Rahmen einer Pilotstudie zur Implementierung der edukativen Maßnahme *ANtiPain* in die klinische Praxis mit den Auswirkungen auf funktionsbezogene Zielkriterien und konnten für die Parameter „schmerzbezogene Aktivitätseinschränkung“ und „Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten“ einen großen bzw. mittelstarken Effekt demonstrieren. Wenngleich die beobachteten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe vermutlich aufgrund der kleinen Stichprobengröße keine statistische Signifikanz aufwiesen, lieferten die Ergebnisse den Autorinnen zufolge Hinweise auf die klinische Bedeutsamkeit der Intervention, auch weil dadurch offenbar Zielkriterien positiv beeinflusst wurden, die aus Sicht der Patient\*innen eine große praktische Relevanz aufweisen. Vor diesem Hintergrund



stellt sich demnach die Frage nach der tatsächlichen Bedeutsamkeit edukativer Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebbsbedingten Schmerzen im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements.

## 1.6 Forschungslücke

Randomisiert kontrollierte Studiendesigns gelten als Goldstandard wenn es darum geht, die Wirksamkeit von Interventionen zu beurteilen. Die zugrundeliegenden Prozesse, Mechanismen, kontextbezogenen Einflüsse und Erfahrungen der Patient\*innen im Umgang mit der Intervention lassen sich dadurch jedoch nur eingeschränkt abbilden (Moore et al., 2015; Tarquinio et al., 2015). Erkenntnisse wie diese sind jedoch wichtig, um aufzuzeigen, wie und unter welchen Umständen Effekte zustande kommen oder auch nicht und um ein Verständnis vom praktischen Nutzen edukativer Maßnahmen zu erlangen. Nur so können zielgerichtete Unterstützungsangebote entwickelt werden. Qualitative Evaluationen können hier eine sinnvolle Ergänzung darstellen (Craig et al., 2013; Moore et al., 2015; Patton, 2015; Schumacher et al., 2005).

Nach Kenntnisstand der Autorin wurden bis Oktober 2017 nur zwei qualitative Untersuchungen durchgeführt, die primär darauf abzielten, die Wirkung einer edukativen Maßnahme abzubilden. Prof. Dr.phil. Antje Koller beschäftigte sich mit dem *PRO-Self© Plus Pain Control Program* und befragte im Rahmen ihrer Dissertation neun Patient\*innen und vier pflegende Angehörige nach Erhalt der deutschen Version zu ihren Erfahrungen mit der edukativen Maßnahme und der Studienteilnahme (Koller, Miaskowski, De Geest, Opitz, & Spichiger, 2012b). Die Patient\*innen äußerten eine hohe Zufriedenheit mit dem Unterstützungsangebot. Der Großteil berichtete, im Zuge der Intervention eine deutliche Verringerung der Schmerzen erfahren zu haben. Sämtliche Patient\*innen führten an, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Hinblick auf den richtigen Einnahmezeitpunkt und die richtige Einnahmedosis und den Umgang mit Nebenwirkungen deutlich erweitert haben zu können und sich sicher in ihrem Selbstmanagement zu fühlen. Zudem konnten bestehende Ängste im Hinblick auf die Schmerzmitteleinnahme abgebaut werden. Ähnliche Resultate zeigten sich bei Neuhorst (2015), die sich im Rahmen einer Masterarbeit mit den Erfahrungen der Patient\*innen und ihrer Auffassung von Nutzen und Belastung in Bezug auf die Teilnahme an der Pilotstudie der edukativen Maßnahme *ANtiPain* (Koller et al., 2018) auseinandersetzte. Die persönliche Unterstützung und die erhaltenen Informationen zum Thema Schmerzmanagement wurden als wertvoll eingestuft. Die Patient\*innen berichteten von einer größeren Unabhängigkeit im Schmerzmanagementprozess. Positive Veränderungen zeigten sich zum Teil auch im Hinblick auf das Kommunikationsverhalten mit Ärzt\*innen und die Reduktion der Schmerzintensität.

Um die Bedeutsamkeit edukativer Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebbsbedingten Schmerzen im Hinblick auf die Optimierung des

Schmerzmanagements einschätzen und Patient\*innen zielführend unterstützen zu können, ist es notwendig, den konkreten Beitrag im Prozess der Schmerzbewältigung abzubilden, also ein umfassendes Verständnis von den Auswirkungen auf Einstellung, Verhalten und Qualität der Schmerzkontrolle zu erlangen. Außerdem ist es erforderlich, festzustellen, inwieweit derartige Angebote dem tatsächlichen Unterstützungsbedarf der Patient\*innen gerecht werden können (Moore et al., 2015; Tarquinio et al., 2015). Diese Aspekte konnten bislang nicht ausreichend geklärt werden. *EvANtiPain*, die quantitative Evaluationsstudie der edukativen Maßnahme *ANtiPain*, wurde deshalb um eine qualitative Substudie erweitert, in der Absicht, die bestehende Wissenslücke zu verkleinern.

## 2 ANtiPain

*ANtiPain* steht als Akronym für „Advanced Nursing Practice Cancer Pain Self-Management Support“ (Koller et al., 2012b). Es handelt sich dabei um eine edukative Maßnahme zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebisbedingten Schmerzen, mithilfe derer einstellungsbezogene und praktische Barrieren abgebaut und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, krebisbedingte Schmerzen zufriedenstellend bewältigen zu können (= Selbstwirksamkeitserwartung), gesteigert werden sollen. Es wird angenommen, dass dies zu einer Reduktion von schmerzbezogenen Funktionseinschränkungen führt (Koller et al., 2018).

### 2.1 Entwicklung

*ANtiPain* basiert auf dem *PRO-Self© Plus Pain Control Program*, einer in den Vereinigten Staaten entwickelten und erfolgreich getesteten Intervention (Miaskowski et al., 2004). Das theoretische Fundament bilden die Symptommanagement-Theorie (Dodd et al., 2001; Humphreys et al., 2014) und die Sozialkognitive Lerntheorie von (Bandura, 1989). Das *PRO-Self© Plus Pain Control Program* wurde in zwei Schritten für eine Umsetzung im deutschsprachigen klinischen Kontext angepasst. Zunächst erfolgten die Programmübersetzung und eine Adaptierung des Zeitplans. Während das *PRO-Self© Plus Pain Control Program* im Rahmen von drei Hausbesuchen und drei Telefonaten über einen Zeitraum von sechs Wochen umgesetzt wurde, war für die deutsche Version eine zehnwöchige Begleitung in Form von sechs Hausbesuchen und vier Telefonaten vorgesehen (Koller et al., 2012b). Im Zuge einer Pilotstudie mit 39 ambulanten Patient\*innen eines Krebszentrums an einer Universitätsklinik in Süddeutschland wurde das *German PRO-Self© Plus Pain Control Program* schließlich hinsichtlich seiner Machbarkeit und Wirksamkeit geprüft. Es konnte zwar ein signifikanter schmerzmanagementbezogener Wissenszuwachs in der Interventionsgruppe festgestellt werden (durchschnittlicher Wissensstand Woche 10 = 6.9/10 [p = 0.04]; Woche 22 = 7.2/10 [p < 0.01]), jedoch keine signifikante Reduktion der durchschnittlichen und stärksten Schmerzintensität. Außerdem zeigte sich keine signifikante

Veränderung hinsichtlich der täglichen Gesamtdosis an eingenommenen opioiden Schmerzmitteln und der Selbstwirksamkeitserwartung. Dies lässt sich möglicherweise der kleinen Stichprobe zuschreiben (Koller, Miaskowski, De Geest, Opitz, & Spichiger, 2013). Eine weitere Überarbeitung diente der Verbesserung der klinischen Umsetzbarkeit und strukturellen Flexibilität. Zeitgleich erfolgte die Umbenennung der edukativen Maßnahme in *ANtiPain* (Koller, Hasemann, Jaroslowski, De Geest, & Becker, 2014). Es folgte eine zweite Pilotstudie, diesmal am medizinischen Universitätsklinikum Freiburg in Deutschland (N = 39). Das Unterstützungsangebot bestand nun aus einem persönlichen Gespräch mit speziell geschultem Pflegepersonal vor und Telefonaten nach der Entlassung. Die Ergebnisse ließen einen Trend in Richtung Wirksamkeit erkennen. In Übereinstimmung mit bisher getesteten edukativen Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebisbedingten Schmerzen konnte ein kleiner bis mittelgroßer Effekt für die durchschnittliche und stärkste Schmerzintensität festgestellt werden (6 Wochen nach der Entlassung, Cohen d = 0.45/0.34). Im Hinblick auf die Reduktion der schmerzbezogenen Funktionseinschränkung und der einstellungsbezogenen Barrieren sowie in Bezug auf die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung konnte hingegen ein großer Effekt identifiziert werden (6 Wochen nach der Entlassung, Cohen d = 0.90/0.91/0.92). Bei Patient\*innen der Interventionsgruppe zeigte sich im Unterschied zur Kontrollgruppe außerdem ein moderater Effekt was die Reduktion der schmerzbezogenen Funktionsbeeinträchtigung im Alltag und die Verbesserung der physischen und psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität betrifft (6 Wochen nach der Entlassung, Cohen d = 0.77/0.57/0.38). Statistische Signifikanz ließ sich lediglich im Bereich der einstellungsbezogenen Barrieren demonstrieren (6 Wochen nach der Entlassung, Cohen d = 0.91 [p = 0.03]). Ähnlich wie in der ersten Pilotstudie dürfte dies auf die kleine Stichprobengröße zurückzuführen sein (Koller et al., 2018).

## 2.2 Struktur

*ANtiPain* beinhaltet strukturierte und individuell auf die Bedürfnisse der Patient\*innen abgestimmte Komponenten und basiert auf den drei Schlüsselstrategien der Informationsvermittlung, der Förderung des Kompetenzerwerbs und der Begleitung durch erfahrene und speziell geschulte Pflegepersonen (= Interventionspflegepersonen). Die edukative Maßnahme kann als eine komplexe Intervention verstanden werden, da es u.a. aus mehreren, sich gegenseitig beeinflussenden aktiven Komponenten besteht, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patient\*innen abgestimmt werden müssen und Verhaltensweisen auf mehreren Ebenen adressieren sollen (Koller et al., 2018; Lewin et al., 2017). *ANtiPain* wird in Form eines persönlichen Beratungsgespräches im Ausmaß von ca. 30–60 Minuten vor der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer telefonischen Nachbetreuung im Ausmaß von ca. 15–30 Minuten pro Gespräch umgesetzt. Die zeitliche Koordinierung der Telefonate erfolgt auf Basis eines strukturierten, klinischen Algorithmus der von der individuellen Schmerzintensität, der Zufriedenheit

mit dem Selbstmanagement und dem Vorhandensein von Nebenwirkungen gesteuert wird. Das Interventionsende ist erreicht, sobald die Patient\*innen mit ihrem Schmerzmanagement zufrieden sind, die Schmerzintensität bei  $\leq 3$  liegt und die Therapieempfehlungen umgesetzt werden. Die Interventionspflegepersonen sind angehalten, die Intervention im Rahmen ihres pflegerischen Alltags im Krankenhaus umzusetzen. Als Beratungsunterlagen dienen eine Zusammenstellung von laminierten Kärtchen, auf denen grundlegenden Informationen und Abbildungen zu den Prinzipien eines effektiven Medikamentenmanagements festgehalten sind, sowie eine schriftliche Übersicht über die wichtigsten Schmerzmittel mit Angaben zu Verabreichungsform, Wirkdauer, häufigen Nebenwirkungen und etwaigen Besonderheiten. Das sogenannte „Interventionsprotokoll“ dient als Orientierungshilfe für den Ablauf und die Abstimmung der Inhalte auf die individuellen Bedürfnisse (Koller et al., 2018).



**Abbildung 2:** Ablauf von ANtiPain – eigene Darstellung

## 2.3 Inhalte

Zu den strukturierten Interventionskomponenten zählen auf der formalen Ebene eine einheitliche Interventionsstrategie, ein identischer Ablauf sowie die folgenden handlungsleitenden Grundprinzipien: Einschätzung des Wissens vor der Intervention, Zielfestlegung, Vermittlung von korrekten medizinischen Informationen, Diskussion umstrittener Themen, Anregung zur aktiven Beteiligung, Einsatz von Edukationsmaterialien, Verhaltensstärkung in Folgegesprächen. Auf der inhaltlichen Ebene beinhalten sie die Ersteinschätzung von Schmerzintensität, Nebenwirkungen und individuellen Erfahrungen mit Schmerzmanagement. Sämtliche Patient\*innen werden im Rahmen von *ANtiPain* darin geschult, ihre Schmerzentwicklung, das Auftreten zusätzlicher Symptome sowie die Wirksamkeit der eingenommenen Schmerzmittel zu beobachten. Außerdem werden etwaige einstellungsbezogene Barrieren thematisiert. Dabei kommt die Edukationsstrategie „academic detailing“ zum Einsatz. Im Rahmen eines interaktiven Dialoges sollen die Interventionspflegepersonen dabei zunächst ein Verständnis für die Überzeugungen der Patient\*innen entwickeln. In einem weiteren Schritt gilt es individuell abgestimmte, evidenzbasierte Empfehlungen für eine verbesserte Praxis auszusprechen und Patient\*innen zum Handeln zu ermutigen (Soumerai & Avorn, 1990). Allen Patient\*innen wird am Ende des persönlichen Beratungsgesprächs eine schriftliche Zusammenfassung der Beratungsinhalte, eine Broschüre mit Inhalten zur Bewältigung häufiger Nebenwirkungen und ein individualisierter Medikationsplan ausgehändigt. Dieser beinhaltet Empfehlungen für die Gestaltung optimaler Einnahmezeitpunkte unter Berücksichtigung von pharmakodynamischen Kriterien, der persönlichen Alltagsroutine und des individuellen Schmerzverlaufes. Informationen wie diese fallen unter jene Interventionskomponenten, die individuell auf die Bedürfnisse der Patient\*innen abgestimmt werden. Praktische Empfehlungen rund um die Bewältigung möglicher Nebenwirkungen oder den Einsatz nicht-medikamentöser schmerzlindernder Alternativen werden ebenso diesem Bereich zugeordnet. Eine individuelle Abstimmung erfolgt auch in struktureller Hinsicht, indem Entscheidungen zur zeitlichen Koordinierung und zur Anzahl der Telefonate durch Einsatz eines klinischen Algorithmus getroffen werden (Koller et al., 2018; Koller et al., 2014). Eine detaillierte Beschreibung der Interventionsinhalte und den daraus abgeleiteten Zielen findet sich in **Abbildung 3**.

## INHALTE:

### Informationsvermittlung:

- Informationen über die individuelle Schmerzmittelverordnung einschließlich der Gestaltung optimaler Einnahmezeitpunkte über den Verlauf von 24 Stunden und Festhalten dieser Informationen auf einem schriftlichen Medikationsplan
- Informationen über mögliche Nebenwirkungen und deren Management
- Aufklärung über vorherrschende einstellungsbezogene Barrieren
- Informationen über gesundheitliche Folgen einer unzureichenden Schmerzkontrolle
- Informationen über die Bedeutung einer regelmäßigen Erfolgskontrolle in Form der Festlegung einer maximalen Schmerzintensität als Zielwert für das Selbstmanagement

### Förderung des Kompetenzerwerbs:

- Beobachtung der Schmerzentwicklung
- Beobachtung der schmerzlindernden Wirkung
- Beobachtung des Auftretens von Nebenwirkungen
- Einsatz von Medikamentendispensern
- Gestaltung einer effektiven Schmerzmitteleinnahme nach den eigenen Bedürfnissen und im Einklang mit dem individuellen Tagesablauf
- Schmerzbezogene Kommunikation mit Ärzt\*innen

### Pflegerische Begleitung:

- Thematisieren einer fehlenden Therapietreue und möglicher Lösungen
- Rückmeldung zur Schmerzmitteleinnahme
- Adaptierung der Einnahmezeitpunkte
- Unterstützung bei der Lösung von schmerzmanagementbezogenen Problemen
- Festlegen einer maximalen Schmerzintensität als Zielwert für das Selbstmanagement
- Reflektieren erreichter bzw. nicht erreichter definierter Zielwerte unter Betrachtung implementierter und nicht implementierter Verhaltensweisen
- Angehörige miteinbeziehen
- Unterstützung bei der Implementierung der Schmerzmitteleinnahme in den Alltag



## ZIELE:

- Entwicklung einer positiven Einstellung gegenüber der Schmerzmitteleinnahme
- Entwicklung eines Bewusstseins für die Relevanz einer effektiven Schmerzkontrolle
- Entwicklung eines Bewusstseins für die Bedeutung einer regelmäßigen Schmerzmitteleinnahme in Abhängigkeit von der Uhrzeit mit Berücksichtigung der Wirkungsdauer über 24 Stunden und Befähigung für die Umsetzung dieses Prinzips auf Basis der individuellen Schmerzmittelverordnung
- Befähigung für das Erkennen und Bewältigen von opioidinduzierten Nebenwirkungen
- Entwicklung eines Bewusstseins für realistische Therapieziele und die eigene Verantwortung im Rahmen des Schmerzmanagements
- Befähigung für die Beurteilung des Therapieerfolges und die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei unzureichender Wirksamkeit

**Abbildung 3:** Inhalte von *ANtiPain* und zu erreichende Ziele bei Patient\*innen – eigene Darstellung in Anlehnung an Koller et al. (2018)

### 3 EvANtiPain

Bei *EvANtiPain* handelt es sich um eine cluster-randomisierte Phase-IV-Studie mit Stepped-Wedge-Design, die auf der Ergebnisgrundlage von Koller et al. (2018) konzipiert wurde und zum Ziel hatte, die Wirksamkeit der Einführung von *ANtiPain* in den klinischen Routinebetrieb auf Ebene der Patient\*innen, der Pflegepersonen und der Organisation zu evaluieren (Raphaelis, Frommlet, Mayer, & Koller, 2020).

Insgesamt erklärten sich 17 Stationen aus drei Wiener Krankenhäusern (Universitätsklinikum Allgemeines Krankenhaus Wien, Klinik Ottakring [ehemaliges Wilhelminenspital], Klinik Hietzing [ehemaliges Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel]) bereit, *ANtiPain* im Rahmen der Studie in den laufenden Stationsalltag zu integrieren. Im Zeitraum von Januar 2017 bis Mai 2018 konnten auf diesen Stationen 153 Patient\*innen mit krebbsbedingten Schmerzen rekrutiert werden. Die Teilnahme an *EvANtiPain* erforderte ein Mindestalter von 18 Jahren, das Vorhandensein krebbsbedingter Schmerzen in einer Intensität von mindestens drei auf einer 0–10 Ratingskala (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) oder eine regelmäßige Schmerzmitteleinnahme, die darauf schließen ließ, dass die Patient\*innen mit anhaltenden Schmerzen aus dem Krankenhaus entlassen wurden und schmerzbezogenes Selbstmanagement betreiben mussten. Zu den Ausschlusskriterien zählten mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache und kognitive Beeinträchtigungen (Raphaelis et al., 2020). Patient\*innenbezogene Daten wurden zu Beginn sowie zwei, vier und acht Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhoben. Zu den primären und sekundären patient\*innenbezogenen Zielkriterien zählten: schmerzbezogene Funktionsbeeinträchtigung im Alltag, durchschnittliche/stärkste Schmerzintensität, patient\*innenbezogene Barrieren, schmerzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Unterstützung beim schmerzbezogenen Selbstmanagement und Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement. Zu den sekundären organisationsbezogenen Zielkriterien zählten: pflegerische schmerzmanagementbezogene Kompetenz, Zufriedenheit mit der Unterstützung beim Selbstmanagement krebbsbedingter Schmerzen, Teilnahmeraten sowie die Umsetzungstreue. Pflegepersonalbezogene Daten wurden vor der Implementierung sowie vier und 12 Monate nach der Implementierung gesammelt, organisationsbezogene Daten zu Studienbeginn (Koller, 2016; Raphaelis et al., 2020).

Im Rahmen von Subgruppenanalysen jener acht Stationen, auf denen im Rahmen von *EvANtiPain* Patient\*innen rekrutiert werden konnten und die *ANtiPain* letztlich umsetzten, konnte in folgenden Bereichen ein signifikanter Einfluss der Intervention festgestellt werden: schmerzbezogene Funktionsbeeinträchtigung im Alltag ( $p = 0.009$ ), schmerzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung ( $p = 0.033$ ), Zufriedenheit mit der Unterstützung beim schmerzbezogenen Selbstmanagement ( $p = 0.002$ ) und Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement im Krankenhaus ( $p = 0.018$ ) (Raphaelis et al., 2020).

## 4 Zielsetzung und Fragestellungen

Zielsetzung dieser Arbeit war es, ein besseres Verständnis für den Beitrag von *ANtiPain* im Prozess der Schmerzbewältigung und dessen Bedeutsamkeit im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements zu erlangen. Konkret sollte untersucht werden, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen die Interventionsinhalte in das schmerzbezogene Selbstmanagement integriert wurden, welchen Effekt dies auf die Qualität der Schmerzkontrolle hatte und inwieweit der Unterstützungsbedarf der Patient\*innen im Rahmen der Intervention abgedeckt werden konnte. Die dadurch gewonnen Erkenntnisse sollen insbesondere zur zielgerichteten Weiterentwicklung von *ANtiPain* beitragen. Vor diesem Hintergrund wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

Welche Bedeutung hat *ANtiPain* im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements?

- Wie bewältigen Patient\*innen ihre Schmerzen im Alltag, nachdem sie *ANtiPain* erhalten haben?
- Welchen Beitrag leistet *ANtiPain* im Prozess der Schmerzbewältigung?



## 5 Methodik

Das vorliegende Kapitel beinhaltet die Erklärung der methodischen Vorgehensweise. Zunächst werden der Forschungsansatz, die Methode der Datenerhebung und die Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer\*innen beschrieben. Es folgt eine Darstellung der Methoden der Datenaufbereitung und der Datenanalyse. Abschließend wird auf die Umsetzung der forschungsethischen Prinzipien und Gütekriterien Bezug genommen.

### 5.1 Forschungsansatz

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kam ein Evaluationsforschungsansatz zur Anwendung, da die Bedeutsamkeit von *ANtiPain* untersucht und Erkenntnisse generiert werden sollten, die zur zielgerichteten Verbesserung des Forschungsgegenstandes beitragen. Die Evaluationsforschung stellt einen Teilbereich der angewandten Sozialwissenschaft dar, der sich mit der „wissenschaftlich fundierten Bewertung von Produkten, Maßnahmen oder anderen Gegenständen“ (Kromrey, 2001, S. 976) befasst. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei die Generierung von Daten zu Verlauf und Auswirkungen des Evaluationsgegenstandes, auf Basis derer Aussagen darüber getroffen werden können, ob der zu evaluierende Gegenstand den ihm zugeschriebenen Zweck erfüllt und welche Veränderungen gegebenenfalls nötig sind, um diesen besser zu erfüllen. Die Evaluationsforschung verfolgt damit ein „spezifisches Erkenntnis- und Verwertungsinteresse“ (Kromrey, 2001, S. 112). Einsichten, die im Rahmen solcher Bewertungen gewonnen werden, beziehen sich auf den jeweiligen Evaluationsgegenstand und sind nicht bzw. nur bedingt auf andere Situationen übertragbar (Mayer, 2015).

Je nach Schwerpunkt, Zeitpunkt und Verteilung der Rollen zwischen der evaluierenden und zu evaluierenden Person können unterschiedliche Formen der Evaluation unterschieden werden. Im Hinblick auf die zu untersuchenden Aspekte des Evaluationsgegenstandes handelte es sich bei dieser Untersuchung um eine Wirkungsevaluation, da die von *ANtiPain* hervorgerufenen Effekte im Zentrum des Interesses stehen und nicht wie im Fall einer Implementationsevaluation deren Umsetzung. Was den Evaluationszeitpunkt betrifft, kann zwischen einer formativen und einer summativen Evaluation differenziert werden. Während die formative Evaluation bereits prozessbegleitend eingesetzt wird, mit dem Ziel den laufenden Projektverlauf zu optimieren, findet die summative Evaluation erst nach Interventionsabschluss und damit retrospektiv statt. Primäres Ziel ist in diesem Fall die Überprüfung der Wirksamkeit. Die vorliegende Untersuchung wies sowohl summative als auch formative Merkmale auf. Summativ, indem man den Evaluationsgegenstand (*ANtiPain* im Rahmen von *EvANtiPain*) als abgeschlossen betrachtet. Versteht man *ANtiPain* jedoch als ein laufendes Unterstützungsangebot und diese Bewertung als einen Beitrag zu dessen Optimierung, handelte es sich um eine formative Evaluation. Weiters kann in diesem Fall von einer Fremdevaluation gesprochen werden. Immerhin handelte

es sich bei der Evaluierenden und den Evaluierten um unterschiedliche Personen. Die Untersuchung ist als interne Fremdevaluation zu betrachten, da die evaluierende Person dem Projektteam von *EvANtiPain* angehörte und keine externen Forschungsdienste für die Durchführung beansprucht wurden (Döring & Bortz, 2016; Kromrey, 2001).

In Bezug auf den methodischen Ansatz lag dieser Evaluation außerdem ein qualitatives Forschungsverständnis zugrunde (Döring & Bortz, 2016). Schließlich ging es darum, einen möglichst realistischen Eindruck vom Forschungsgegenstand, also den Auswirkungen von *ANtiPain* auf das schmerzbezogene Selbstmanagement der Patient\*innen zu gewinnen. Dies ist gemäß der naturalistischen Auffassung nur unter der Voraussetzung möglich, dass man die Perspektive der Betroffenen abbildet, sich Zugang zur ihrer Lebenswelt verschafft und ihre individuellen Erfahrungen, Empfindungen und Wahrnehmungen im Umgang mit dem Phänomen im alltäglichen Kontext untersucht. Soziale Wirklichkeit ist nach Auffassung der qualitativen Forschung ein subjektives Konstrukt, das ganzheitlich erschlossen werden muss, und zwar indem man ein Verständnis vom Sinn entwickelt, der Gegebenheiten zugrunde liegt und dessen sach- und situationsbezogener Umstände (Mayer, 2015; Patton, 2015). Qualitative Untersuchungen liefern damit in der Regel reichhaltige Beschreibungen des Forschungsgegenstandes mit großem Potenzial zur Aufdeckung von komplexen Zusammenhängen (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014). Sie zeichnen sich durch einen explorativen Charakter aus und werden überdies im gesamten Forschungsprozess von den Prinzipien der Offenheit und der Flexibilität geleitet, mit dem Ziel, „Phänomene zu entdecken oder neu zu strukturieren, die vorab noch nicht definiert und strukturiert sind“ (Mayer, 2015, S. 101). Dies erscheint insbesondere deshalb wichtig, weil anzunehmen ist, dass die praktische Bedeutsamkeit einer Intervention zur Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements einer Vielzahl an Einflüssen unterliegt und die Thematik im Rahmen der bisherigen Forschung eine untergeordnete Rolle spielte.

## **5.2 Methode der Datenerhebung**

Die Datenerhebung erfolgte anhand von mündlichen Befragungen, um den Betroffenen einen entsprechenden Rahmen zu bieten, in dem sie ihre subjektiven Erfahrungen und Meinungen in Verbindung mit dem Forschungsgegenstand gemäß dem Grundgedanken der qualitativen Forschung umfassend zum Ausdruck bringen konnten (Mayer, 2015).

Nachdem das Forschungsinteresse im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht nur darauf gerichtet war, wie Patient\*innen ihr Schmerzmanagement gestalteten, sondern auch darauf, dieses Verhalten in einen Kontext einzubetten, Erklärungen zu finden und einen möglichen Einfluss von *ANtiPain* zu identifizieren, empfahl es sich, die Methode des episodischen Interviews heranzuziehen. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, welches die Prinzipien des semi-strukturierten und des narrativen Interviews miteinander verknüpft. Erlebnisse, die eine Person im Hinblick auf eine bestimmte Thematik

macht, werden in Form von episodischem und semantischem Wissen abgespeichert und erinnert. Über die Durchführung eines episodischen Interviews und der Kombination von Erzählaufforderungen mit zielgerichteten Fragen sollen beide Wissensformen erschlossen werden, einerseits die situationsbezogenen Erfahrungen und andererseits die situationsübergreifenden Einschätzungen und Vorstellungen der interviewten Person im Hinblick auf den Forschungsgegenstand (Flick, 2006). Erzählaufforderungen ermöglichen der interviewten Person, Ereignisse in ihrem Ablauf und kontextuellem Zusammenhang so zu schildern, wie sie tatsächlich erlebt wurden. Das episodische Interview bietet damit auch mehr Raum für die Darstellung subjektiver Sicht- und Handlungsweisen und liefert eine reichhaltigere Darstellung des Geschehens als andere Befragungsformen, „die konkrete Themen und die Struktur ihrer Behandlung in den gestellten Fragen weitgehend vorgeben“ (Flick, 2017, S. 246). Der Wechsel an Erzählaufforderungen und offenen Fragen entspricht zudem mehr der „Logik von Alltagskommunikation“ (Misoch, 2015, S. 63). Dieser Umstand kann die Interviewatmosphäre positiv beeinflussen und dazu führen, dass sich Befragte stärker auf das Gespräch einlassen (Misoch, 2015).

Die Interviewdurchführung erfolgte leitfadengestützt. Der Leitfaden bot einen Überblick über die thematischen Bereiche, die im Gesprächsverlauf abgedeckt werden sollten (siehe Anhang). Er enthielt entsprechende Formulierungsvorschläge für Erzählaufforderungen und offene Fragen, um die semantischen und episodischen Wissensanteile im Hinblick auf den Prozess der Schmerzbewältigung gleichermaßen erschließen zu können. Der Leitfaden wurde im Rahmen der einzelnen Interviews gemäß dem qualitativen Grundprinzip der Offenheit flexibel an den Gesprächsverlauf angepasst (Mayer, 2015). Zudem musste mehrmals eine inhaltliche Adaptierung vorgenommen werden, da es sich in der Praxis als herausfordernd erwies, den Einfluss von *ANtiPain* im jeweiligen Prozess der Schmerzbewältigung sichtbar werden zu lassen. Informationen zu den Rahmenbedingungen sowie Besonderheiten der jeweiligen Interviewsituation wurden in Form von Interviewprotokollen schriftlich festgehalten. Diese erfüllten in erster Linie Reflexionszwecke. Demografische, krankheits- und interventionsbezogene Daten wurden der Studiendokumentation von *EvANtiPain* entnommen.

### **5.3 Auswahl der Untersuchungsteilnehmer\*innen und Rekrutierung**

Zur Zielgruppe dieser Untersuchung zählten Patient\*innen, die an der Studie *EvANtipain* teilnahmen und die Intervention erhalten hatten. Aus dieser Stichprobe sollte ursprünglich eine Teilstichprobe bestehend aus 10 Personen rekrutiert werden, und zwar über die drei Studienzentren von *EvANtiPain*, das Universitätsklinikum Allgemeines Krankenhaus Wien, die Klinik Ottakring und die Klinik Hietzing. Vor dem Studienbeginn wurden ein positives Ethikvotum der Medizinischen Universität Wien und das Einverständnis der jeweiligen Pflegedirektionen eingeholt. Der Feldzugang erfolgte über die Forscherin, und zwar in ihrer Tätigkeit als Studienassistentin im Projekt *EvANtiPain*. Patient\*innen, die die Intervention zur Gänze erhalten hatten, wurden von der Forscherin im Rahmen der geplanten

telefonischen Fragebogenankündigungen für *EvANtiPain* mündlich über dieses Forschungsvorhaben informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Bei Interesse wurde festgelegt, wann und wo das Interview stattfinden sollte.

Im Zeitraum von November 2017 bis Ende Mai 2018 wurden insgesamt 22 Patient\*innen identifiziert, welche die Intervention zur Gänze erhalten hatten und demnach für ein Interview in Frage gekommen wären. Davon wurden fünf Personen vorab von der Forscherin aus folgenden Gründen ausgeschlossen: kognitive oder sprachliche Einschränkung, die sich im Studienverlauf ergab; zu langer Abstand zwischen Interventionsende und möglichem Interviewzeitpunkt; relativ unkomplizierte Schmerzsituation, die auf keinen neuen Erkenntnisgewinn hoffen ließ. Von den verbliebenen 17 potenziellen Untersuchungsteilnehmer\*innen konnten zwei telefonisch nicht erreicht und demnach auch nicht für ein Interview angefragt werden. Eine Patientin erklärte sich zunächst zwar für ein persönliches Gespräch über ihre Erfahrungen mit der Bewältigung krebserkrankungsbedingter Schmerzen im Alltag bereit, öffnete zum vereinbarten Interviewzeitpunkt jedoch ihre Wohnungstür nicht. Fünf Patient\*innen sagten ihre Teilnahme am Forschungsprojekt aufgrund einer schlechten physischen und/oder psychischen Allgemeinverfassung von vornherein ab. Somit konnten letztlich neun Patient\*innen für eine Teilnahme an dieser Untersuchung gewonnen werden. Da es in der Klinik Hietzing während des Erhebungszeitraumes an relevanten Interventionspatient\*innen mangelte, konnten nur Personen aus dem Universitätsklinikum Allgemeines Krankenhaus Wien und der Klinik Ottakring eingeschlossen werden.

Die Interviews fanden auf Wunsch der Untersuchungsteilnehmer\*innen entweder zuhause oder im Krankenhaus in einem separaten Raum auf der Station statt, der entsprechende Ruhe und Privatsphäre gewährleistete. Ein Interview wurde auf Wunsch der Patientin telefonisch geführt. Grundsätzlich wurde auf eine möglichst zeitnahe Durchführung geachtet, um sicherzustellen, dass sich die Patient\*innen gut an die Interventionserfahrung erinnern konnten. Alle Personen willigten vorab schriftlich in die Teilnahme ein.

## 5.4 Methode der Datenaufbereitung

Sämtliche Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert, um die Daten der Analyse zugänglich zu machen. Es wurde eine wörtliche Transkription mit Annäherung der Dialekte an das Schriftdeutsch durchgeführt. Pausen, Betonungen und nichtsprachliche Lautäußerungen wurden in Anlehnung an Kuckartz (2010) in Form von Sonderzeichen hervorgehoben. Personenbezogene Angaben wurden anonymisiert.

(...)	=	Längere Pausen
<u>eigentlich</u>	=	Auffällige Betonung
[lacht]	=	Aussage unterstützende, nichtsprachliche Lautäußerung
/	=	Satzabbruch
//	=	Sprechüberlappung
???	=	Unverständliche Äußerungen
<Name>	=	Anonymisierung

**Abbildung 4:** Transkriptionsregeln – eigene Darstellung in Anlehnung an Kuckartz (2010)

## 5.5 Methode der Datenanalyse

Bei der Datenanalyse wurde auf den Ansatz der Grounded Theory Methodologie nach Anselm Strauss und Barney Glaser (Strauss & Corbin, 1996) zurückgegriffen. Dabei handelt es sich um einen Forschungsstil, der seinen Ursprung im Symbolischen Interaktionismus hat und der herangezogen wird, um auf induktive Weise sogenannte gegenstandsverankerte, theoretische Erklärungsmodelle zu bestimmten Prozessen menschlichen Verhaltens zu entwickeln. Ziel ist es, das Wie und Warum von Ereignissen zu beleuchten, Überzeugungen und Bedeutungen aufzudecken, die Handlungsweisen zugrunde liegen sowie rationale und nicht-rationale Aspekte menschlichen Verhaltens zu untersuchen (Corbin & Strauss, 2015; Strauss & Corbin, 1996). Die Grounded Theory Methodologie erschien deshalb als eine geeignete Methode, um herauszufinden, welche Maßnahmen Patient\*innen im Rahmen der Bewältigung ihrer Schmerzen warum und mit welchem Ergebnis ergriffen, und welche Rolle *ANtiPain* in diesem Prozess letztlich spielte.

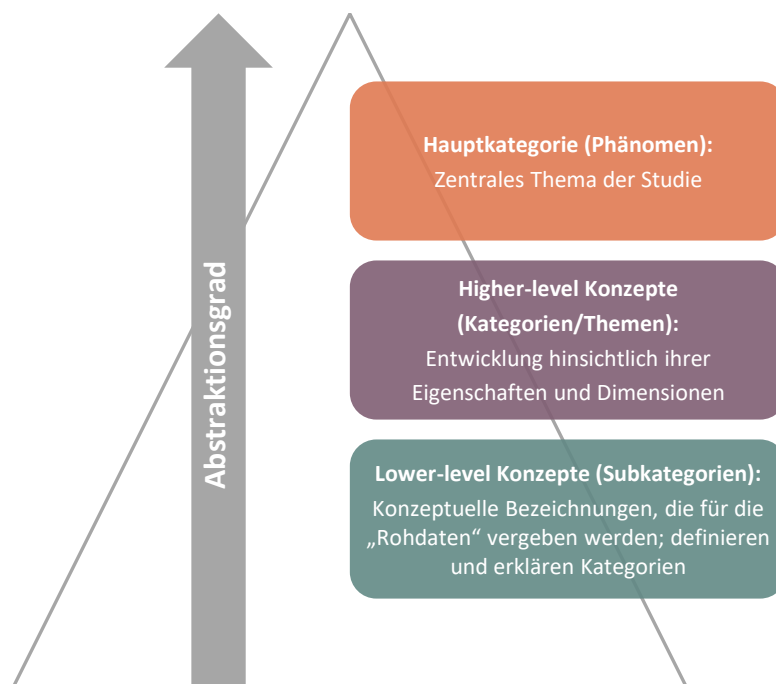
Der Analyseprozess im Rahmen der Grounded Theory Methodologie erfolgt auf Basis eines dreistufigen Kodierverfahrens, dem offenen, dem axialen und dem selektiven Kodieren (Strauss & Corbin, 1996). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bestand mangels Ressourcen jedoch kein Anspruch auf Theorieentwicklung und es wurden lediglich die ersten beiden Schritte des Analyseprozesses, das offene und das axiale Kodieren, realisiert. Die Datenanalyse erfolgte computergestützt mithilfe der Software MAXQDA.

Das offene Kodieren stellt jenen analytischen Vorgang dar, bei dem Kategorien identifiziert und hinsichtlich ihrer Eigenschaften und Dimensionen entwickelt werden. Hierzu wurde das gesamte Datenmaterial zunächst zeilenweise mit sogenannten Codes versehen. Diese konzeptuellen Bezeichnungen bildeten die inhaltliche Bedeutung der entsprechenden Interviewpassagen ab. Die Codes wurden zum Teil von der Forscherin konstruiert und zum Teil, sofern aussagekräftig, in Form einer kurzen Phrase direkt aus den Daten übernommen. Geschehnisse, die die gleiche Bedeutung hatten, wurden unter derselben konzeptuellen Bezeichnung zusammengefasst. Basiskonzepte, die sich nach Auffassung der Forscherin auf ein ähnliches Thema bezogen, wurden in einem weiteren Schritt unter einem abstrakteren Konzept, einer sogenannten Kategorie, zusammengefasst. Jede Kategorie wurde dann hinsichtlich ihrer Eigenschaften und Dimensionen spezifiziert. Diese inhaltliche Präzisierung bildete schließlich die Grundlage für den zweiten Schritt des Analyseprozesses (Strauss & Corbin, 1996). In **Tabelle 1** wird anhand eines Beispiels aufgezeigt, wie der Analyseschritt des offenen Kodierens in der vorliegenden Arbeit umgesetzt wurde.

**Tabelle 1:** Beispiel für offenes Kodieren anhand der Kategorie „Schmerzmittel nach Gefühl einnehmen“

Interviewpassage	Codes	Kategorie
<p>„Ja, sicher. Oder wenn ich gemerkt hab, also mit dem Essen. Wenn ich beim Essen bin, ich mein, essen ist immer gut, aber dann hab ich die Tropfen auch gleich dazu genommen, dass sich das gleich alles verbindet. Aber, sonst eigentlich, das passt so. Also, ich hab da nicht irgendwie nachschaun müssen. Das hat man dann ja glaub ich eh im Gespür. Man kennt ja seinen Körper dann eh schön langsam. Wenn es irgendwo zwickt oder so, dann denk ich mir ,ah, es wird Zeit“ (Transkript_F, Pos. 66)</p>	<p>Spüren, dass es Zeit für die Schmerzmitteleinnahme ist</p>	<p><b>Schmerzmittel nach Gefühl einnehmen</b></p>
<p>„Schauen Sie, wenn ich die starken Schmerzen hatte, dann wusste ich, ich muss etwas Stärkeres nehmen. So viel dachte ich nicht. Gottseidank ist es noch nicht so stark wie andere Schmerzmittel. Aber ja. Ich habe nicht so viel überlegt. Ich habe gesagt, Mexalen® hilft, aber nicht immer. Ich habe auch mit der &lt;Name Interventionspflegeperson&gt; und mit einem Arzt geredet. Dann haben sie gesagt, ‘dann nehmen wir die Tramal® Tropfen nach Bedarf wie du das fühlst’. Und / Und deswegen sage ich, am Tag will ich es nicht, zum Beispiel wollte ich es heute in der Früh nicht. Weil das Tramal® ist wirklich / Das macht mich komplett ,weg‘.“ (Transkript_C, Pos. 71)</p>	<p>Nicht viel überlegen bei der Entscheidung zur Schmerzmitteleinnahme</p>	
<p>„Es gibt so Tage, wo die Schmerzen <u>so</u> extrem sind. Und da muss ich mehr nehmen, und / Aber das weiß ich schon, dass ich mit den Tropfen so spielen darf, dass ich einen Tag mehr nehme, einen Tag weniger oder gar nichts. Ich nehme nicht <u>immer</u> Schmerzmittel. Wenn ich weiß, das ist ein leichter Schmerz, dann nehme ich keine, weil das kann ich aushalten. <u>Nur</u> wenn es extrem wird.“ (Transkript_C, Pos. 20)</p>	<p>Nicht immer Schmerzmittel einnehmen</p>	
<p>„Abends schaue ich auf die Uhr, wenn ich die Tropfen nehme. Circa um halb acht die ersten. Und dann, wenn ich schlafen gehe, 10, 11, halb 12. Wenn ich schlafen gehe, nehme ich die zweiten. Aber um circa sieben, halb acht müssen die ersten sein. Weil dann kann ich das rausziehen bis in der Früh, ja. Aber sonst schaue ich nicht auf die Uhr, nein. Ich höre wirklich auf meinen Körper, wenn der sagt, ,pass auf, das wird stärker, da nimmst du jetzt das Medikament‘. Und dann nehme ich das wirklich das Medikament, ist egal welches. Dann nehme ich es. Wie heute in der Früh zwei Mexalen® und jetzt ist es besser und fertig. Weil ich habe gewusst, das wird nicht. Das hat gestern begonnen, das wird nicht anders. Ja. Aber das lernen wir, mit unserem Körper, wie das wird. Das lernen wir, ja.“ (Transkript_C, Pos. 110)</p>	<p>Schmerzmittel tagsüber nach Gefühl einnehmen</p>	

Beim axialen Kodieren ging es darum, die entwickelten Kategorien miteinander in Beziehung zu setzen. Im Mittelpunkt stand hier die Identifikation des sogenannten Phänomens, einer Schlüsselkategorie, die das zentrale Thema der Analyse abbildete, und dessen Spezifizierung im Hinblick auf die ursächlichen Bedingungen, den kontextuellen Rahmen, in den es eingebettet war, die handlungs- und interaktionalen Strategien mithilfe derer es bewältigt wurde sowie die daraus resultierenden Konsequenzen. Als Analyseinstrument diente das paradigmatische Modell (Strauss & Corbin, 1996).



**Abbildung 5:** Abstraktionsniveaus der Konzepte im Rahmen der Grounded Theory Methodologie – eigene Darstellung in Anlehnung an Corbin und Strauss (2015)

Bei der Grounded Theory Methodologie handelt es sich um einen interpretativen Auswertungsansatz. Die Bedeutung und damit der tiefere Sinn, der den Daten innewohnt, müssen von der forschenden Person analytisch erschlossen werden (Corbin & Strauss, 2015).

„Meaning is not inherent in words. Words taken on meaning when they are given s by users and readers. Analysis is the act of taking data, thinking about it, and denoting concepts to stand for the analyst’s interpretation of the meaning intended by the participant. A researcher can think of analysis as ‚mining‘ the data, digging beneath the surface to discover the hidden treasures contained within.“ (Corbin & Strauss, 2015, S. 88)



Der Blick hinter das Offensichtliche in den Daten erfordert theoretische Sensibilität im Hinblick auf die möglichen Bedeutungen (Strauss & Corbin, 1996). Um die Auseinandersetzung mit den Daten zu stimulieren, wurden auf allen Ebenen der Datenauswertung analytische Strategien eingesetzt. Konkret wurde dabei auf das Stellen von Fragen an die Daten (z.B. Was passiert da? Wer ist beteiligt? Wo passiert es? Wann passiert es? Wie passiert es? Warum passiert es?) sowie auf das Anstellen von Vergleichen hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen Ereignissen, Zeitpunkten und Personen zurückgegriffen (siehe **Tabelle 2**). Außerdem wurden sogenannte Memos verfasst (Corbin & Strauss, 2015). Diese schriftlichen Analyseprotokolle dienten in erster Linie der Reflexion und hielten den Dialog fest, in dem die Forscherin mit den Daten stand (Strauss & Corbin, 1996). Sie wiesen je nach Analysephase unterschiedliche Formen und Inhalte auf (z.B. Notizen zu Konzeptbezeichnung, Definition und Verbindung mit anderen Konzepten). Der Analyseprozess war generell von Dynamik und Entwicklung geprägt (Corbin & Strauss, 2015). Bedeutungen, die den Daten zugrunde lagen, waren nicht immer auf den ersten Blick erkennbar oder veränderten sich im Vergleich mit neuem Datenmaterial, was dazu führte, dass konzeptionelle Bezeichnungen im Verlauf mehrfach umbenannt wurden.

**Tabelle 2:** Beispiel für Fragenstellen und Vergleichen anhand der Kategorie „Schmerzmittel nach Gefühl einnehmen“

	Schmerzmittel nach Gefühl einnehmen
Wer ist beteiligt?	A, B, C, D, E, F, G, I
Was passiert da? Wie zeigt sich das?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzmittel werden erst eingenommen, wenn bereits Schmerzen vorhanden sind</li> <li>- Durch Schmerzen an die Schmerzmitteleinnahme erinnert werden</li> <li>- Schmerzmitteleinnahme wird durch ein Schmerzgefühl getriggert</li> <li>- Instinktiv handeln</li> </ul>
Wann passiert das? Wie lange passiert das?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitweise (nur bei Dauerschmerzen, Durchbruchschmerzen; leichteren, stärkeren Schmerzen; Basisschmerzmittel, Bedarfsschmerzmittel; tagsüber, nachts)</li> <li>- Immer</li> <li>- Schon immer</li> <li>- Erst seit Kurzem (seit sich die Situation gebessert hat)</li> </ul>
Warum passiert das?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weil man keinen Sinn darin sieht, es anders zu machen (nicht wissen, dass es besser sein könnte oder weil das Andersmachen auch nicht besser war)</li> <li>- Weil man keine unnötigen Schmerzmittel einnehmen will</li> <li>- Weil man nicht darüber nachdenken will</li> <li>- Weil einem dieses Vorgehen von der Interventionspflegeperson empfohlen wurde und man ihr vertraut (Anleitung bekommen haben; in der Einnahme bestärkt worden sein)</li> </ul>
Welche Aspekte machen einen Unterschied im Tun?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzmittelverordnung gleichbleibend vs. verändert</li> <li>- Schmerzart: Dauerschmerzen vs. Durchbruchschmerzen</li> <li>- Schmerzintensität: leichtere vs. stärkere Schmerzen</li> <li>- Absehbarkeit der Schmerzentwicklung</li> <li>- Adäquatheit der Schmerzmittel (Bringt sich die Einnahme nach der Uhr überhaupt etwas? Kann damit ein besseres Ergebnis erzielt werden?)</li> <li>- Schmerzmittelart: Basisschmerzmittel vs. Bedarfsschmerzmittel</li> <li>- Tageszeit: tagsüber vs. nachts</li> <li>- Erfahrung mit Schmerzen</li> </ul>
Eigenschaften (Dimensionen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Zeitpunkt der Schmerzmitteleinnahme</b> (bei beginnenden Schmerzen – bei stärker werdenden Schmerzen – nicht nachlassenden Schmerzen)</li> <li>- <b>Schmerzart</b> (Dauerschmerzen – Durchbruchschmerzen; leichte – starke Schmerzen)</li> <li>- <b>Schmerzmittelart</b> (Basisschmerzmittel – Bedarfsschmerzmittel)</li> <li>- <b>Zeitraum</b> (tagsüber – nachts)</li> <li>- <b>Dauer</b> (schon immer – erst seit Kurzem)</li> <li>- <b>Entscheidungsbasis</b> (überlegt – unüberlegt; Bauchgefühl – Kopfentscheidung; Erfahrung – Wissen – Empfehlung der Interventionspflegeperson)</li> </ul>

### **Umgang mit theoretischem Vorwissen**

Forschende, die den Ansatz der Grounded Theory Methodologie verfolgen, sollten sich außerdem mit ihrem theoretischen Vorwissen auseinandersetzen. Persönliche Vorannahmen, Denkmuster und Wissen können die Qualität der Datenerhebung und -analyse beeinträchtigen. Dieser Einfluss sollte entsprechend kontrolliert werden (Corbin & Strauss, 2015). Der vorliegenden Untersuchung ging ein intensives Literaturstudium voraus. Erst dadurch war es möglich, die Forschungsrelevanz der Thematik zu begründen. Davon abgesehen war die Forscherin auch bereits aufgrund ihrer Tätigkeit als Studienassistentin bei *EvANtiPain* mit der Materie vertraut und verfügte über persönliche Erfahrungen im Umgang mit Schmerzen. Um dennoch einen möglichst offenen Blick auf die Daten sicherstellen zu können, reflektierte die Forscherin ihre eigenen Vorannahmen und ihr Tun im Analyseprozess im Rahmen von Memos. Ebenso bediente sie sich der Strategie des ständigen Vergleichens, um bisherige Erkenntnisse anhand von neuen Daten zu verifizieren und sich alle möglichen Bedeutungen vor Augen zu führen. Und schließlich wurden die Ergebnisse auch mit der Betreuerin diskutiert (Corbin & Strauss, 2015).

### **Theoretisches Sampling**

Die Auswahl der Untersuchungsteilnehmer\*innen sollte im Rahmen der Grounded Theory Methodologie nach dem Prinzip des theoretischen Samplings auf der Basis von analytischen Gesichtspunkten getroffen werden. Dies bedeutet, dass Erkenntnisse aus bereits durchgeführten Interviews die weitere Auswahl von Untersuchungsteilnehmer\*innen beeinflussen. Ein integrierter Ansatz von Datenerhebung und -analyse ist Voraussetzung dafür. Der forschenden Person ist es dadurch möglich, bereits identifizierte Konzepte im Rahmen nachfolgender Erhebungen zu validieren und im Hinblick auf ihre Eigenschaften und Dimensionen zu vervollständigen bzw. ausführlicher zu untersuchen (Corbin & Strauss, 2015). Der Endpunkt der Datenerhebung ist mit der sogenannten theoretischen Sättigung erreicht. Zusätzliche Daten liefern in dem Fall keinen weiteren Erkenntnisgewinn für die Ausarbeitung der Kategorien und ihrer Beziehungen zueinander (Strauss & Corbin, 1996). Das Prinzip des theoretischen Samplings konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung mangels Ressourcen nicht umgesetzt werden. In Anbetracht des Umfangs dieser Arbeit bestand allerdings auch kein Anspruch auf Theorieentwicklung. Auch die Integration von Datenerhebung und -analyse war nur bedingt realisierbar, da sich die Erhebungszeitpunkte aufgrund der geringen Anzahl an relevanten Untersuchungsteilnehmer\*innen und der zeitlichen Abhängigkeit vom Interventionsende nicht immer entsprechend mit der Auswertung der vorangegangenen Interviews koordinieren ließen.

## 5.6 Forschungsethische Überlegungen

Wissenschaftliche Untersuchungen können den teilnehmenden Personen Schaden zufügen. Es ist daher notwendig, im Vorfeld forschungsethische Überlegungen anzustellen und zu überlegen, welche Maßnahmen zum Schutz der Untersuchungsteilnehmer\*innen ergriffen werden können. Als Ausgangspunkt für diese Diskussion dienten die folgenden drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes: umfassende Information und freiwillige Zustimmung, Anonymität, Schutz der einzelnen Person vor eventuellen psychischen und physischen Schäden (Mayer, 2015).

Um sicherzustellen, dass die Patient\*innen auf Basis einer angemessenen Information eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine Studienteilnahme treffen konnten, wurden sie in einer für sie verständlichen Sprache ausführlich über den Studienzweck, das geplante Vorgehen, ihre Rolle im Rahmen des Forschungsprojektes, den erwartbaren Nutzen sowie mögliche Risiken informiert. Die Patient\*innen wurden außerdem darauf hingewiesen, dass sie ihre Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen konnten und dass eine Ablehnung oder Zustimmung in keinerlei Verbindung zur medizinischen Behandlung standen. Die Information erfolgte sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form. Die Patient\*innen gaben vor Beginn der Datenerhebung ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme.

In mündlicher und schriftlicher Form wurde den Patient\*innen außerdem ein vertraulicher Umgang mit den erhobenen Daten und deren ausschließliche Verwertung für Forschungszwecke zugesichert. Die Audiodateien und Transkripte wurden auf einem separaten Medium passwortgeschützt gespeichert und nach Fertigstellung der Arbeit gelöscht. Darüber hinaus wurden alle personenbezogenen Daten anonymisiert.

Die gedankliche Auseinandersetzung mit einer schweren Erkrankung und deren Folgen im Rahmen eines Interviews hätte eine zusätzliche physische und psychische Belastung für die Untersuchungsteilnehmer\*innen darstellen können. Die Forscherin war sich dieser Tatsache bewusst. Sie erkundigte sich zum einen am Tag vor den geplanten Interviewterminen telefonisch nach dem aktuellen Befinden und prüfte, ob die Patient\*innen auch tatsächlich bereit waren für den Austausch. Zum anderen wurde den Patient\*innen in der Situation die Möglichkeit eingeräumt, das Interview jederzeit zu unter- oder gegebenenfalls auch ganz abubrechen. Die Interviewtermine wurden außerdem auf etwaige Kontroll- oder Behandlungstermine abgestimmt. Dem Umgang mit emotionalen Reaktionen sah sich die Forscherin aufgrund ihrer Erfahrung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin gewachsen. Generell wurde angenommen, dass es die Patient\*innen als Entlastung wahrnahmen, über ihre Situation sprechen zu können und externes Interesse für ihre Perspektiven, Erfahrungen und Probleme zu erfahren. Wäre die Forscherin aufgrund eines unzureichenden medizinischen Managements in einen ethischen Rollenkonflikt geraten, wäre sie ihrer beruflichen Verantwortung als diplomierte

Gesundheits- und Krankenpflegerin gerecht geworden und hätte versucht, entsprechend beratend tätig zu werden.

Davon abgesehen wurde das vorliegende Forschungsprojekt der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien zur Begutachtung vorgelegt und im Rahmen eines positiven Votums als ethisch unbedenklich eingestuft.

## **5.7 Gütekriterien**

Die Qualität von qualitativen Forschungsarbeiten kann anhand von sogenannten Gütekriterien beurteilt werden. Von Kriterien, die sich auf die Beurteilung der Qualität einer „Grounded Theory“ im Speziellen beziehen (Charmaz, 2014; Strauss & Corbin, 1996), wurde Abstand genommen. Sie erschienen als Maßstab nur bedingt geeignet, da die Grounded Theory Methodologie im Rahmen dieser Arbeit nicht bis zur Theorieentwicklung umgesetzt wurde. Stattdessen erfolgte eine Orientierung an den von Steinke (2017) formulierten allgemeinen Kernkriterien zur Bewertung qualitativer Forschung.

### **Intersubjektive Nachvollziehbarkeit**

Dem Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses wurde zum einen mit einer detaillierten Dokumentation versucht, zu entsprechen. Mit einer präzisen Beschreibung des Vorverständnisses der Forscherin, der Methodenauswahl samt den zugehörigen Kontexten sowie einer Darlegung der Informationsquellen sollte externen Personen eine Möglichkeit geboten werden, den Untersuchungsverlauf zu verfolgen und zu bewerten. Zum anderen kam mit der Anwendung der Grounded Theory Methodologie ein kodifiziertes und regelgeleitetes Auswertungsverfahren und damit eine Vorgehensweise zum Einsatz, die sich positiv auf die Nachvollziehbarkeit des Analyseprozesses auswirken sollte.

### **Indikation des Forschungsprozesses**

Die Angemessenheit des gesamten Forschungsprozesses zeigt sich in einer begründeten Darstellung des Forschungsansatzes und der Methodenauswahl (Steinke, 2017). Die geringe Anzahl an Untersuchungsteilnehmer\*innen kann als Schwäche angesehen werden, deckt sich aber mit dem Anspruch an eine derartige Qualifizierungsarbeit. Mangels in Frage kommender Untersuchungsteilnehmer\*innen und eingeschränkter zeitlicher Ressourcen war es außerdem nicht möglich, eine zweckgerichtete Samplingstrategie auf Basis von analytischen Gesichtspunkten zu realisieren.

### **Empirische Verankerung**

Über den Einsatz der Grounded Theory Methodologie und damit eines kodifizierten Verfahrens sowie einer detaillierten und mit Interviewzitate untermauerten Ergebnisbeschreibung wurde versucht, eine empirische Verankerung der Ergebnisse zu erreichen.

### **Limitation und Kohärenz**

Dieses Kriterium dient dazu, den Geltungsbereich der entwickelten Theorie abzustecken und innere Konsistenz der Theorie zu prüfen. Zum Einsatz kommen dabei das kontrastierende Vergleichen der Fälle und die Suche nach abweichenden Fällen (Steinke, 2017). Im Rahmen dieser Arbeit bestand mangels Ressourcen nicht der Anspruch einer Theoriebildung. Eine nähere Auseinandersetzung mit den Limitationen dieser Arbeit erfolgt im abschließenden Diskussionskapitel.

### **Relevanz**

Die Relevanz der Thematik wurde im Rahmen der Hintergrundbeschreibung erläutert.

### **Reflektierte Subjektivität**

Die Forscherin reflektierte ihren subjektiven Einfluss im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung in Form von Memos. Davon abgesehen erfolgte während des gesamten Forschungsprozesses ein Austausch mit der Betreuerin, zu Beginn im Rahmen einer Forschungsgruppe auch mit anderen Studentinnen.

## 6 Ergebnisse

Die Datenanalyse ergab ein sehr heterogenes Bild von der Art und Weise wie Patient\*innen ihre krebsbedingten Schmerzen im Alltag bewältigten, nachdem sie *ANtiPain* erhalten hatten. Zwar handelten sämtliche Patient\*innen grundsätzlich in der Absicht, ihr Bestmögliches zu geben, um die Schmerzbelastung zu reduzieren. Die Bedeutung dessen variierte allerdings in Abhängigkeit von unterschiedlich weit gefassten Handlungsspielräumen, die sich auf Basis bestimmter kontextueller Rahmenbedingungen ergaben, wie dem Ausmaß der Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme, der Überzeugung vom Nutzen, den praxisbezogenen Kompetenzen, der Abschätzbarkeit der Schmerzentwicklung, dem Vertrauen in die behandelnden Ärzt\*innen sowie dem Aufwand-Nutzen-Verhältnis. In den einzelnen Dimensionen der Schmerzbewältigung (Einnahmemenge, Einnahmezeitpunkt, Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen) kamen folglich verschiedenste Strategien zur Anwendung. Als sinnvollste Option wurde mitunter nicht diejenige erachtet, die mit dem größten Ausmaß an Schmerzerleichterung bzw. dem stabilsten Ergebnis einherging. Patient\*innen, denen es infolge eines eingeschränkten Handlungsspielraumes an entsprechenden Alternativen mangelte, mussten auch von weniger wirksamen Strategien Gebrauch machen. In Anlehnung an das paradigmatische Modell (Strauss & Corbin, 1996) wird im Folgenden versucht, die Komplexität des entwickelten Phänomens im Hinblick auf die ursächliche Bedingung, die kontextuellen Bedingungen, die Strategien sowie die Konsequenzen zu beschreiben und anhand ausgewählter Zitate zu veranschaulichen.

### 6.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt konnten neun Patient\*innen für die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt gewonnen werden. Dabei handelte es sich um drei Männer und sechs Frauen im Alter zwischen 47 und 72 Jahren. Acht Gespräche wurden persönlich geführt, eines telefonisch. Die Interviewdauer betrug zwischen 36 und 68 Minuten. Weitere demografische Daten sowie krankheits- und interventionsbezogene Informationen zu den einzelnen Untersuchungsteilnehmer\*innen finden sich in **Tabelle 3** und **Tabelle 4**.

**Tabelle 3:** Demografische und krankheitsbezogene Informationen zu den Untersuchungsteilnehmer\*innen

	Geschlecht	Alter (Jahre)	höchster Bildungsabschluss	Krebslokalisation (Therapie)	Schmerzlokalisation	verordnete/s Basisschmerzmittel	verordnete/s Bedarfsschmerzmittel
A	Männlich	72	Lehre	Lunge (Chemo-, Strahlentherapie, Operation)	Brustraum	Novalgin® 500 mg (2-2-2) <sup>2</sup> Hydal® 2 mg (1-0-1) <sup>3</sup>	Hydal® 1,3 mg (bis 6 x täglich)
B	Weiblich	60	Berufsbildende Mittlere Schule	Kehlkopf (Antikörper-, Strahlentherapie)	Hals, Nase, Ohren	Fentanyl® 25 µg (alle 72 h)	Novalgin® 500 mg (bis 8 x täglich) Hydal® 1,3 mg (bis 6 x täglich)
C	Weiblich	47	Universität	Gebärmutter (Operation, Chemotherapie, Neulasta®)	Knochen (Kopf, Kiefer, Füße, Hände, Rücken, Schultern)	Adamon® long ret. 150 mg (0-0-1)	Mexalen® 500 mg (bis 4 x täglich) Tramal® (bis 120 Tropfen täglich)
D	Weiblich	54	Matura	Eierstock (Operation, Chemotherapie)	Bauchraum	Xefo® 8 mg (1-0-1)	Novalgin® 20 Tropfen (bis 2 x täglich)
E	Weiblich	63	Universität	Rippen-, Wirbel-, Hüftknochen (Strahlentherapie)	Knochen (Hüfte, Wirbelsäule)	Mexalen® 500 mg (2-0-2) Adamon® long ret. 150 mg (1-0-1)	
F	Weiblich	62	Lehre	Speiseröhre (Chemo-, Strahlentherapie)	Bauchraum (perkutane Ernährungssonde)	Novalgin® 40 Tropfen (1-1-1-1)	Tramal® 20 Tropfen (bis 3 x täglich)
G	Männlich	52	Berufsbildende Mittlere Schule	Lunge (Chemotherapie, Operation)	Schultern mit Ausstrahlung in den Armbereich	Astec® 35 µg (alle 72 h)	Temgesic® 0,2 mg (bis 6 x täglich)
H	Männlich	56	Lehre	Magen (Chemo-, Strahlentherapie, Operation geplant)	Bauchraum	Novalgin® 500 mg (2-2-2-2)	
I	Weiblich	55	Lehre	Lunge (Chemo-, Strahlentherapie, Operation)	Brustraum	Novalgin® 500 mg (2-2-2-2)	

<sup>2</sup> Nicht-opioide Schmerzmittel

<sup>3</sup> Opiode Schmerzmittel



**Tabelle 4:** Interventionsbezogene Informationen zu den Untersuchungsteilnehmer\*innen

	Persönliche Gespräche (Anzahl & Dauer)	Telefonische Gespräche (Anzahl & Dauer)	Interventionspflegepersonen (Anzahl)	Interventionsbeginn (erster Kontakt)	Interventionsende (letzter Kontakt)	Interviewzeitpunkt
A	1 (25 min)	3 (15/15/13 min)	1	06.09.2017	27.09.2017	27.10.2017
B	5 (60/25/30/35/20 min)	0	2	24.08.2017	28.09.2017	15.11.2017
C	1 (45 min)	1 (20 min)	1	15.01.2018	22.01.2018	20.02.2018
D	1 (30 min)	1 (10 min)	1	26.02.2018	05.03.2018	03.04.2018
E	1 (?)	0	1	07.03.2018	07.03.2018	05.04.2018
F	3 (35/45/30 min)	0	1	23.02.2018	09.03.2018	06.04.2018
G	1 (20 min)	3 (13/10/12 min)	1	09.03.2018	29.03.2018	25.04.2018
H	1 (60 min)	4 (20/30/15/10 min)	2	15.03.2018	23.04.2018	30.04.2018
I	1 (15 min)	2 (10/10 min)	1	12.04.2018	03.05.2018	29.05.2018

## 6.2 Modell

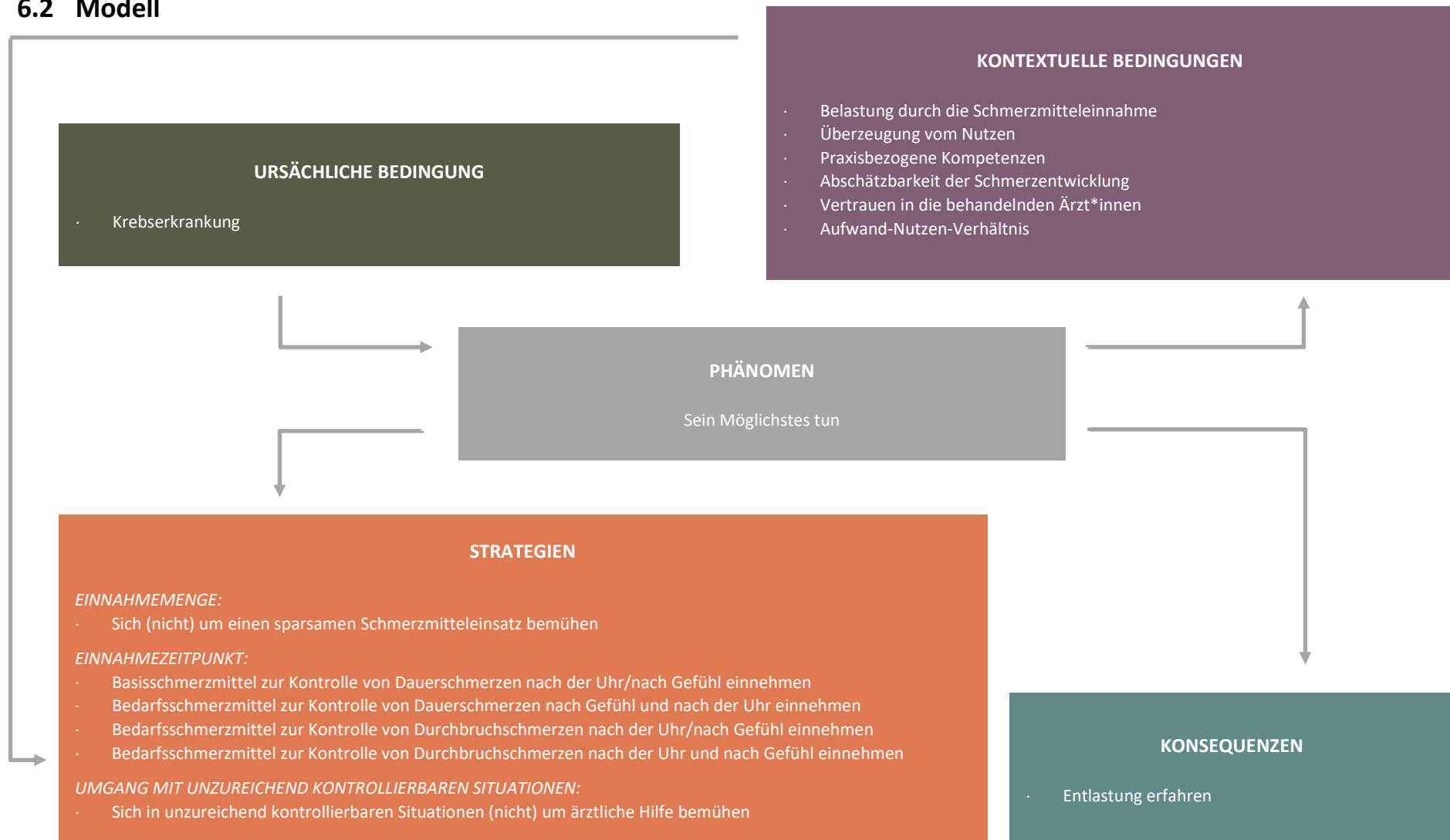


Abbildung 6: Paradigmatisches Modell – eigene Darstellung in Anlehnung an Strauss und Corbin (1996)

### **6.3 Phänomen (Sein Möglichstes tun)**

Die Frage, wie Patient\*innen ihre krebbsbedingten Schmerzen im Alltag nach dem Erhalt von *ANtiPain* bewältigten, kann am besten durch das Konzept „sein Möglichstes tun“ erklärt werden. In der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial wurde deutlich, dass die Patient\*innen grundsätzlich in der Absicht handelten, die Belastung durch Schmerzen so gering wie möglich zu halten. Entscheidungen, die ein geringeres Ausmaß an Schmerzerleichterung zur Folge hatten als grundsätzlich möglich gewesen wäre, wurden von den Patient\*innen nicht freiwillig getroffen, sondern deshalb, weil ihr persönlicher Handlungsspielraum in Abhängigkeit verschiedener kontextueller Bedingungen in dem Moment begrenzt war und die Umsetzung einer wirksameren Strategie damit nicht möglich erschien. Unter dem Begriff „Handlungsspielraum“ wird der Rahmen an Möglichkeiten verstanden, der Patient\*innen in der jeweiligen Situation in den einzelnen Dimensionen der Schmerzbewältigung zum Handeln zur Verfügung stand.

### **6.4 Ursächliche Bedingung (Krebserkrankung)**

Als ausschlaggebender Faktor für die Entwicklung des Phänomens wurde die jeweilige Krebserkrankung der Patient\*innen identifiziert. Sämtliche Schmerzerfahrungen, die im Zuge der Interviews thematisiert wurden, waren direkt auf das Krebswachstum (z.B. Knochenmetastasen) oder die Krebstherapie (z.B. Operation) zurückzuführen.

### **6.5 Strategien (Einnahmemenge)**

Im Zuge der Datenanalyse konnten unterschiedliche Dimensionen der Schmerzbewältigung identifiziert werden: die Menge an eingenommenen Schmerzmitteln, der Zeitpunkt der Schmerzmitteleinnahme sowie der Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen. Die Patient\*innen ergriffen in diesen Dimensionen auf Basis ihrer unterschiedlich weit gefassten Handlungsspielräume und ihres damit verbundenen unterschiedlichen Verständnisses von „sein Möglichstes tun“ verschiedene Maßnahmen, um ihre Schmerzsituation zu kontrollieren. Im Bereich der ersten Dimension zeigte sich, dass die Patient\*innen unterschiedlich große Mengen an Schmerzmitteln einnahmen und sich entweder um einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz bemühten oder nicht.

### 6.5.1 Sich um einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz bemühen

Die Patient\*innen waren mehrheitlich darum bemüht, die kleinstmögliche Dosis an Schmerzmitteln einzunehmen. Dies äußerte sich einerseits in frühzeitigen Versuchen, die Basisschmerzmittel zu reduzieren, andererseits im steten Bemühen, trotz Schmerzen auf den Einsatz von Bedarfsschmerzmitteln zu verzichten.

Sie realisierten oder erwogen eine Reduktion ihrer Basisschmerzmittel zu einem Zeitpunkt, an dem noch von einer verhältnismäßig großen Belastung durch Dauerschmerzen auszugehen war, und zwar unabhängig von der insgesamten Dauer ihrer Schmerzmitteleinnahme und dem Ausmaß der bisher wahrgenommenen Verbesserung ihrer Situation. Dies zeigte sich zum einen daran, dass über die regelmäßige Einnahme der Basisschmerzmittel hinaus noch eine dauerhafte oder vorübergehende Schmerzbelastung von zum Teil erheblicher Intensität gegeben war. Patient A sah sich beim erstmaligen Versuch, sein nicht-opioides Basisschmerzmittel zu reduzieren, etwa noch mehrmals täglich dazu veranlasst, ein opioides Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle seiner Durchbruchschmerzen einzunehmen. Zum anderen wies aber auch der fehlende Erfolg auf die verhältnismäßig große Ausgangsbelastung durch Dauerschmerzen hin, die zum Zeitpunkt dieses ersten Reduzierungsversuches noch gegeben war. So konnte Patientin E lediglich geringfügige Modifizierungen vornehmen und die Dosis ihres nicht-opioiden Basisschmerzmittels um eine Vierteltablette pro Einnahmezeitpunkt reduzieren. Patient A und Patient H sahen sich aufgrund der hohen Restbelastung durch Dauerschmerzen überhaupt gezwungen, den Reduzierungsversuch abzubrechen und die Einnahme ihrer Basisschmerzmittel vorerst wieder in der ursprünglich verordneten Dosis fortzusetzen.

*„Und da haben wir dann immer wieder versucht mit dem Hausarzt zusammen, diese Schmerzmittel zu reduzieren. Das haben wir auch dann eine Zeit lang gemacht, auch so ungefähr drei, vier Wochen nach der Operation. Und das haben wir aber wieder rückgängig machen müssen, das hat nicht funktioniert. Also da sind dann wirklich die Schmerzen wieder voll da gewesen.“*

(Patient A; Z. 43–47)

Der sparsame Umgang mit Bedarfsschmerzmitteln zeigte sich bei den Patient\*innen F und G daran, dass sie beim Auftreten zusätzlicher Schmerzen fast ausschließlich nachts und zum Teil auch nur bei unerträglichen Schmerzen davon Gebrauch machten und sich dabei auf eine einmalige Dosis beschränkten.

*„Ich hab zwar ein zweites [...] / Das ist für unter der Zunge zum Zergehen. Ich weiß jetzt nicht genau, wie das heißt. Das fällt auch unter das Suchtmittelgesetz. Und, das nehm ich aber nur,*

*wenn es extreme Schmerzen sind. Hab ich vorige Woche drei Tage hintereinander gehabt, da habe ich es jeweils am Abend genommen und, seitdem nicht.“ (Patient G; Z. 98–102)*

Schmerzen, die darüber hinaus auftraten oder von geringerer Intensität waren, kontrollierten sie überwiegend durch Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen wie körperliche Schonung, Massage oder Ablenkung. Auch Patientin C setzte das opioide Bedarfsschmerzmittel tagsüber nur ein, wenn die Schmerzen „*extrem*“ (Patientin C; Z. 137) waren, also ein Ausmaß annahmen, das sie folgendermaßen beschrieb:

*„Die Knochen tun einfach so weh. Sie könnten weinen. Sie können nicht mehr aufstehen, weil sie die Füße nicht spüren. Und es sind nur Schmerzen da und nur mit diesen Tropfen, die ich habe, wo ich ein bisschen ‚weg‘ bin, kann ich das überleben. Weil sonst sind extreme Schmerzen da.“ (Patientin C; Z. 24–27)*

Zudem griff sie nachts darauf zurück, wenn die Schmerzen zumindest von starker Intensität waren. Ihr stand im Unterschied zu den Patient\*innen F und G zudem ein nicht-opioides Bedarfsschmerzmittel zur Verfügung. In Situationen, in denen die Schmerzen tagsüber zwar ein stärkeres, aber offenbar kein unerträgliches Ausmaß erreichten, griff Patientin C ausschließlich darauf zurück. Leichtere Schmerzen, die sie nicht in ihrer Beweglichkeit einschränkten, duldete sie überhaupt.

*„Naja, wenn die Schmerzen kommen und ich sehe, dass es nicht so extreme Schmerzen sind, dann nehme ich nur Mexalen®. Dann nehme ich kein anderes. Weil das hilft dann auch. Dann lege ich mich ein bisschen hin und nehme das Mexalen®. Und wenn ich weiß, dass die Schmerzen zum Beispiel so sind wie am Sonntag mit dem Fuß oder wie gestern in der Schulter, dann nehme ich die Tropfen [Anm. d. Verf.: Tramal®] [...] Aber dann nehme ich sehr viel. Weil sonst hilft mir das nicht. Am Sonntag zum Beispiel habe ich, ich weiß nicht wie viel, 120, 140 Tropfen genommen den ganzen Tag. Und dann bin ich eingeschlafen. Und dann habe ich das wirklich nicht mehr gespürt. Weil sonst kann ich das nicht aushalten, ja. Es gibt so Tage, wo die Schmerzen so extrem sind. Und da muss ich mehr nehmen, und / Aber das weiß ich schon, dass ich mit den Tropfen so spielen darf, dass ich einen Tag mehr nehme, einen Tag weniger oder gar nichts. Ich nehme nicht immer Schmerzmittel. Wenn ich weiß, das ist ein leichter Schmerz, dann nehme ich keine, weil das kann ich aushalten.“ (Patientin C; Z. 125–137)*

Patientin C setzte ausschließlich Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle ihrer Dauerschmerzen ein, da sie das Basisschmerzmittel bereits frühzeitig abgesetzt hatte.

### 6.5.2 Sich nicht um einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz bemühen

Bei einzelnen Patient\*innen entstand hingegen der Eindruck, dass ein rasches Absetzen der Basisschmerzmittel und ein möglichst sparsamer Einsatz von Bedarfsschmerzmitteln nicht im Fokus ihres Tuns standen. Während Patientin B bei einem verhältnismäßig geringen Ausmaß an Verbesserung ihrer Schmerzsituation generell noch keine konkrete Absicht zeigte, das Basisschmerzmittel zu reduzieren, rückte das Thema bei zwei weiteren Patientinnen erst in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit als sich die Situation bereits deutlich gebessert hatte und in diesem Moment auch eher unbewusst. Patientin D vergaß auf die Einnahme ihres Basisschmerzmittels und stellte dadurch fest, dass auch kein Bedarf mehr gegeben war.

*„Ja, ich hab eines in der Früh und eines am Abend genommen ganz am Anfang. Aber das hab ich nur, das hab ich glaub ich nur eine Woche gemacht und dann hab ich es einfach, hab ich es vergessen in der Früh und dann hab ich es einmal am Nachmittag genommen. Und aber der zweiten Woche bevor ich zu meiner ersten Chemo gekommen bin, hab ich es dann gar nicht mehr genommen. Weil ich hab mir dann gedacht, ‚wenn ich keine Schmerzen habe, dann brauche ich es eigentlich auch nicht nehmen, oder‘.“ (Patientin D; Z. 119–124)*

Patientin I wurde im Zuge eines ärztlichen Gespräches auf die Möglichkeit des Reduzierens aufmerksam gemacht. Davon abgesehen ließ im Fall von Patientin B auch der Gebrauch ihrer verordneten opioiden und nicht-opioiden Bedarfsschmerzmittel darauf schließen, dass sie in erster Linie darauf bedacht war, die Belastung durch zusätzliche Schmerzen so gering wie möglich zu halten. Schmerzen, die über die Einnahme des opioiden Basisschmerzmittels hinaus auftraten und von höherer Intensität waren, wurden in jedem Fall durch die Einnahme opioider Bedarfsschmerzmittel kontrolliert. Ihren Äußerungen war nicht zu entnehmen, dass sie sich beim Auftreten derartiger Schmerzen jemals auf den alleinigen Einsatz von nicht-medikamentösen Maßnahmen oder nicht-opioiden Bedarfsschmerzmitteln beschränkt hätte. Nicht-opioide Bedarfsschmerzmittel setzte Patientin B ausschließlich in Situationen mit einer geringeren zusätzlichen Schmerzbelastung ein.

## 6.6 Kontextuelle Bedingungen (Einnahmemenge)

Die Entscheidung für einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz oder nicht war von verschiedenen Rahmenbedingungen abhängig. In der vergleichenden Betrachtung der Patient\*innen mit gegensätzlichen Verhaltensweisen ist der Eindruck entstanden, dass die Aspekte „Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme“, „Überzeugung vom Nutzen“ sowie „praxisbezogene Kompetenzen“ den individuellen Handlungsspielraum definierten. Ob sich die Patient\*innen für einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz

entschieden oder nicht, war demnach davon abhängig, wie belastet sie sich durch die Schmerzmitteleinnahme fühlten, wie überzeugt sie vom Nutzen und wie ausgeprägt ihre praxisbezogenen Kompetenzen waren.

### 6.6.1 Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme

Patient\*innen, die sich um einen sparsamen Einsatz ihrer Basis- und Bedarfsschmerzmittel bemühten, fühlten sich durch die Schmerzmitteleinnahme zum Teil stärker belastet als Patient\*innen, die diese Vorgehensweise nicht verfolgten. Ein sparsamer Schmerzmitteleinsatz stellte eine wirksame Möglichkeit dar, diese Form von negativem Stress zu kontrollieren. Ursache der Belastung waren zum einen unzureichend kontrollierbaren Nebenwirkungen. Im Fall von Patient G führte die Einnahme opioider Schmerzmittel beispielsweise zu einer sexuellen Funktionsstörung. Patient A erfuhr durch Verdauungsbeschwerden eine deutliche Alltagseinschränkung. Die Einnahme von Laxantien als Maßnahme zur Bewältigung der opioidinduzierten Obstipation resultierte in Diarrhö und damit in einer zusätzlichen Nebenwirkung.

*„Ja fort kann ich nicht, nein. Weil die Belastung, dass ich plötzlich irgendwo auf ein WC muss und so weiter / Wir gehen dann schon mal zur Tochter, die wohnt ein paar hundert Meter da weiter weg. Das ist kein Problem. Da weiß ich, da ist das alles da, wenn ich was schnell brauche, oder. Aber ich würde mich jetzt nicht trauen, sagen wir fahren eine Stunde mit dem Auto irgendwo hin und gehen dort einmal spazieren oder wir schauen uns, oder sagen wir mal einfach in den Supermarkt oder so etwas. Das wäre jetzt für mich momentan (...) keine Lösung. Also das meide ich auch.“ (Patient A, Z. 221–227)*

Patientin C sah sich dank Unterstützung der Interventionspflegeperson zwar in der Lage, opioidinduzierte Nebenwirkungen wie Obstipation und Übelkeit zu bewältigen. Im Fall von ausgeprägter opioidinduzierter Müdigkeit und Benommenheit traf dies hingegen nicht zu.

*„Weil ich kann es [Anm. d. Verf.: Tramal®] nicht den ganzen Tag nehmen wegen den Nebenwirkungen. Weil da liege ich den ganzen Tag im Bett. Das ist, weil ich „weg“ bin wegen den Tropfen. Die Schmerzen sind auch weg, aber ich auch. Ich kann nichts machen. Und das meine ich.“ (Patientin C; Z. 688–690)*

Zudem bestand in ihrem, aber auch im Fall von anderen Patient\*innen die Angst vor Abhängigkeit. Dies spiegelte sich in Äußerungen wie „*ich will nicht süchtig sein wegen den Schmerzmitteln*“ (Patientin C; Z. 466) wider.

Im Fall von Patientin F war es die generelle Angst, seinem Körper durch eine zu häufige Einnahme opioider Schmerzmittel in irgendeiner Form zu schaden, die eine Belastung darstellte und dazu führte, dass sie das Tramal® sparsam einsetzte.

*„Aber, ich denk mir, wenn das so stark ist, dann ist das, wenn man das öfter nimmt, doch nicht so gut. Da nehm ich es [Anm. d. Verf.: Tramal®] lieber am Abend. Untertags die Novalgin®, weil man sich da auch selber ablenken kann ein bisschen. Denkt habe ich es mir ja gleich. Das Ding und dann ist den ganzen Tag Ruhe. [lacht]. Aber es wird doch nicht so gesund sein. Nein, denken und tun ist halt etwas anderes.“ (Patientin F; Z. 511–515)*

Übelkeit, die als Nebenwirkungen der Einnahme des opioiden Bedarfsschmerzmittels auftrat, konnte Patientin F dank Unterstützung der Interventionspflegeperson bewältigen. Patient H verdeutlichte zudem, dass er schon immer eine starke Abneigung gegenüber jeglicher Form von Tabletten verspürt habe.

*„Aber ja, ich war halt immer schon ein bisschen ein Gegner von / Hab auch nie etwas genommen, weil eben Hände weg von dem Gift. [lacht] Im Endeffekt ist es ja eh so.“ (Patient H; Z. 248–250)*

Patient G litt über die Nebenwirkungen hinaus auch unter dem bloßen Umstand der Schmerzmittelleinnahme. Krank und auf Schmerzmittel angewiesen zu sein widersprach seiner Vorstellung von einem „normalen“ Leben, einen Zustand, den er so rasch wie möglich wieder erreichen wollte.

*„Naja, es muss ja irgendwann mal eine Normalsituation eintreten und eine Normalsituation ist, dass man keine Medikamente braucht. Das ist eine Normalsituation find ich. Also ich hab mein ganzes Leben gesagt, meine Apotheke ist die Lebensmittelabteilung vom Supermarkt, nicht. Da gibt es alles, was der Körper braucht. Da gibt es Gemüse mit Vitaminen, da gibt es alles was der Mensch eigentlich braucht.“ [...] Meine Kinder haben immer gesagt, ‚Der Papa ist unverwundbar, der wird nie krank. Der kennt das alles nicht. Papa ist unverwundbar‘. Und, ja darum ist mir das wichtig, dass das alles wieder weg ist, dass ich leben kann ohne irgendwelche Medikamente. Und, ja. Weil der Mensch eigentlich keine Medikamente braucht.“ (Patient G; Z. 149–167)*



### 6.6.2 Überzeugung vom Nutzen

Abgesehen vom Ausmaß der Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme erwies sich bei einer weiteren Patientin aber auch eine fehlende Überzeugung vom Nutzen der Schmerzmitteleinnahme als Ursache frühzeitiger Reduzierbestrebungen. Patientin E wurde eine Kombination aus einem opioiden und einem nicht-opioiden Basisschmerzmittel verordnet. Den schmerzlindernden Effekt schrieb sie zunächst aber ausschließlich ersterem zu. Äußerungen wie *„das Mexalen® heißt es immer, das wirkt nicht wirklich“* (Patientin E; Z. 118–119) oder *„dann hab ich zu der Ärztin gesagt oder zu den Ärzten dort, ich will das eigentlich nicht mehr, weil es eh für nichts ist“* (Patientin E; Z. 562–563) verdeutlichen, dass sie generell an der Wirksamkeit des nicht-opioiden Basisschmerzmittels zweifelte. Auf eine scheinbar unnötige Schmerzmitteleinnahme zu verzichten, erschien Patientin E damit zunächst sinnvoller. Im Zuge ihres Reduzierversuches erfuhr sie schließlich eine Bestätigung für den Nutzen, den eine zusätzliche Einnahme mit sich brachte.

### 6.6.3 Praxisbezogene Kompetenzen

Patientin C dürfte außerdem ein unzureichendes Verständnis im Hinblick auf die Wirkungsweise des Basisschmerzmittels dazu bewogen haben, dieses abzusetzen, obwohl noch eine starke Belastung durch Dauerschmerzen gegeben war. Die nachfolgende Äußerung zeigt auf, dass sie der Überzeugung war, auch ohne weitere Einnahme einen schmerzlindernden Effekt für die darauffolgenden Tage erfahren zu können und die ausbleibende Wirkung auch nicht mit der fehlenden Schmerzmitteleinnahme, sondern einer stärkeren Schmerzbelastung in Verbindung brachte.

*„Da beginne ich das, dann 10 Tage durch jeden Abend und dann, dann muss das helfen. Vorletztes Mal hat es wirklich geholfen. Ich habe sehr wenig Schmerzen gehabt. Jetzt irgendwie, ich weiß nicht. Vielleicht weiß mein Körper, das war die letzte Chemo und jetzt holt er alles noch einmal raus. Ich weiß es nicht.“* (Patientin C; Z. 168–171)

Für die Patientinnen B, D und I, die nicht auf ein sparsames Einnahmeverhalten abzielten, war die Schmerzmitteleinnahme hingegen mit weniger Belastung verbunden. Sie wurden weder durch unkontrollierbare Nebenwirkungen noch durch eine negative Einstellung von der Schmerzmitteleinnahme abgehalten. Die Patientinnen D und I konnten ihre Situation jeweils mit einem gut verträglichen nicht-opioiden Basisschmerzmittel kontrollieren. Im Fall von Patientin B bestanden Nebenwirkungen in Form von opioidinduzierter Obstipation, die sie allerdings dank Unterstützung der Interventionspflegeperson gut kontrollieren konnte.

*„Und, da sind wir dann draufgekommen, wenn ich das Magnesium nehme, nicht, dazu, habe ich überhaupt keine Beschwerden. Und ich konnte diese Brause natürlich dann nicht mehr nehmen, weil alles was Säure war, meine Mundschleimhaut nicht mehr vertragen hat. Und sie hat mir dann alles durchgesucht und es gibt natürlich auch ein Magnesium nur zum Schlucken und nicht nur zum Auflösen, ja. Und das habe ich mir dann geholt in der Apotheke und das war, das Problem war behoben. Also ich habe das zweimal in der Woche genommen und habe seitdem überhaupt keine Beschwerden, Stuhlbeschwerden. [...] Das konnte man mit der <Name Interventionspflegeperson 1> konnte man das sehr gut besprechen, ja.“ (Patientin B; Z. 269–280)*

Zudem schien der Nutzen ihres Basisschmerzmittels außer Frage zu stehen und es ihnen bewusst gewesen zu sein, dass sie nur für die Dauer der Einnahme vom schmerzlindernden Effekt profitieren konnten. Äußerungen von Patientin B verdeutlichen, dass sie zwar bereits mit dem Gedanken spielte, ihr opioides Basisschmerzmittel zu reduzieren, da sie Anzeichen auf Besserung verspürte und nach dem langwierigen Therapieprozedere endlich wieder zur Normalität zurückzukehren wollte, von ihrem Hausarzt aber darin bestärkt wurde, die Einnahme vorerst unverändert fortzusetzen. Die Intervention war zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen. Es bestand folglich auch kein Kontakt mehr zur Interventionspflegeperson.

*„Ja ich habe eh, ich habe den praktischen Arzt gefragt, wie das ist, wenn man das dann wieder absetzt. Hat er gesagt ‚Wenn Sie weniger brauchen, nehmen Sie weniger. Aber das Pflaster lassen Sie‘. Das ist ja immer für drei Tage. Und, ‚Das können Sie schon noch eine Weile. Das werden Sie noch eine Weile brauchen‘. Er hat schon Recht. Es ist noch lange nicht.“ (Patientin B; Z. 724–727)*

## **6.7 Strategien (Einnahmezeitpunkt)**

Auch im Hinblick auf den Einnahmezeitpunkt konnten verschiedene Vorgehensweisen identifiziert werden. Die Patient\*innen nahmen ihre Basis- und Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Dauer- und Durchbruchschmerzen entweder nach der Uhr (mit oder ohne Berücksichtigung des Wirkstoffspiegels über 24 Stunden) und/oder nach Gefühl ein.

### 6.7.1 Basisschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen nach der Uhr einnehmen

Der Einsatz der Basisschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen erfolgte bei den meisten Patient\*innen unabhängig vom tatsächlichen Ausmaß der Schmerzbelastung zu festgelegten Uhrzeiten. Zum Teil waren die Einnahmezeiten dabei auf die Wirkungsdauer des jeweiligen Schmerzmittels von beispielsweise acht, 12 oder 72 Stunden abgestimmt.

*„Nein, ich hab da, ich hab so Tablettendosen. [...] Ich hab ein weißes und ich hab ein blaues. Und ich tu mir am Abend richt ich mir her, was ich für nächsten Tag brauch. Und dann kommt eben hinein, das Adamon®, eines in der Früh, und eineinhalb Mexalen®. Dann hab ich noch zwei Kapseln, so Vitamin D. Und für den Abend hab ich dann eben das blauer Doserl. [...] Und dann hab ich das gut im Überblick und in der Früh und am Abend hab ich ungefähr dieselbe Zeit. [...] Und ich, ich hab mich jetzt natürlich schön langsam wieder umgestellt auf die Sommerzeit. Weil ich hab das gerne so, im Moment nehm ich das Adamon® um halb acht, also zwischen halb acht und acht in der Früh, zwischen halb acht und acht am Abend. Und da brauch ich mir nicht extra was merken.“ (Patientin E; Z. 296–310)*

Zum Teil war dies aber auch nicht mehr der Fall. Die Patient\*innen H und I nahmen ihre Basisschmerzmittel, deren Wirkungsdauer jeweils bei sechs Stunden gelegen wäre, zum Zeitpunkt des Interviews nur mehr im Abstand von 12 oder 24 Stunden ein.

### 6.7.2 Basisschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen nach Gefühl einnehmen

Patientin F setzte ihr Basisschmerzmittel ausschließlich in Abhängigkeit vom Schmerzgefühl ein. Die Schmerzmitteleinnahme erfolgte in ihrem Fall immer dann, wenn sie eine Verstärkung ihrer Dauerschmerzen verspürte.

*„Also, ich hab da nicht irgendwie nachschaun müssen. Das hat man dann ja glaub ich eh im Gespür. Man kennt ja seinen Körper dann eh schön langsam. Wenn es irgendwo zwickt oder so, dann denkt ich mir ‚ah, es wird Zeit‘.“ (Patientin F; Z. 292–294)*

### 6.7.3 Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen nach Gefühl und nach der Uhr einnehmen

Patientin C bewältigte ihre Dauerschmerzen zum Zeitpunkt des Interviews wie bereits erwähnt ausschließlich über den Einsatz von nicht-opioiden und opioiden Bedarfsschmerzmitteln und ließ sich hinsichtlich des Einnahmezeitpunktes größtenteils von ihrem Schmerzgefühl leiten, wobei sie betonte,

mit der Einnahme nicht so lange zu warten, bis der Schmerz die höchste Stufe erreicht hatte. Beim Auftreten einer stärkeren Schmerzbelastung wurde das abendliche Einnahmeverhalten der Patientin zudem von der Uhrzeit beeinflusst. Sie nahm dann vor dem Schlafengehen im Abstand von ca. vier Stunden jeweils eine Dosis des verordneten opioiden Bedarfsschmerzmittels ein, was in etwa dessen Wirkungsdauer entsprach.

*„Abends schaue ich auf die Uhr, wenn ich die Tropfen nehme. Circa um halb acht die ersten. Und dann, wenn ich schlafen gehe, 10, 11, halb 12. Wenn ich schlafen gehe, nehme ich die zweiten. Aber um circa sieben, halb acht müssen die ersten sein. Weil dann kann ich das rausziehen bis in der Früh, ja. Aber sonst schaue ich nicht auf die Uhr, nein. Ich höre wirklich auf meinen Körper, wenn der sagt, ‘pass auf, das wird stärker, da nimmst du jetzt das Medikament’.“ (Patientin C; Z.636–640)*

#### **6.7.4 Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen nach der Uhr einnehmen**

Ähnlich gegensätzliche Vorgehensweisen ließen sich auch im Hinblick auf die Kontrolle von Durchbruchschmerzen erkennen. Patientin F setzte ihr Bedarfsschmerzmittel zum Zeitpunkt des Interviews ausschließlich präventiv ein. Die Einnahme erfolgte jeden Abend in etwa zur selben Uhrzeit kurz vor dem Schlafengehen, in der Absicht, die Entwicklung nächtlicher Durchbruchschmerzen zu vermeiden.

#### **6.7.5 Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen nach Gefühl einnehmen**

Bei den Patienten A und G wurde die Einnahme der Bedarfsschmerzmittel wiederum durch ein bereits vorhandenes Schmerzgefühl getriggert und ein Einsatz dieser erfolgte ausschließlich bei beginnenden oder sich verstärkenden Durchbruchschmerzen. Im Fall von Patient G war dies etwa der Fall, wenn er aufgrund von ausstrahlenden Muskelverspannungen in der Schulter nachts nicht schlafen konnte.

*„Das ist, wie wenn da [Anm. d. Verf.: im Unterarm] ein Kabel drinnen liegen würde, was Schmerzen macht. Und, ja das war drei Tage, wo es richtig schlimm war. Und, ja untermags macht man irgendwelche Kleinigkeiten, da lenkt man sich ab oder so. Aber schlafen oder so wäre da nicht drinnen gewesen. Dann hab ich das dazu genommen und dann ist es gegangen, zumindest für ein paar Stunden. Da sitzt man zwar dann schon mitten in der Nacht wieder vor dem Fernseher. Aber, irgendwie schafft man es dann bis in der Früh.“ (Patient G; Z. 125–130)*

Die zusätzliche Schmerzbelastung war bei beiden Patienten absehbar. Patient A war zumindest zu Beginn seines Heilungsprozesses mit bewegungsabhängigen Durchbruchschmerzen konfrontiert. Dies lässt sich aus der vergleichenden Betrachtung mit einer anderen Patientin schlussfolgern, die einen ähnlichen Therapiehinterrgrund aufwies. Zudem führte Patient A akribisch Protokoll über die Einnahmezeiten seiner Bedarfsschmerzmittel und verdeutlichte anhand dieser Aufzeichnungen auch, dass der Bedarf an zusätzlichen Schmerzmitteln in den ersten Wochen mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftrat.

*„Also das Hydral 1,3 mg ist dazu da, dass ich für plötzlich auftretende, zusätzliche Schmerzen, die gleich lindern kann. Wie gesagt, die habe ich bis ungefähr vor drei Wochen, habe ich die öfters mal benötigt. Meistens schon am frühen Morgen oder so und manchmal sogar in der Nacht, wenn mit dem Schlaf überhaupt nichts mehr funktioniert hat.“ (Patient A; Z. 34–37)*

Gleichermaßen dürfte auch im Fall von Patient G die Möglichkeit zur präventiven Einnahme seines Bedarfsschmerzmittel bestanden haben. Seinen Äußerungen zufolge war er in diesen Extremsituationen, die eine Einnahme von Bedarfsschmerzmitteln erforderlich machten, auch bereits tagsüber einer größeren Schmerzbelastung ausgesetzt, eine schmerzbedingte Beeinträchtigung seiner Nachtruhe war folglich absehbar. In beiden Fällen war davon abgesehen zumindest in der Anfangszeit von einer intensiven Belastung durch unkontrollierte Durchbruchschmerzen auszugehen. Patient A führte an, dass es Zeiten gab, in denen er sich vor Durchbruchschmerzen krümmen musste. Auch im Fall von Patient G schien eine präventive Einnahme hinsichtlich der Schmerzbelastung durchaus relevant gewesen zu sein, wenn man bedenkt, dass er aufgrund dieser Durchbruchschmerzen deutlich in seiner nächtlichen Erholung beeinträchtigt wurde.

### **6.7.6 Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen nach der Uhr und nach Gefühl einnehmen**

Patientin B entschied sich währenddessen für ein kombiniertes Vorgehen. Das opioide Bedarfsschmerzmittel nahm sie jeweils am Vor- und Nachmittag in etwa zur selben Uhrzeit ein, um die Belastung durch besonders intensive Schmerzexazerbationen möglichst gering zu halten. Die Einnahmezeitpunkte wählte sie auf Basis von bisherigen Erfahrungen. Das nicht-opioide Bedarfsschmerzmittel setzte die Patientin ausschließlich in Abhängigkeit vom Schmerzgefühl zur Linderung von leichteren Schmerzen ein.

*„Ich nehme in der Früh ein Hydral, am Nachmittag und wenn ich wirklich noch Schmerzen habe, am Abend. Meistens aber nicht mehr. Wenn ich keine Schmerzen habe, nehme ich es nicht. Also*

*ich komme mit zwei bis drei aus am Tag. Und Novalgin wirklich, das wirklich jetzt nur mehr ganz selten. Gestern habe ich einmal eins genommen am Vormittag und eins am Nachmittag, ja. [...] Das fängt nur vorne an beim Zahnfleisch ein bisschen und auf einmal tut alles weh. Das geht ganz schnell. Innerhalb von fünf Minuten. Wenn ich da dann nicht etwas nehme und dann nachdenke ‚Wann habe ich das genommen. Jessas, das war um sieben in der Früh und jetzt ist es vier Uhr Nachmittag‘, das ist schon zu spät. Dann wird es stärker. Also das sollte mir nicht (...) passieren und passiert mir aber leider trotzdem, weil ich ein bisschen vergesslich bin [lacht]. Ich glaube, das sind schon die Tabletten auch bis zu einem gewissen Grad. Jetzt schreibe ich es mir einfach auf, wann ich es genommen habe, (...) die Uhrzeit und aus.“ (Patientin B; Z. 151–164)*

## **6.8 Kontextuelle Bedingungen (Einnahmezeitpunkt)**

Auch im Hinblick auf den Einnahmezeitpunkt ergab die vergleichende Betrachtung, dass sich Patient\*innen mit unterschiedlichen Verhaltensweisen in den Aspekten „praxisbezogene Kompetenzen“, „Überzeugung vom Nutzen“ und „Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme“ unterschieden. Im Fall einer Patientin beeinflusste zudem der Aspekt „Abschätzbarkeit der Schmerzentwicklung“ die Entscheidung für eine Schmerzmitteleinnahme nach Gefühl.

### **6.8.1 Praxisbezogene Kompetenzen**

Patientin C, die ihre Schmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen überwiegend nach Gefühl einnahm, mangelte es abgesehen von einem Verständnis für die Wirkungsweise von Schmerzmitteln auch an Kenntnissen im Hinblick auf eine möglichst effektive Gestaltung der Schmerzmitteleinnahme. Ihre Äußerungen lassen darauf schließen, dass ihr nicht bewusst war, dass mit der kontinuierlichen Schmerzmitteleinnahme zu festgelegten Uhrzeiten unter Berücksichtigung der Wirkungsdauer die Möglichkeit auf eine gleichmäßigere Kontrolle ihrer Dauerschmerzen bestanden hätte und auch nicht, wie sie dieses Prinzip auf Basis ihrer individuellen Schmerzmittelverordnung praktisch umsetzen hätte können.

*„Aber das weiß ich schon, dass ich mit den Tropfen so spielen darf, dass ich einen Tag mehr nehme, einen Tag weniger oder gar nichts. Ich nehme nicht immer Schmerzmittel.“ (Patientin C; 134–136)*

Schmerzmittel erst beim Auftreten von Schmerzen einzunehmen, erschien ihr demnach als die sinnvollste Option. Patientin C verfügte davon abgesehen auch nicht über eine umfassende Einnahmeempfehlung der Interventionspflegeperson, die ihr, ungeachtet ihres mangelnden theoretischen

Verständnisses, durch einfaches Befolgen eine kontinuierliche Umsetzung des Prinzips der Schmerzmittel-einnahme nach der Uhr auf Basis ihrer individuellen Schmerzmittelverordnung ermöglicht hätte. Einen derartigen Vorschlag hatte Patientin C lediglich im Hinblick auf die Bewältigung nächtlicher Schmerzen erhalten.

*„Das habe ich so mit der <Name Interventionspflegeperson> beredet. Dass ich einfach ausprobieren muss, wie ich das einteilen soll mit mehr Schmerzen zum Beispiel. Dass ich zum Beispiel am Abend, in der Nacht vor dem Schlafen gehen noch mal Tropfen nehme und dass dann vielleicht auch hilft.“* (Patientin C; Z. 382–384)

Die Patient\*innen A, B, D, E und G, die begonnen hatten, ihre Schmerzmittel nach der Uhr unter Berücksichtigung der Wirkungsdauer einzunehmen, wussten aus Gesprächen mit der Interventionspflegeperson um die Möglichkeit einer kontinuierlichen Schmerzmittel-einnahme in Abhängigkeit von der Uhrzeit und stufen diese auch als eine sinnvolle Alternative zur Einnahme in Abhängigkeit vom Schmerzgefühl ein.

*„Ich denk jetzt grad nach. Nein irgendwie war es mir bewusster. Dass ich das jetzt / Dass ich diese Pulver jetzt nehmen muss, ist mir so irgendwie bewusster gewesen nach den Gesprächen. (...) Ja eben, wie gesagt, man hat das Problem jetzt und das Problem muss man eben mit diesen Sachen bekämpfen. Und darum ist es wichtig, dass man die einnimmt in seinem Zeitplan und, ja.“* (Patient H; Z. 262–265)

Zudem konnten die Patient\*innen auf eine konkrete Einnahmeempfehlung der Interventionspflegeperson in Form des Medikationsplans zurückgreifen, eine Tatsache, die sich zum Teil als sehr wesentlich für eine erfolgreiche Umsetzung erwies. In der Auseinandersetzung mit den Interviews wurde deutlich, dass Patient\*innen, die eine kontinuierliche Schmerzmittel-einnahme in Abhängigkeit von der Uhrzeit initiierten, zum Teil nicht über das erforderliche Hintergrundwissen verfügten, das für die selbständige Erstellung eines auf die Wirkungsdauer der Schmerzmittel und die persönlichen Bedürfnisse abgestimmten Zeitplans oder dessen Adaptierung vonnöten gewesen wäre. Zum Teil fehlte es Patient\*innen aber auch an der nötigen physischen und psychischen Kraft für eine nähere Auseinandersetzung mit der Thematik. Patientin B betonte in diesem Zusammenhang wie wichtig der Medikationsplan war, der auch gestalterisch auf ihre Bedürfnisse abgestimmt war und sie auch dadurch in der regelmäßigen Einnahme bestärkte.

*„Ich bin immer schwächer und schwächer geworden. Ich hätte mir das sowieso nicht sonst gemerkt. Ich habe den drinnen so liegen gehabt. Es war eh niemand da. Und jedes Mal Vorbeigehen habe ich es gelesen, nicht. Das hat sehr viel ausgemacht, dieser Zettel, den sie mir da immer gegeben haben. [...] Die haben es auch, ich habe mir dann nachher gedacht, wie ein Idiot bin ich mir vorgekommen, wie ein Kindergartenkind. Sie haben es auch geschrieben in verschiedenen Farben. [...] Entweder war das blau oder schwarz hervorgehoben, was Neues oder umgekehrt. Also man konnte sich das dann sehr wohl ganz genau merken. Wie was, das hat sehr viel ausgemacht. [...] Ich habe die ganze Zeit das eigentlich vor mir gehabt. Ich hätte sonst nicht mehr daran gedacht. Ich war in einer körperlichen Verfassung und psychisch wahrscheinlich auch, es war mir eigentlich 'wuascht', ja. Aber dadurch, dass ich das dauernd vor mir gehabt habe, „Stimmt, so sollte ich das und das mache ich jetzt wieder so und so“. Das hat sehr viel geholfen.“ (Patientin B; Z. 483–506)*

Das Gespräch mit Patientin I verdeutlichte außerdem, dass es für sie nach Wochen, in denen sich in ihrem Leben alles um die Erkrankung drehte, äußerst wichtig war, endlich etwas Abstand und wieder ein Gefühl von Normalität zu gewinnen. An einer selbständigen Auseinandersetzung mit den Interventionseinhalten und der erhaltenen Informationsbroschüre bestand folglich wenig Interesse.

*„Ehrlich gesagt, nachdem allen, was ich da die letzten Monate erlebt hab, war in dem Moment, wo ich heimgekommen bin und gewusst hab oder gehofft hab, ich muss jetzt einmal nicht mehr stationär, hab ich alles genommen, schön zusammengegeben und einmal wegegeben und hab mir gedacht, ich muss jetzt einmal an etwas Anderes und dann, dann befass ich mich wieder damit. Also es war mir echt zu viel. Drum hab ich auch da nicht mehr / Muss ich schon gestehen.“ (Patientin I; Z. 343–347)*

### **6.8.2 Überzeugung vom Nutzen**

Patientin F war im Unterschied zu Patientin C zwar über die Möglichkeit einer kontinuierlichen Schmerzmitteleinnahme in Abhängigkeit von der Uhrzeit unter Berücksichtigung der Wirkungsdauer informiert und hätte auch eine Idee für deren praktische Umsetzung gehabt. Immerhin erwähnte sie, dass ihr von der Interventionspflegeperson nahegelegt wurde, das Basisschmerzmittel im Abstand von sechs Stunden einzunehmen. Dass sie dieses aber dennoch nach Gefühl einsetzte, lag am fehlenden Nutzen. Ihren Schilderungen nach zu urteilen, konnte sie in Abhängigkeit vom Einnahmezeitpunkt keinen wesentlichen Unterschied im Ergebnis feststellen, da auch bei einer kontinuierlichen Schmerzmitteleinnahme eine deutliche Schmerzbelastung gegeben war, was vermuten lässt, dass sie über eine unzureichende Schmerzmittelverordnung verfügte. Auch die Patient\*innen H und I konnten keinen



Nutzen in einer kontinuierlichen Einnahme der Basisschmerzmittel in Abhängigkeit von der Uhrzeit unter Berücksichtigung der Wirkungsdauer erkennen. Im Unterschied zu Patientin F war das aber einem fortschreitenden Heilungsprozess geschuldet. Beide Patient\*innen gaben an, die von der Interventionspflegeperson empfohlenen und auf die jeweilige Wirkungsdauer abgestimmten Zeitabstände bei der Einnahme der Basisschmerzmittel zunächst „*eh brav*“ (Patient H; Z. 504) eingehalten und auch davon profitiert zu haben.

*„Normal sagt man, in einer halben Stunde wirkt es, ja. Das hab ich überhaupt nie bemerkt. Ich glaub, dass dadurch, dass ja diese Regelmäßigkeit war, dass irgendwie die Wirkung dazwischen nicht so aufgehört hat. Ich hab es nur bemerkt, wie ich zhaus, zhaus hab ich mir gedacht, „nein, ich bin so super toll“, ich brauch nur mehr eines in der Früh und eines am Abend. Nein, das hab ich nicht ausgehalten. Da muss ich sagen, da hat es circa eine Stunde dann gedauert, bis es gewirkt hat. Da hab ich schon gemerkt, dass die Wirkung runtergeht. Aber in dieser Zeit hast du das gar nicht gemerkt zwischendurch.“* (Patientin I; Z. 119–125)

Infolge der sinkenden Schmerzbelastung seien sie aber von der ursprünglichen Vorgehensweise abgewichen. Die Patient\*innen A, B, D, E, und G, die auf Empfehlung der jeweiligen Interventionspflegeperson begonnen hatten, ihre Schmerzmittel nach der Uhr unter Berücksichtigung der Wirkungsdauer einzunehmen, waren hingegen auch zum Zeitpunkt des Interviews noch der Auffassung, von der konstanten Aufrechterhaltung des Wirkstoffspiegels zu profitieren.

### **6.8.3 Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme**

Was die Gestaltung des Einnahmezeitpunktes von Bedarfsschmerzmitteln zur Kontrolle von Durchbruchschmerzen betrifft, wurde erneut das Ausmaß der Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme als verhaltensbeeinflussender Faktor identifiziert. Die Patienten A und G, die opioide Bedarfsschmerzmittel nach Gefühl einnahmen, obwohl zumindest teilweise von einer Absehbarkeit der Schmerzentwicklung und einem belastenden Schmerzausmaß auszugehen war, fühlten sich durch die Schmerzmitteleinnahme stärker belastet als die Patientinnen B und F, die opioide Bedarfsschmerzmittel präventiv einsetzen. Sowohl Patient A als auch Patient G waren im Zuge der Einnahme opioider Schmerzmittel, wie bereits erwähnt, mit unzureichend kontrollierbaren Nebenwirkungen in Form einer sexuellen Funktionsstörung oder Verdauungsbeschwerden konfrontiert. Patient G demoralisierte zudem die Notwendigkeit jedes zusätzlichen Schmerzmittels. Beide Patienten hatten versucht, die Situation durch Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zu verbessern, was ihnen aber nicht gelang. Sie waren deshalb bestrebt, die Dosis an Bedarfsschmerzmitteln auf das Notwendigste zu beschränken und sich im Vorfeld einer zusätzlichen Schmerzmitteleinnahme auch Gewissheit über deren tatsächliche

Unvermeidbarkeit zu verschaffen, da jede weitere Einnahme opioider Schmerzmittel auch eine Verstärkung der Nebenwirkungen bedeutete. Patient A schien jede zusätzliche Schmerzmitteleinnahme aus Angst vor einer möglichen Verstärkung der Nebenwirkungen vor eine Zerreißprobe zu stellen:

*„Ja, ich habe natürlich jedes Mal geschaut, wenn ich noch ein Hydal nehme [seufzt], habe ich halt wieder mit Verstopfung und so weiter / Das ist immer so eine Folgewirkung. Immer wenn ich das angeschaut habe, habe ich gesagt ‚Du schau <Name Ehefrau>, jetzt habe ich schon so viel genommen. Jetzt soll ich noch eine nehmen. Hab eh schon keinen Stuhlgang mehr, oder‘.“ (Patient A; Z. 432–435)*

Für Patientin B, die ihre Bedarfsschmerzmittel beim Auftreten von intensiven zusätzlichen Schmerzen präventiv einsetzte, stellte die Einnahme zusätzlicher Schmerzmittel hingegen, wie bereits erwähnt, keine Belastung dar. Verdauungsbeschwerden, die im Zusammenhang mit der Einnahme opioider Schmerzmittel standen, konnte sie dank Unterstützung der Interventionspflegeperson zufriedenstellend kontrollieren. Patientin F war aus Angst vor möglichen Nebenwirkungen zwar grundsätzlich auf einen sparsamen Einsatz zusätzlicher opioider Schmerzmittel bedacht, zugunsten einer möglichst ungestörten Nachtruhe jedoch von der Unumgänglichkeit einer frühzeitigen Schmerzmitteleinnahme überzeugt.

*„Am Abend nehme ich es, ja. [...] Als vorbeugend. Also da kann ich besser einschlafen, obwohl ich ein Schlafmittel nehme, also eine Einschlafhilfe. Aber dass ich auf Nummer sicher geh, dass ich wenigstens die erste Zeit durchschlafen kann, also tiefer schlafen kann. Da nehme ich das Tramal®.“ (Patientin F; 494–500)*

#### **6.8.4 Abschätzbarkeit der Schmerzentwicklung**

Patientin B setzte einen Teil ihrer Bedarfsschmerzmittel bei absehbaren Durchbruchschmerzen von leichterem Ausmaß auch nach Gefühl ein. Dies war dem Umstand geschuldet, dass sie einen Eindruck vom gegenwärtigen Ausmaß der Schmerzbelastung gewinnen und eine etwaige Verbesserung der Situation feststellen können wollte.

*„Und wenn es irgendeinen anderen Grund vielleicht gibt, dass ich vielleicht was Scharfes einmal esse, ja oder trinke, was ich noch nicht vertrage, aber ich muss es ja ausprobieren sonst weiß ich ja nicht, dass ich es vielleicht schon essen könnte, ja. [...] dann nehme ich aber das Novalgine.“ (Patientin B; Z. 165–168)*

## 6.9 Strategien (Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen)

Herangehensweisen zur Bewältigung von unzureichend kontrollierbaren Situationen umfassten die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe oder deren Unterlassung.

### 6.9.1 Sich in unzureichend kontrollierbaren Situationen um ärztliche Hilfe bemühen

Die Mehrheit der Patient\*innen versuchte Situationen, in denen selbständig keine zufriedenstellende Schmerz- oder Nebenwirkungskontrolle erzielt werden konnte, durch Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im niedergelassenen Bereich oder im Krankenhaus zu verbessern. Patient A erfuhr, wie bereits beschrieben, eine deutliche Alltagseinschränkung durch opioidinduzierte Verdauungsbeschwerden. In der Hoffnung, sein Therapieschema entsprechend adaptieren zu können, suchte er wiederholt Unterstützung bei seinem Hausarzt.

*„Ja mit den Bauchschmerzen, die haben / [...] Deswegen sind wir immer wieder am Suchen. Deswegen auch diese Tabellen, die ich mir gemacht habe, wo ich mit dem Hausarzt / Die nehme ich auch jedes Mal mit zum Hausarzt, oder. Da schaut er auch ‚Aha, ja‘ sagt er. ‚Vielleicht könntest du da nochmal die reduzieren. Aber die musst du mir unbedingt nehmen, wegen dem und dem‘, oder.“ (Patient A; Z. 283–289)*

Patientin B sah sich hingegen wiederholt mit extremen Schmerzen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich konfrontiert, da die medikamentöse Therapieanpassung im Verlauf der Strahlentherapie nicht analog zur Schmerzentwicklung durchgeführt wurde. Ihre Schmerzen verstärkten sich mit zunehmender Behandlungsdauer täglich, eine Evaluierung der medikamentösen Therapie war von ärztlicher Seite jedoch nur im Zuge der wöchentlich stattfindenden 24-stündigen stationären Aufenthalte zur Antikörpertherapie vorgesehen. Der Patientin stand somit mehrfach keine adäquate Schmerzmittelverordnung zur Verfügung, sodass sie eine enorme Einschränkung in der Durchführung alltäglicher Aktivitäten wie dem Sprechen und der Nahrungsaufnahme erlebte und aus Angst vor einer neuerlichen Schmerzexazerbation auch daran gehindert wurde, überhaupt die Wohnung zu verlassen.

*„Es war früher nach zwei Stunden zum Beispiel, ich habe die Medikamente genommen und zwei Stunden später war es nicht mehr möglich für mich zu sprechen oder was zu schlucken. Also ich habe nur mehr dieses Strahlenschutzmundspülwasser verwendet, das was ein Lokalanästhetikum beinhaltet und musste die nächsten Medikamente nehmen und warten, bis die wieder wirken. Dann konnte ich wieder sprechen beziehungsweise irgendwas essen. Das war oft im Zweistundentakt, (...) bis vor kurzem noch, also bis vor zwei, drei Wochen war das noch ziemlich*

*intensiv. [...] Aber jetzt mit sechs, sieben Stunden Abstand Abständen komme ich jetzt durch. Also das ist für mich auch schon angenehmer, weil ich kann auch einkaufen gehen oder sonst irgendwas machen. Das ist vorher gar nicht gegangen.“ (Patientin B; Z. 21–33)*

Unabhängig von ihren stationären Aufenthalten im Krankenhaus und der Möglichkeit zur Besprechung der unzureichenden Schmerzmittelverordnungen mit den diensthabenden Stationsärzt\*innen, was in der Regel gut funktionierte, weil die Interventionspflegepersonen einen entsprechenden Kontakt herstellten, suchte sie deshalb auch im Zuge ihrer wochentags ambulant stattfindenden Bestrahlungstermine wiederholt die zuständige Ambulanz für Schmerztherapie auf. Für Patientin B war diese außerplanmäßigen Versuche, an wirksamere Schmerzmittel zu gelangen, in der Regel mit großen physischen und psychischen Strapazen verbunden. Sie musste etwa Wartezeiten von bis zu fünf Stunden in Kauf nehmen und schien mit ihren Forderungen überwiegend auf unfreundliche und desinteressierte Ärzt\*innen zu stoßen.

*„Aber manche haben ja, die hören ja nicht einmal zu. Dann sagst du es ihm, dass das und das / ,Nein, jetzt warten Sie einmal, warten Sie einmal. Jetzt muss ich das erst einmal lesen. Nein, warten Sie einmal‘. Und das geht dann alles irgendwie unter. Manchmal bin ich wirklich dreimal, an drei verschiedenen Tagen hintereinander, hinaufgegangen, weil immer irgendetwas nicht funktioniert hat. Oder er hat es nicht gehört, oder er hat es vergessen oder er war dann nicht mehr da oder er musste in den OP. [...] Ein paar sind halt dabei / Die hören nicht zu, wenn die Patienten sprechen. Da bin ich draufgekommen, ja. Die hören einfach nicht zu. Die machen das Schema, ,so muss das sein und so und so und so, das ist bei allen anderen auch so und das hat bei Ihnen auch so zu sein‘.“ (Patientin B; Z. 628–644)*

Verschlechterte sich ihre Situation am Wochenende, wo kein Kontakt zum Krankenhaus bestand, half sich Patientin B auch damit ab, die Schmerzmittel häufiger und damit in kürzeren Abständen einzusetzen, als von ärztlicher Seite vorgesehen gewesen wäre.

*„Nein, das war nur zum Schluss dann, wie das nicht mehr gewirkt hat eben, dass ich das dann selber erhöht habe, beziehungsweise öfter genommen habe als draufgestanden ist. Das war mir dann ziemlich ‘wuascht‘. Weil, ich musste ja irgendwas tun und ich war erst übermorgen wieder dort bestellt. Und die zwei Tage musste ich ja irgendwie auskommen. Und das war ja nicht zum Aushalten sonst. Und da habe ich dann schon / Das Seractil® habe ich dann bis zum Schlafen gehen genommen. Und wenn ich aufgestanden bin, habe ich wieder angefangen damit. (...) Da bin ich dann, da habe ich es selber erhöht, natürlich. Es ging auch nicht anders. Was hätte ich*

*denn sollen machen? (...) Wenn da Samstag, Sonntag, wenn das einfach verstärkt wirkt. Kann man nichts machen.“ (Patientin B; Z. 513–521)*

Auch bei zwei weiteren Patienten führten unzureichend kontrollierbare Schmerzexazerbationen schließlich zur Kontaktaufnahme mit Ärzt\*innen. Patient G suchte außerplanmäßig die Schmerzambulanz seines behandelnden Krankenhauses auf, da er sich mit äußerst schmerzhaften Muskelverspannungen im Schulterbereich konfrontiert sah, die mit einer sehr starken Schmerzausstrahlung in den Unterarm und Zuckungen an den Fingern einhergingen. Eine Schmerzerleichterung hätte er selbständig nur durch kontinuierliches Massieren erlangen können, was ihn nachts allerdings vom Schlafen abhielt und in Zeiten von extremen Schmerzen offenbar auch nur mäßigen Erfolg zeigte. Patient H bereitete ein Stent am Übergang von der Speiseröhre in den Magen, wo der Krebs lokalisiert war, solche „Höllenschmerzen“ (Patient H; Z. 77), dass er in dieser Zeit an nichts anderes mehr denken konnte und der Verzweiflung nahe war. Er ließ sich deshalb mit der Rettung in die Notaufnahme seines behandelnden Krankenhauses bringen, wo schließlich eine stationäre Aufnahme erfolgte.

### **6.9.2 Sich in unzureichend kontrollierbaren Situationen nicht um ärztliche Hilfe bemühen**

Ein kleiner Teil der Patient\*innen verzichtete im Fall von unzureichend kontrollierbaren Schmerzen oder Nebenwirkungen aber auch auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Die Patientinnen C und F arrangierten sich stattdessen mit einer Kompromisslösung. Patientin C sah sich, wie bereits angeführt, im Zuge der Einnahme ihres opioiden Bedarfsschmerzmittels zur Kontrolle von Dauerschmerzen mit starker Müdigkeit, Schwindel und Benommenheit konfrontiert. Sie erlebte diese Nebenwirkungen tagsüber als große Belastung, da sie zulasten ihrer Selbständigkeit im Alltag gingen und ihr ohnehin schon begrenztes Ausmaß an Lebensqualität noch weiter einschränkten. Indem sie das opioide Bedarfsschmerzmittel sparsamer einsetzte und dessen Einnahme auf jene Tage beschränkte, an denen die Schmerzbelastung unerträglich war, versuchte sie diese Belastung zu senken. Gleichzeitig verzichtete Patientin C damit auf eine umfassendere Schmerzerleichterung in Situationen mit stärkeren Schmerzen, in denen sie lediglich auf das weniger wirksame nicht-opioide Schmerzmittel zurückgriff. Patientin F sah sich hingegen nicht in der Lage, ihre Schmerzen ausreichend zu kontrollieren. Sie verspürte über die Einnahme ihres Basisschmerzmittels hinaus eine konstante Zusatzbelastung durch Dauerschmerzen in einem störenden Ausmaß. Erleichterung verschaffte sie sich, indem sie Bewegungen unterließ, die ihr Schmerzen bereitet hätten. Sie verzichtete damit gleichzeitig auf ein größeres Ausmaß an Bewegungsfreiheit.

*„Ein Störfaktor ist das halt, nicht [Anm. d. Verf.: die perkutane Ernährungssonde]. Und man geht auch dann ganz anders, ich geh immer leicht gebückt. Ich weiß nicht, wie ein „oids Weibal“.*

*[lacht] Aber, es ist halt da. [...] Aufrecht ist die Bauchdecke doch gespannt und wenn man es ein bisschen gekrümmter geht, dann ist die Spannung nicht so da. So hab ich halt das Gefühl. Dass ich mir leichter tu damit.“ (Patientin F; Z. 65–73)*

## **6.10 Kontextuelle Bedingungen (Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen)**

Ob sich Patient\*innen in unzureichend kontrollierbaren Situationen um ärztliche Hilfe bemühten oder nicht, war vom Ausmaß der praxisbezogenen Kompetenzen und des Vertrauens in die behandelnden Ärzt\*innen sowie dem Aufwand-Nutzen-Verhältnis abhängig.

### **6.10.1 Praxisbezogene Kompetenzen**

Patientin F, die sich im Umgang mit ihren unzureichend kontrollierbaren Dauerschmerzen nicht um ärztliche Hilfe bemühte, mangelte es nicht nur an Kenntnissen im Hinblick auf eine möglichst effektive Schmerzkontrolle, sondern auch an einer Vorstellung von realistischen Therapiezielen und einem Bewusstsein bezüglich ihrer Verantwortung im Rahmen des Schmerzmanagements. Ihre Äußerungen lassen darauf schließen, dass sie ihren Umstand als normale Begleiterscheinung der Krebserkrankung einstufte und die Bedeutsamkeit ihrer subjektiven Schmerzwahrnehmung und deren Kommunikation an Ärzt\*innen unterschätzte. Sie nahm die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe folglich nicht als eine relevante Möglichkeit zur Verbesserung ihrer Situation wahr.

*„Zähne zusammenbeißen und durch. Und das nehmen, wie es ist. Weil, es ändert sich eh nichts, wenn man raunzt oder was.“ (Patientin F; Z. 410–411)*

Patient\*innen, die ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen (A, B, G, H), wussten hingegen, dass Möglichkeiten einer Therapieanpassung bestanden und dass es relevant war, Probleme, die im Zuge der Schmerz- oder Nebenwirkungskontrolle auftraten, an Ärzt\*innen rückzumelden.

*„Ich beobacht das genau. Und, in der Schmerzambulanz kriegen sie sofort immer Feedback beziehungsweise die Hausärztin. Wie das mit dem Pregabalin® mit der erhöhten Menge war, dass ich da quasi ein fremder Mensch geworden bin, also da hab ich auf die Nebenwirkungen irrsinnig angesprochen. Da haben wir gleich wieder reduziert.“ (Patient G; Z. 341–344)*

### 6.10.2 Vertrauen in die behandelnden Ärzt\*innen

Im Fall von Patientin C schien es weniger an Unwissenheit zu liegen, dass sie im Hinblick auf ihre Nebenwirkungsproblematik auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe verzichtete, als vielmehr an der Tatsache, dass keine entsprechende Vertrauensbasis zu ihren behandelnden Ärzt\*innen gegeben war. Sie befand sich zwar in regelmäßigen Abständen in ärztlicher Betreuung, da sie sich alle zwei Wochen einem stationären Aufenthalt zur Chemotherapie unterzog und im Anschluss daran Kontrolltermine bei ihrer Hausärztin wahrnahm. Ihre Äußerungen legen allerdings nahe, dass sie aufgrund von fehlendem Interesse, mangelnden zeitlichen Ressourcen bzw. unzureichender Expertise weder bei den Stationsärzt\*innen noch bei der Hausärztin das Gefühl hatte, die nötige Unterstützung zu erfahren.

*„Ich weiß, das <Krankenhaus> hat sehr wenig Zeit für alle. Das verstehe ich. Das ist das größte Krankenhaus in <Ort>. Hier geht alles so ruckizucki. Aber man muss mit der Patientin wirklich reden. Und da muss man vielleicht auch die Hausärzte reinholen. Und einfach fragen, mit welchen Medikamenten, Schmerzmittel fühlst du dich besser und dann deine Qualität ein bisschen verbessern.“ (Patientin C; Z. 693–697)*

Patient A, der sich in puncto unzureichender Nebenwirkungskontrolle an seinen Hausarzt wandte, dürfte dessen Form der Betreuung hingegen sehr geschätzt haben. Seinen Schilderungen war zu entnehmen, dass sie ein freundschaftliches Verhältnis pflegten, in sehr engem Austausch standen und er auch großen Wert auf dessen fachliche Meinung legte.

### 6.10.3 Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Die Patient\*innen B, G und H wandten sich mit ihren Anliegen nicht an ihre Hausärzt\*innen. Neben der fehlenden Fachexpertise im Hinblick auf die Bewältigung onkologischer Schmerzen, erfolgte dies aber auch aus pragmatischen Gründen nicht, wie Patientin B erklärte, die von Montag bis Freitag aufgrund der Strahlentherapie ohnehin täglich im Krankenhaus war:

*„Wenn ich jetzt eh schon jeden Tag dort hinfahre, soll ich mich am Nachmittag noch beim praktischen Arzt anstellen. Das schafft man ja gar nicht körperlich. Das geht überhaupt nicht. Aber zu dem hätte ich natürlich auch noch gehen können. Aber der hätte auch gesagt ‚Sie sind im <Ort>. Fragen Sie dort, die wissen das besser‘, nicht.“ (Patientin B; Z. 575–578)*

Ebenso wenig traten die Patient\*innen B, G und H im Rahmen dieser außerplanmäßigen Angelegenheiten vermutlich mangels Erreichbarkeit an ihre OnkologInnen heran. Sie wandten sich stattdessen an die Schmerz- oder Notfallambulanz ihres behandelnden Krankenhauses.

Dass sich Patientin C, nicht ebenso anderweitig um ärztliche Unterstützung bemühte, war vermutlich der Tatsache geschuldet, dass der damit verbundene zusätzliche Aufwand, den es erfordert hätte, um eine Verbesserung herbeizuführen, ihrer Auffassung nach nicht im Verhältnis zum Nutzen stand. Sie hätte einen passenden Kontakt suchen, einen Termin vereinbaren, dort hinfahren und der Fachperson aufs Neue die Problematik verständlich machen müssen, und das vor dem Hintergrund einer schlechten Allgemeinverfassung und einem strapaziösen Therapiealltag, den sie auch abseits von Aufenthalten im Krankenhaus bewältigen musste.

*„Und jetzt verlangen alle, vom Krankenhaus bis zur Krankenkasse bis zum Hausarzt, CT alle / Ich muss mich um alles kümmern, ich muss überall Termine machen, ich muss überall hingehen, ich muss alles / Können wir nicht. Wir haben keine, wirklich keine Kraft. Und ich habe Glück, dass mein Mann einfach selbständig ist und er sagt, ‚gut‘, wie morgen muss ich zum CT, dann bleibt er zuhause und bringt mich dort hin.“ (Patientin C; Z. 715–720)*

Gleichzeitig stellten die Schmerzen und Nebenwirkungen zwar eine wiederkehrende und auch durchaus intensive, aber keine dauerhafte Belastung dar, deren Entwicklung absehbar war. Die Patientin konnte aufgrund von bisherigen Erfahrungen mit einem vollständigen Abklingen ihrer Beschwerden nach ca. eineinhalb Wochen rechnen, die extreme Belastung bestand überhaupt nur für wenige Tage. Zudem war es für die Patientin die letzte Chemotherapie.

Im Fall der Patient\*innen B, G und H überwiegte offenbar der Nutzen, zumal Ungewissheit im Hinblick auf den weiteren Schmerzverlauf bestand. Im Fall von Patientin B war davon auszugehen, dass die Belastung mit zunehmender Behandlungsdauer noch weiter steigen würde.

## **6.11 Konsequenzen (Entlastung erfahren)**

Sämtlichen Patient\*innen war es infolge ihres Tuns möglich, die Belastung durch die Schmerzen zu senken und die Situation erträglicher zu gestalten. In Abhängigkeit von den gesetzten Handlungen erzielten sie allerdings ein unterschiedliches hohes Ausmaß an Schmerzerleichterung, wie nachfolgend dargestellt wird.



### **Belastung durch Dauer- und Durchbruchschmerzen umfassend senken können (Ausmaß der Schmerzerleichterung)**

Den Patientinnen B, D und I, die sich nicht um einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz bemühten, gelang es, die Belastung durch Dauer- und Durchbruchschmerzen mit wenig Aufwand auf ein Niveau zu senken, welches sie weder als unangenehm noch als einschränkend erlebten. Die Patientinnen waren dadurch in der Lage, alltäglichen Aktivitäten ungehindert nachzugehen und die Qualität ihrer nächtlichen Erholung zu steigern.

*„Nein, ich bin eigentlich von Anfang an jeden Tag spazieren gegangen mindestens so ein bis zwei Stunden. Langsam, aber ich bin trotzdem jeden Tag an der Luft gewesen. ... Sonst, ich hab gekocht. Ich hab eigentlich alles gemacht.“ (Patientin D; Z. 69–76)*

Dieses relativ umfassende Ausmaß an Schmerzerleichterung, das die Patientinnen B, D und I durch die eingenommene Schmerzmitteldosis erzielen konnten, war aber nicht zwingend mit völliger Freiheit von Dauerschmerzen gleichzusetzen.

*„Ich hab momentan (...) / Ja wenn ich länger unterwegs bin, also im Gehen, hab ich da oben so eine Art, so einen pfff, ich kann ihn gar nicht beschreiben, ganz einen eigenartigen Schmerz. Weil alles sehr schwer ist. Aber wenn Sie mich jetzt fragen, würde ich sagen, höchstens auf vier. [...] Aber es ist erträglich, es ist überhaupt nicht schlimm.“ (Patientin I; Z. 17–25)*

Davon abgesehen waren auch nicht alle drei Patientinnen in der Lage, ein derartiges Ergebnis über den gesamten Verlauf der Schmerzerfahrung zu erzielen. Das konnte nämlich nur dann erreicht werden, wenn sie auch über eine adäquate Schmerzmittelverordnung verfügten und eine entsprechende Schmerzmitteldosis einnahmen. Patientin B schaffte dies aufgrund einer unzureichenden medikamentösen Verordnung infolge der Schmerzdynamik erst, nachdem sie sich um ärztliche Hilfe bemühte und wirksamere Basis- und Bedarfsschmerzmittel verordnet bekam.

### **Belastung durch Dauerschmerzen weniger umfassend senken können (Ausmaß der Schmerzerleichterung) bzw. mehr Aufwand für eine umfassende Schmerzerleichterung betreiben müssen; Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme senken können**

Die Patient\*innen A, C, E und H erzielten im Unterschied dazu eine weniger umfassende Schmerzerleichterung. Sie verspürten infolge ihres sparsamen Schmerzmitteleinsatzes zumindest vorübergehend keine ausreichende Schmerzkontrolle. Bei Patient A, E und H betraf dies den Zeitraum ihres ersten Reduzierungsversuches, bei Patientin C war dies in regelmäßigen Abständen beim Auftreten von

intensiveren Dauerschmerzen tagsüber der Fall, da sie das wirksamere opioide Bedarfsschmerzmittel dann nur nachts einsetzte. Zwar besteht an dieser Stelle Unklarheit darüber, welches Ausmaß an Restbelastung durch Schmerzen bestand und inwieweit dieses den Alltag der Patient\*innen beeinträchtigte. Tatsache ist jedoch, dass Patient A und H diese als so unangenehm erlebten, dass sie sich dazu entschlossen, den Reduzierungsversuch abubrechen und zur ursprünglich verordneten Dosis zurückzukehren. Auch Patientin C verspürte den Wunsch nach einem größeren Ausmaß an Schmerzkontrolle. Sie erwähnte, dass sie beim Auftreten intensiverer Schmerzen auch gerne während des Tages auf das wirksamere opioide Bedarfsschmerzmittel zurückgegriffen hätte, wäre die Belastung durch die Nebenwirkungen nicht gewesen.

*„Aber wenn es hilft, aber nicht so viele Nebenwirkungen hätte, dann nehme ich es locker den ganzen Tag. Wenn ich ein bisschen Schmerzen hätte, dann nehme ich es, weiß, es ist weg und dann fühle ich Lebensqualität und kann wieder irgendetwas machen. Weil ich kann es nicht den ganzen Tag nehmen wegen den Nebenwirkungen. Weil da liege ich den ganzen Tag im Bett. Das ist, weil ich ‚weg‘ bin wegen den Tropfen. Die Schmerzen sind auch weg, aber ich auch.“ (Patientin C; Z. 685–690)*

Abseits der Reduzierungsversuche gelang es den Patient\*innen A und E ihre Dauerschmerzen umfassend zu kontrollieren. Patient H sah sich zwischenzeitlich mit einer deutlichen Situationsverschlechterung konfrontiert. Die Reduktion seiner Dauerschmerzen auf ein nicht hinderliches Ausmaß war erst wieder möglich, als er ärztliche Hilfe in Anspruch nahm und die schmerzauslösende Ursache beseitigt wurde. Patientin C konnte ihre Dauerschmerzen umfassend kontrollieren, wenn sie das opioide Bedarfsschmerzmittel auch tagsüber einsetzte, was im Fall von extremen Schmerzen der Fall war, sowie nachts.

Patientin F und Patient G, die sich um einen sparsamen Einsatz ihrer Bedarfsschmerzmittel bemühten und zur Bewältigung zusätzlicher Schmerzen zum Teil auf nicht-medikamentöse Maßnahmen auswichen, war es damit zwar möglich, ein zufriedenstellendes Ausmaß an Schmerzerleichterung zu erfahren. Sie nahmen durch die permanent erforderlichen Schonhaltungen oder Massagehandlungen zur Beseitigung der schmerzauslösenden Muskelverspannungen allerdings erheblichen Aufwand in Kauf, der letztlich auch eine gewisse Form von Einschränkung im Alltag darstellte bzw. Patient G von der nächtlichen Erholung abhielt, wie die nachfolgenden Schilderungen verdeutlichen:

*„Und das Meiste muss halt dann der Mann machen, nicht. Weil wir haben die Waschküche oben im Haus, also über die Stiege rauf. Also das fällt weg, das Rauftragen und Aufhängen. Das ist*

*momentan Männersache sagen wir so. [lacht] Und mit den Hunden gehen ist halt auch ein bisschen problematisch, weil sie halt doch ziehen und alles. [...] Weil zum Beispiel wenn ich da so auf der Bank sitze, und zu gebückt bin, man hat halt doch dann eine schlampige Haltung, dann spür ich es auch wieder, dass es weh tut. Das ist / Manche Bewegungen kann man halt nicht mehr so machen, oder momentan nicht machen, was man sonst halt automatisch macht, ohne dass man nachdenkt.“ (Patientin F; Z. 82–100)*

*„Ich sitz am Bett, so wie ich jetzt da sitz quasi und massier zum Teil wirklich stundenlang Schmerzpunkte weg. Ah. [hat gerade einen Schmerzpunkt erwischt und massiert den weg] Und dann stundenlang halt so massieren, je nachdem wo es stärker ist. [...] Da ist das sogenannte „narri-sche Boa“ und dann ist das stundenlang so, wie wenn man sich das angeschlagen hätte. Ist aber stundenlang so. Und da tut man quasi von da weg da voll reindrücken, obwohl es weh tut. Aber da herunter wird es besser. Und dann runter massieren und, ja, so sitzt man halt am Bettrand. Fernseher dreh ich auch immer auf dazu. Aber eigentlich schau ich nicht rein. Und, ein bisschen krieg ich es aber dann mit. Weil das dann schon ziemlich heftig ist. Also vorige Woche, wie gesagt, da hab ich drei solche Tage gehabt, solche Abende. Das ist dann nicht lustig. Und da nehm ich auch natürlich dieses Zusatzmittel und seitdem hab ich es aber auch nicht mehr gebraucht. [...] Da geht aber dann vier Stunden schlafen oder vielleicht sogar manches Mal fünf Stunden. Aber dann ist das wieder aus. Dann ist die Wirkung wieder vorbei und dann sitzt man halt wieder da.“ (Patient G; Z. 462–489)*

Das Bedarfsschmerzmittel, das Patient G in Extremsituationen nachts einmalig einsetzte, um schlafen zu können, wurde ihm im Zuge eines außerplanmäßigen ärztlichen Kontaktes verordnet. D.h. auch er sah sich erst durch die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe in der Lage, extreme Schmerzen zumindest vorübergehend auf ein nicht hinderliches Ausmaß zu senken.

Gleichzeitig konnten sich die Patient\*innen A, C, E, F, G und H infolge ihres sparsamen Einnahmeverhaltens allerdings auch von der Notwendigkeit der Schmerzmitteleinnahme in der ursprünglich verordneten Dosis überzeugen und die Befürchtung, sich durch eine zu häufige Schmerzmitteleinnahme zu schaden, zumindest vorerst wieder aus dem Bewusstsein drängen. Ebenso war es ihnen aufgrund ihres Vorgehens möglich, das Ausmaß an belastenden Nebenwirkungen wie starke Müdigkeit zu senken. Die Patient\*innen gelang es damit gewissermaßen, die zeitgleich bestehende Belastung durch Schmerzen und jene durch die Schmerzmitteleinnahme besser auszubalancieren.

### **Belastung durch Dauerschmerzen konstant auf ein nicht hinderliches Ausmaß senken können (Dauer der Schmerzerleichterung)**

Patient\*innen, die ihre Basisschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen nach der Uhr unter Berücksichtigung der Wirkungsdauer einnahmen, sahen sich imstande, das erzielte Ausmaß an Schmerzerleichterung über 24 Stunden relativ gleichmäßig zu halten. Sie konnten eine Verstärkung ihrer Dauerschmerzen damit konstant vermeiden, zumindest zum Zeitpunkt des Interviews. Ein derartiges Ergebnis konnte allerdings nur dann erreicht werden, wenn sich die Patient\*innen auch in der Lage sahen, ihre Schmerzen umfassend zu kontrollieren, was im Fall der Patient\*innen B und H, wie bereits erwähnt, zwischenzeitlich infolge der Schmerzdynamik nicht möglich war und die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erforderte.

*„Also, vor drei, nein sagen wir vor dreieinhalb Wochen hat das ganz anders ausgesehen. [lacht] Da war ich eher verzweifelt, wie ich da war und Schmerzen gehabt hab, 12. Nicht 10, 12 hab ich gehabt. Eine ganze Woche lang, bis sie mir dann endlich den Stent rausgenommen haben. Und dann war es wie weggeblasen, der Schmerz.“ (Patient H; Z. 59–62)*

Ebenso ließen vorübergehende Reduzierungsversuche zwischenzeitlich keine konstante Schmerzerleichterung zu. Patient H und Patientin I, die die Wirkungsdauer bei der Einnahme ihrer Basisschmerzmittel zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr berücksichtigten, erzielten ein derart beständiges Ergebnis nur deshalb, weil sich ihre Schmerzsituation infolge eines fortgeschrittenen Heilungsprozesses bereits deutlich gebessert hatte. Der sinkende Wirkstoffspiegel im Blut gegen Ende der Wirkungsdauer hatte somit keine Verstärkung ihrer Dauerschmerzen mehr zur Folge, was normalerweise der Fall gewesen wäre.

### **Belastung durch Dauerschmerzen vorübergehend auf ein nicht hinderliches Ausmaß senken können (Dauer der Schmerzerleichterung)**

Im Fall von Patientin C und Patientin F, die ihre Basis- und Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von Dauerschmerzen überwiegend nach Gefühl einnahmen, fiel das Ergebnis generell unbeständiger aus. Sie waren infolge eines schwankenden Wirkstoffspiegels in wiederkehrenden Abständen mit stärkeren Dauerschmerzen konfrontiert, etwa morgens nach dem Aufstehen, wie folgender Äußerung von Patientin F zu entnehmen ist:

*„Ich spüre es schon mehr als wie untermittags, aber auch nicht so, dass ich sag, ich krümm mich oder was. Man merkt es, dass es ein bisschen stärker ist als sonst. Aber auch nicht so extrem. Da nehm ich gleich meine Tröpfchen, leg mich hin und in einer halben Stunde geht es schon wieder.“*

*Das ist mein Ding, mein Mittel dagegen. Ob ich jetzt sitz oder lieg oder steh, es ist „wuascht“. Ich kann sicher nicht was weiß ich was machen. Darum leg ich mich hin und entspann ein bisschen und dann geht es wieder.“ (Patientin F; Z. 432–437)*

An dieser Stelle kann jedoch keine eindeutige Aussage über das konkrete Schmerzausmaß und die Einschränkung getroffen werden, die insgesamt damit in Verbindung standen. Infolge der präventiven Einnahme ihres opioiden Bedarfsschmerzmittels gelang es Patientin C aber zumindest nachts, die Schmerzen so weit zu senken, dass sie ungehindert schlafen konnte.

### **Entwicklung zusätzlicher Schmerzen vermeiden können**

Den Patientinnen B und F war es infolge ihres Tuns möglich, die Entwicklung besonders intensiver zusätzlicher Schmerzerfahrungen weitgehend zu vermeiden. Patientin B konnte dadurch die Gesamtbelastung durch Schmerzen über 24 Stunden auf einem Niveau halten, das sie nicht in ihrem Alltagsleben beeinträchtigte, zumindest zum Zeitpunkt des Interviews. Infolge der Schmerzdynamik musste sich die Patientin im Verlauf mehrmals um die Verordnung wirksamerer Schmerzmittel bemühen. Patientin F gelang es für Schmerzfreiheit während der Nacht zu sorgen und mit wenig Aufwand ihre nächtliche Erholung sicherzustellen.

### **Zusätzliche Schmerzen lindern können; Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme senken können**

Die Patienten A und G, die ihre Bedarfsschmerzmittel zur Kontrolle von vorhersehbaren Durchbruchschmerzen nach Gefühl einnahmen, waren hingegen über einen gewissen Zeitraum einer zusätzlichen Schmerzbelastung von vermutlich stärkerer Intensität ausgesetzt. Auch an dieser Stelle kann jedoch keine eindeutige Aussage über das konkrete Schmerzausmaß getroffen werden, das letztlich zum Zeitpunkt des Wirkungseintritts in der jeweiligen Situation bestand. Das Ausmaß an Erleichterung nach der Schmerzmitteleinnahme war zum Zeitpunkt des Interviews jedoch zufriedenstellend. Immerhin erwähnte Patient G, dass ihm die Einnahme des Bedarfsschmerzmittels nachts zumindest ein paar Stunden Schlaf gewährte. Eine Tatsache, die auch auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zurückzuführen ist, nachdem er die Durchbruchschmerzen nicht zufriedenstellend lindern konnte. Gleichzeitig bot ihnen dieses Vorgehen aber auch die Möglichkeit, sich von der Notwendigkeit der Schmerzmitteleinnahme in der ursprünglich verordneten Dosis zu überzeugen und bestehende Sorgen, sich durch eine unnötige Schmerzmitteleinnahme zu schaden, auszublenden.

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass Maßnahmen wie „sich nicht um einen sparsamen Schmerzmitteleinsatz bemühen“, „Basisschmerzmittel zur Kontrolle von absehbaren Dauer- und Durchbruchschmerzen nach der Uhr einnehmen“ und „sich in unzureichend kontrollierbaren Situationen um

ärztliche Hilfe bemühen“ grundsätzlich mit einem größeren bzw. konstanterem Ausmaß an Schmerzerleichterung einhergingen. Im Fall eines sparsamen Schmerzmitteleinsatzes, einer Schmerzmitteleinnahme in Abhängigkeit vom Schmerzgefühl bei absehbaren Schmerzen und einer fehlenden Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei unzureichend kontrollierbaren Situationen war hingegen das Gegenteil der Fall. Im Hinblick auf das Ausmaß an Schmerzerleichterung präsentierten sie sich als weniger wirksam. Ein optimales Gesamtergebnis ließ sich jedoch nur dann erzielen, wenn Patient\*innen in sämtlichen Dimensionen die wirksamste Strategie verfolgten, also eine adäquate Menge an Schmerzmitteln zum entsprechenden Zeitpunkt einnahmen und sich im Fall von unzureichend kontrollierbaren Situationen um ärztliche Unterstützung bemühten.

## 7 Diskussion

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Bedeutsamkeit von *ANtiPain*, einer edukativen Maßnahme zur Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebserkrankten Schmerzen, im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements. Hierfür wurde untersucht, welche Maßnahmen Patient\*innen im Rahmen der Bewältigung ihrer Schmerzen warum und mit welchem Ergebnis ergriffen und welchen Beitrag *ANtiPain* in diesem Prozess letztlich leistete.

### 7.1 Zusammenfassung

Im Rahmen der Datenanalyse präsentierte sich ein sehr heterogenes Bild vom Umgang der Patient\*innen mit ihren Schmerzen nach dem Erhalt von *ANtiPain*. Sie verfolgten zwar grundsätzlich dieselbe Intention und waren allesamt gewillt, die Belastung durch Schmerzen bestmöglich zu reduzieren. Die Bedeutung dessen variierte allerdings in Abhängigkeit von unterschiedlich weit gefassten Handlungsspielräumen, in die das individuelle Schmerzmanagement eingebettet war und die sich auf Basis bestimmter kontextueller Rahmenbedingungen ergaben, etwa dem Ausmaß der Belastung durch die Schmerzmitteleinnahme, der Überzeugung vom Nutzen, den praxisbezogenen Kompetenzen, der Abschätzbarkeit der Schmerzentwicklung, dem Vertrauen in die behandelnden Ärzt\*innen sowie dem Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Das Spektrum an gesetzten Maßnahmen im Hinblick auf die Einnahmehöhe, den Einnahmezeitpunkt und den Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen (= Dimensionen der Schmerzbewältigung) war dementsprechend breit gefächert. Die bestmögliche Option war mitunter nicht diejenige, die mit dem größten Ausmaß an Schmerzerleichterung einherging. Patient\*innen, denen es auf Basis ihrer persönlichen Umstände an entsprechenden Alternativen fehlte, machten auch von weniger wirksamen Strategien wie einem sparsamen Schmerzmitteleinsatz, einer Schmerzmitteleinnahme in Abhängigkeit vom Schmerzgefühl bei absehbaren Schmerzen oder dem Arrangieren mit unzureichend kontrollierbaren Situationen Gebrauch.

Ein Blick auf die Kontextbedingungen verdeutlicht, dass weniger wirksame Verhaltensweisen im Hinblick auf das Ausmaß an Schmerzerleichterung vorrangig über eine unzureichende Wirksamkeit der Intervention erklärt werden können. *ANtiPain* bewirkte zwar bei allen Patient\*innen eine Kompetenzerweiterung, allerdings nur bei wenigen in sämtlichen Bereichen, in denen eine Einflussnahme vorgesehen und auch bedeutsam gewesen wäre. Überwiegend blieben einzelne oder mehrere relevante Einflussbereiche, wie die Einstellung zur Schmerzmitteleinnahme, die Bewältigung von Nebenwirkungen, die Gestaltung der Schmerzmitteleinnahme in Abhängigkeit von der Uhrzeit und der Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen, unzureichend berührt, sodass es Patient\*innen an der entsprechenden Befähigung für effektivere Verhaltensweisen mangelte. Die Schmerzmitteleinnahme war für einige folglich weiterhin mit Vorbehalten verbunden. Die Patient\*innen wussten zum

Teil nicht, wie sie ihre Nebenwirkungen bewältigen konnten, entwickelten kein Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Schmerzmitteleinnahme nach der Uhr oder konnten dieses Prinzip auf Basis der individuellen Verordnung nicht umsetzen. Zum Teil mangelte es Patient\*innen auch an einer Vorstellung von realistischen Therapiezielen. Davon abgesehen hinderten aber auch Situationen mit fehlenden alternativen Möglichkeiten zur Einflussnahme, beispielsweise im Fall von unzureichend kontrollierbaren Nebenwirkungen, und fehlendes Vertrauen in die behandelnden Ärzt\*innen Patient\*innen daran, Maßnahmen zu ergreifen, die ihnen ein größeres Ausmaß an Schmerzerleichterung ermöglicht hätten. Im Einzelfall konnte außerdem ein bewusster Verzicht auf wirksamere Maßnahmen festgestellt werden. Ähnlich wie bei Lüscher-Buffet et al. (2012) verzichtete diese Patientin auf eine frühzeitige Schmerzmitteleinnahme, um ein Gefühl für die Schmerzentwicklung zu bekommen.

Ausmaß und Dauer der Schmerzerleichterung wurden letztlich durch verschiedene Verhaltensweisen der Patient\*innen im Hinblick auf die Einnahmemenge, den Einnahmezeitpunkt und, sofern relevant, den Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen bestimmt. Diese Dimensionen standen in wechselseitiger Beziehung zueinander. Ein optimales Gesamtergebnis erzielten Patient\*innen folglich nur dann, wenn sie sich in allen relevanten Bereichen optimal verhielten, was voraussetzte, dass sie über die entsprechende Befähigung für die Umsetzung geeigneter Maßnahmen verfügten und darüber hinaus keine weiteren Barrieren bestanden. Jenen drei Patientinnen, bei denen das der Fall war, gelang es, ihre Schmerzen zum Zeitpunkt des Interviews relativ unkompliziert umfassend und konstant zu erleichtern, sodass ein geringes Ausmaß an schmerzbezogener Funktionseinschränkung im Alltag bestand. Sie erreichten damit ein von Patient\*innen als wesentlich beschriebenes Zielkriterium eines optimalen Schmerzmanagements (Gibbins et al., 2014; te Bovelde et al., 2013; Turk et al., 2008). Zumindest im Hinblick auf die Einnahmemenge und den Einnahmezeitpunkt, also in zwei der drei ergebnisbestimmenden Dimensionen, ist anzunehmen, dass das effektive Verhalten dieser Patientinnen auf Empfehlungen der Interventionspflegepersonen basierte. Was die dritte Dimension betrifft, also den Umgang mit unzureichend kontrollierbaren Situationen, ließ sich mangels Informationen nicht eindeutig feststellen, ob die betreffende Patientin im Zuge der Intervention für die Inanspruchnahme ärztlicher Unterstützung befähigt wurde oder ob sie letztlich auf Basis von entsprechendem Vorwissen handelte (Patientin B). Weniger wirksames Verhalten in zumindest einer der drei genannten Dimensionen der Schmerzbewältigung ging hingegen mit einem weniger umfassenden bzw. weniger konstanten Ausmaß an Schmerzerleichterung einher bzw. war erheblicher Mehraufwand vonseiten der Patient\*innen nötig, um ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erzielen. In Abhängigkeit von Umfang und Dauer der unzureichend kontrollierten Schmerzsituation zeigten sich hier jedoch Abstufungen. Zum Teil waren die Patient\*innen einer vorübergehenden Belastung ausgesetzt, etwa bei zwischenzeitig durchgeführten Reduzierungsversuchen oder Durchbruchschmerzen. Zum Teil bestand aber auch eine erhebliche



Funktions- und damit Alltagseinschränkung, die von Dauer war, etwa bei einer schmerzbedingten Schonhaltung zur Kontrolle von Dauerschmerzen.

Wenngleich der Beitrag, den *ANtiPain* im Prozess der Schmerzbewältigung leistete, zum Teil erheblich variierte und bei den meisten Patient\*innen nicht ausreichte, um ein optimales Gesamtergebnis zu erzielen, ist die Intervention im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements als bedeutsam einzustufen. Diese Einschätzung beruht auf der Annahme, dass vor dem Hintergrund der enormen Belastung, denen sich Patient\*innen im Zuge einer Krebserkrankung ausgesetzt sehen (Deshields et al., 2014; Esther Kim et al., 2009), jeglicher Beitrag, der eine Erweiterung der Selbstmanagementkompetenzen bedeutet und im Hinblick auf die Erhaltung der Funktionsfähigkeit ein besseres Ergebnis hervorbringt, als im Vergleich zu keiner bzw. einer weniger effektiven Handlung, als positiv zu bewerten ist. Auch wenn dies bedeutet, dass Patient\*innen dadurch nur bis zu einem gewissen Grad Entlastung erfahren, etwa in Form von nächtlicher Schmerzfreiheit. Die Bedeutung eines optimalen Gesamtergebnisses ist aber auch deshalb zu relativieren, weil es infolge der Schmerzdynamik zwischenzeitlich immer wieder zu Situationen kommen kann, in denen Patient\*innen ihre Schmerzen vorübergehend nur unzureichend bewältigen können, auch wenn sie sich grundsätzlich effektiv verhalten, die verordnete Menge an Schmerzmitteln zum richtigen Zeitpunkt einnehmen und Probleme an Fachpersonen kommunizieren. Nichtsdestotrotz sollte es das Ziel sein, sämtlichen Patient\*innen zu einer optimalen Schmerzkontrolle zu verhelfen. Deshalb gilt es Überlegungen anzustellen, wie eine umfassendere Unterstützung erzielt werden kann, und zwar was die Wirksamkeit des bisherigen Angebots betrifft, aber auch im Hinblick auf einen etwaigen zusätzlichen Unterstützungsbedarf.

## **7.2 Einordnung in die bestehende Literatur**

Nach Wissen der Autorin wurde im Rahmen dieser Arbeit erstmals untersucht, wie Patient\*innen mit krebisbedingten Schmerzen das Medikamentenmanagement im Anschluss an eine edukative Maßnahme zur Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements (*ANtiPain*) gestalteten. Diese zusammenhängende Betrachtung von Verhalten, Kontext und Ergebnis führte zu verschiedenen Einsichten.

### **7.2.1 Unzureichendes Unterstützungspotenzial**

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen vermuten, dass die moderaten Effekte, die im Rahmen bisheriger Evaluationsstudien im Hinblick auf die Schmerzintensität beobachtet werden konnten, weniger der Messung eines ungeeigneten Zielkriteriums geschuldet sind, sondern eher einem unzureichenden Unterstützungspotenzial von *ANtiPain*. Immerhin entstand der Eindruck, dass es im Zuge des bestehenden Interventionsangebotes überwiegend nicht gelang, einen entsprechenden Rahmen für die

Ausübung eines effektiven Selbstmanagements herzustellen. Einstellungsbezogene, praktische und/oder sensorische Barrieren konnten zumeist nicht entsprechend abgebaut werden, die Kontrolle ärztlicher und systembezogener Barrieren fand zum Teil zu wenig Beachtung.

Hinweise auf eine unzureichende Wirksamkeit der Intervention, zumindest im Hinblick auf den Abbau von einstellungsbezogenen Barrieren, finden sich auch in den Arbeiten von Ekstedt und Rustoen (2019) und Schumacher, West, et al. (2002). Die Autor\*innen beschäftigten sich mit dem *PRO-Self© Pain Control Program*, der Grundlage von *ANtiPain*, und dessen Auswirkungen und kamen zu der Erkenntnis, dass bei einer kleinen Gruppe von Patient\*innen weiterhin eine Abneigung gegenüber der Einnahme opioider und nicht-opioider Schmerzmittel bestand. Eine Erklärung für den fehlenden Erfolg der Intervention fanden Schumacher, West, et al. (2002) zum einen in negativen Vorerfahrungen der Patient\*innen im Umgang mit opioiden Schmerzmitteln, etwa aufgrund einer Stigmatisierung durch Angehörige als „drogenabhängig“ oder ausgeprägten Nebenwirkungen. Zum anderen stießen sie auf tiefsitzende hinderliche Überzeugungen, die einen Teil der Identität von Patient\*innen darstellten und über den bloßen Charakter von Fehlmeinungen hinausgingen, beispielsweise die Ansicht, dass Medikamente den Körper vergiften würden und deshalb generell vermieden werden sollten. Letzteres ließ sich auch im Rahmen dieser Arbeit beobachten (Patient H). Vorbehalte blieben in diesem Fall trotz des erworbenen Wissens bestehen.

Ekstedt und Rustoen (2019) stellten hingegen fest, dass der Kompetenzerwerb im Rahmen der Intervention insbesondere durch Schwierigkeiten bei der Verarbeitung komplexer Informationen behindert wurde. Die Patient\*innen hatten Probleme, die angebotenen Informationen zu verstehen und in ihrem Alltag umzusetzen, eine Erkenntnis, die auch Schumacher, Koresawa, et al. (2002) beschrieben. Probleme beim Einprägen, Speichern und Erinnern der Informationen ergaben sich v.a. durch Einschränkungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit. Derartige Schwierigkeiten wurden auch von Teilnehmer\*innen dieser Untersuchung beschrieben. Das Fatigue-Syndrom, eine häufige Begleiterscheinung der Chemo- und Strahlentherapie (Ma et al., 2020), könnte dabei eine Rolle gespielt haben. Abgesehen von krankheits- und therapiebezogenen Einflüssen könnten sich auch eine sprachliche Barriere nachteilig auf die Fähigkeit zur Informationsverarbeitung ausgewirkt haben (Kitchie, 2019). Eine Patientin, der es an wesentlichen Kompetenzen für die Ausübung eines effektiven Selbstmanagements zu mangeln schien, sprach gebrochen Deutsch (Patientin C). Möglicherweise erschwerte auch eine gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz Verständnis und Umsetzung der Interventionsinhalte (Bastable & Gonzalez, 2019; Mertin & Müller, 2020).

Im Fall eines Patienten ist zudem der Eindruck entstanden, dass seine Form der Krankheitsbewältigung (Falvo, 2011) die Auseinandersetzung mit den Interventionsinhalten bzw. deren Umsetzung im Alltag erschwerte und dazu führte, dass weiterhin eine negative Einstellung gegenüber der Schmerzmittelaufnahme bestand (Patient G). Seinen Schilderungen nach zu urteilen, fiel es ihm zum Zeitpunkt der

Intervention schwer, sich auf die Krankheitsrealität einzulassen. Sämtliche Bemühungen schienen darauf ausgerichtet zu sein, möglichst schnell wieder in die gewohnte Normalität, ein Leben ohne Einschränkung, zurückkehren und demzufolge auch möglichst rasch von den Schmerzmitteln loskommen zu können.

Denkbar wäre auch, dass der Zeitpunkt unmittelbar vor der Entlassung ein eher ungünstiger Zeitpunkt für Patientenedukation ist. Ängste, die mit diesem Ereignis möglicherweise in Verbindung standen, könnten die Konzentrations- und Merkfähigkeit der Patient\*innen beeinträchtigt haben (Kitchie, 2019).

Schließlich wäre auch vorstellbar, dass eine fehlende Umsetzungstreue den Kompetenzerwerb behinderte. Im Fall von Patientin C zeigte sich, dass die telefonische Beratung zu einem Zeitpunkt stattfand, an dem die Patientin noch keine Schmerzen hatte. Deren Entwicklung wäre aufgrund der bisherigen Erfahrungen allerdings absehbar gewesen. Die Patientin erhielt auf Basis dieser Momentaufnahme vonseiten der Interventionspflegeperson folglich nicht die Unterstützung, die ein paar Tage später für die Bewältigung extremer Schmerzen vonnöten gewesen wäre. Außerdem wurde ihr im Rahmen der persönlichen Beratung die Informationsbroschüre nicht ausgehändigt, sodass die Möglichkeit zur selbständigen Auseinandersetzung mit den Interventionsinhalten nicht gegeben war. Außerdem liegt Raphaelis et al. (2020) zufolge die Vermutung nahe, dass die Edukationsstrategie „academic detailing“ nicht in der vorgesehenen Intensität Anwendung fand und etwaige kognitive Barrieren bei Patient\*innen demnach nicht ausreichend adressiert wurden. Als Ursache für die unzureichende Umsetzung von *ANtiPain* wären einerseits mangelnde Beratungskompetenzen auf Seite der Interventionspflegepersonen denkbar. Die Schulungen, die sie im Rahmen von *EvANtiPain* erhalten hatten, könnten mit einer durchschnittlichen Dauer von 96 Minuten zu knapp gemessen gewesen sein, zumal die edukative Aktivität für die Interventionspflegepersonen sowohl in praktischer als auch theoretischer Hinsicht ihren Schilderungen zufolge überwiegend eine eher neue Erfahrung gewesen sein dürfte (Raphaelis et al., 2020). Andererseits könnten fehlende Zeitressourcen die Qualität der Umsetzung beeinträchtigt haben. Die Interventionspflegepersonen waren aufgefordert, die Intervention in den bestehenden Stationsalltag zu integrieren und „keine Zeit“ wurde als einer der häufigsten Gründe für die Nichtdurchführung der Intervention angeführt. Zudem wurde erwähnt, dass Entlassungen zum Teil spontan erfolgten bzw. nicht rechtzeitig kommuniziert wurden (Raphaelis et al., 2020). Interventionspflegepersonen dürften damit auch im Rahmen der tatsächlichen Durchführung einem gewissen Zeitdruck ausgesetzt gewesen sein.

Der Umstand, dass ein Teil der Patient\*innen ein besseres Gesamtergebnis erzielte, lässt vermuten, dass die Intervention hier wirksamer war, was den Abbau von einstellungsbezogenen, praktischen und sensorischen Barrieren betrifft und die jeweiligen Personen umfassender für effektives Selbstmanagement befähigt werden konnten. Dem war aber nicht so. Diesen Patientinnen mangelte es offenbar

auch an einem Verständnis für die zugrundeliegenden Prinzipien der Schmerzmitteleinnahme nach der Uhr. Die Umsetzung dieses Prinzips erfolgte ausschließlich auf der Basis einer schriftlichen Anleitung der Interventionspflegeperson. Dass sie dennoch eine zufriedenstellende Schmerzkontrolle erzielen konnten, war zum einen einer einfacheren Schmerzsituation und einem damit verbunden geringeren Selbstmanagementbedarf geschuldet. Die jeweiligen Patientinnen wiesen eine deutlich geringe Schmerzbelastung auf und konnten diese ausschließlich über den Einsatz gut verträglicher nicht-opioider Schmerzmittel bewältigen. Ein Bedarf für die Einnahme opioider Schmerzmittel mit einem höheren Nebenwirkungs- und Angstpotenzial war nicht gegeben. Die Schmerzbelastung wurde zudem in beiden Fällen kontinuierlich weniger, sodass auch keine Anpassung des Therapieschemas erforderlich war, die einen zusätzlichen ärztlichen Kontakt erfordert hätte.

Zum anderen lag es an einer entsprechenden Vorerfahrung und einer intensiveren pflegerischen Unterstützung. Patientin B war zwar grundsätzlich mit einer sehr komplexen Schmerzsituation konfrontiert. Sie ging allerdings einer Beschäftigung als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin nach. Es erscheint naheliegend, dass diese berufliche Erfahrung und das damit verbundene Fachwissen zumindest einen Beitrag zu ihrer positiven Einstellung gegenüber der Schmerzmitteleinnahme leisteten, zumal die Daten keinen Rückschluss darauf erlaubten, dass ihr die betreuenden Interventionspflegepersonen die Ängste genommen hätten. Davon abgesehen wurde Patientin B im Rahmen der Intervention intensiver begleitet als die anderen Patient\*innen. Die Beratung wurde in ihrem Fall ausschließlich in Form von persönlichen Gesprächen umgesetzt, und zwar im Rahmen der wöchentlich stattfindenden stationären Aufenthalte zur Chemotherapie. Sie wurde dabei von sehr engagierten Interventionspflegepersonen unterstützt, die sich intensiv mit dem Nebenwirkungsmanagement auseinandersetzten, bei Bedarf als Schnittstelle zum behandelnden Arzt fungierten und der Patientin nach jeder Therapieanpassung einen neuen und leicht verständlichen Medikationsplan aushändigten. Mit einer Gesamtdauer von 170 min fiel *ANtiPain* bei Patientin B vom Zeitumfang her insgesamt auch deutlich umfassender aus als bei den anderen Patient\*innen (siehe **Tabelle 4**).

Die Grenzen von *ANtiPain* scheinen sich demnach mit zunehmender Komplexität der Schmerzsituation abzuzeichnen. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse ist der Eindruck entstanden, dass das bestehende Interventionsformat ausreichend Unterstützung für das Selbstmanagement einfacher Schmerzsituationen bietet. Patient\*innen mit komplexeren Verläufen dürften aber durchaus von einer intensiveren persönlichen pflegerischen Betreuung samt entsprechender Schnittstelle zu den behandelnden Ärzt\*innen profitieren.

Dass unzureichend kontrollierbare opioidinduzierte Nebenwirkungen eine ähnliche Belastung für Patient\*innen darstellen, wie Schmerzen an sich und in einem sparsamen Schmerzmitteleinsatz resultieren, ist bekannt. In den Arbeiten von Gibbins et al. (2014), Hackett et al. (2016) und Manzano et al. (2014) betraf dies hauptsächlich kognitive Beeinträchtigungen. In der Untersuchung von Schumacher,

Koresawa, et al. (2002) erwies sich der Umstand, dass Maßnahmen zur Bewältigung der opioidinduzierten Obstipation in Diarrhö und damit in einer zusätzlichen Nebenwirkung resultierten, als problematisch, eine Situation, die sich auch im Rahmen dieser Arbeit im Einzelfall beobachten ließ und eine große Belastung für den betroffenen Patienten bedeutete (Patient A). Bei der Entstehung der Obstipation spielten möglicherweise auch andere krankheits- bzw. behandlungsbezogene Aspekte eine Rolle. Patient A nahm neben opioiden Schmerzmitteln auch ein Eisenpräparat ein und war infolge seines thoraxchirurgischen Eingriffes zumindest anfangs erheblich in seiner Mobilität eingeschränkt. Zudem erwähnte er, an einer ausgeprägten Mundtrockenheit zu leiden und deshalb v.a. auf „fasrige“ Lebensmittel verzichten zu müssen, was unter Umständen einen Ballaststoffmangel zu Folge hatte. All diese Faktoren könnten eine zusätzliche Verschlechterung der Darmfunktion bewirkt (de Giorgio et al., 2021) und es Patient A erschwert haben, die richtige Laxans-Dosis zu finden. Unklar bleibt an dieser Stelle, inwieweit all diese potenziell obstipationsfördernden Begleitumstände im Rahmen des Obstipationsmanagements ärztlicherseits Berücksichtigung fanden. Möglicherweise wäre bei der Problemlösung auch eine andere Kombination von Laxantien zielführend gewesen oder ein Einsatz von peripher wirkenden  $\mu$ -Antagonisten (PAMORA) (de Giorgio et al., 2021).

Eine Belastung durch eine verminderte sexuelle Funktionsfähigkeit, wie sie bei Patient G im Rahmen der Einnahme opioider Schmerzmittel aufgetreten war, wurde im Rahmen der oben erwähnten Arbeiten nicht beschrieben. Dies könnte daran liegen, dass es sich hier um ein sensibles Thema handelt und Betroffene Scheu hatten, die Beschwerden zu kommunizieren (Gudin, Laitman, & Nalamachu, 2015). Möglicherweise wurde die Problematik auch als Begleitsymptomatik der zugrundeliegenden Krebserkrankung fehlinterpretiert (Merdin, Merdin, Gündüz, Bozcuk, & Coşkun, 2016). Endokrine Nebenwirkungen in Form von sexueller Dysfunktion und verminderter Libido treten im Rahmen einer längeren Einnahme von Opioiden durchaus häufig auf. Im Rahmen einer Metaanalyse wurde etwa festgestellt, dass anhaltender Opioidkonsum bei mehr als die Hälfte der untersuchten Männer (63 %) zum sogenannten Hypogonadismus führte (de Vries et al., 2020).

Im Hinblick auf die unzureichend kontrollierbaren Nebenwirkungen stellt sich die Frage, inwieweit die Interventionspflegeperson überhaupt Einfluss nehmen hätte können. Zwar zeigte sich, dass alle drei Patient\*innen die Problematik der unzureichend kontrollierbaren Nebenwirkungen im Rahmen der Interventionsgespräche nicht thematisierten, u.a. weil sie erst nach dem Interventionsende auftraten. Im Fall von jenen zwei Patienten, die an Empfindungsstörungen im Unterkörper (Patient G) und an Verdauungsbeschwerden (Patient A) litten, liegt jedoch die Vermutung nahe, dass die einzige Möglichkeit zur Kontrolle in einem bewussten Einsatz opioider Schmerzmittel bestand, zumal sich beide Patienten um ärztliche Unterstützung bemühten und auch damit keine Verbesserung erzielen konnten. Bei Patientin C, der die Einnahme des opioiden Bedarfsschmerzmittel starke Schläfrigkeit verursacht hatte, wäre, insbesondere auch im Hinblick auf eine anzunehmende sprachliche Barriere und eine

eingeschränkte Konzentrations- und Merkfähigkeit, ein zusätzlicher persönlicher Kontakt mit der Interventionspflegeperson im Rahmen ihrer stationären Aufenthalte zur Chemotherapie vorteilhaft gewesen. Dadurch wäre eine weitere Möglichkeit zur Wiederholung der bisher vermittelten Inhalte geschaffen worden, aber auch eine entsprechende Gelegenheit für einen Austausch über die zwischenzeitlich erfolgte Therapieanpassung. Die Patientin hätte in einer regelmäßigen Einnahme des neu verordneten Basisschmerzmittels bestärkt werden können, was höchstwahrscheinlich ihren Bedarf für eine zusätzliche Schmerzmitteleinnahme und das Auftreten der damit verbundenen Nebenwirkungen reduziert hätte.

Mit dem Vorliegen von ärztlichen und systembezogenen Barrieren bestätigte sich ein weiterer Aspekt, der als Erklärung für den moderaten Erfolg bisheriger edukativer Maßnahmen in Erwägung gezogen wurde. Die mangelnde Beschäftigung mit einer adäquaten Schmerzbewältigung durch behandelnde Ärzt\*innen resultierte in Einzelfällen in einer unzureichenden Kontrolle und einem gefährlichen Einnahmeprozedere. Zudem erforderte es erheblichem Mehraufwand, um außerplanmäßig an wirksamere Schmerzmittel zu gelangen und einen Kontakt zu fachlich qualifizierten Ärzt\*innen herzustellen, eine Erkenntnis, zu der auch bereits Schumacher et al. (2014a) gelangten, und die die Autor\*innen insbesondere vor dem Hintergrund der ohnehin schon bestehenden Belastungsvielfalt infolge der Krebserkrankung als problematisch einstufen. Schumacher et al. (2014a) zufolge bemühten sich die Patient\*innen in der Regel nicht darum, anderweitig an ärztliche Unterstützung zu gelangen, sondern warteten trotz unzureichend kontrollierter Schmerzen bis zum nächsten geplanten Termin ab. Ein derartiges „Ausharren“ ließ sich auch im Rahmen dieser Untersuchung beobachten. Die Aussicht auf eine baldige Besserung der Situation spielte dabei eine wesentliche Rolle.

An dieser Stelle ist unklar, ob die fehlende Aufmerksamkeit primär einer mangelnden Qualifikation oder eher systembezogenen Defiziten zuzuschreiben ist. Zwar erscheint es in Anbetracht verschiedener Studien (Hadi et al., 2017; López López et al., 2018; te Boveltd, Vernooij-Dassen, Besse, Vissers, & Engels, 2015) naheliegend, dass Ärzt\*innen das nötige Wissen für eine effektive Behandlung krebserkrankter Schmerzen fehlt und dass deshalb keine ausreichende Auseinandersetzung mit dem Thema erfolgte, Patient\*innen über eine inadäquate Schmerzmittelverordnung verfügten und Zuständigkeiten außerhalb von geplanten Terminen nicht geklärt waren bzw. Hausärzt\*innen von Patient\*innen nicht als Ressource wahrgenommen wurden. Ebenso wäre aber denkbar, dass Ärzt\*innen in Anbetracht der Aufmerksamkeit, die dem Thema über die letzten Jahre in Form von unzähligen evidenzbasierten Leitlinien zuteilwurde (Bennett, Eisenberg, et al., 2019; DNQP, 2015; Jara et al., 2018; NCCN, 2021; Ripamonti et al., 2012; WHO, 2018), zwar über nötige Expertise verfügten, systembezogene Defizite deren systematische Umsetzung in der Praxis allerdings behinderten. Möglicherweise fehlte die Zeit (Hadi et al., 2017; Lockett et al., 2014) für eine engagierte und proaktive Auseinandersetzung mit der Thematik, die Durchführung von regelmäßigen Assessments, ein engmaschigeres

Betreuungsangebot oder eine entsprechende Vernetzung mit Hausärzt\*innen. Ebenso könnte infolge fehlender Kommunikation und Koordination zwischen den LeistungserbringerInnen (Hadi et al., 2017; Luckett et al., 2014; Schumacher et al., 2014a) auch Unklarheit über die primäre Verantwortung für das Schmerzmanagement bestanden haben.

In der Diskussion um die fehlende Erreichbarkeit von Ärzt\*innen stellt sich auch die Frage, warum Patient\*innen die Interventionspflegepersonen nicht als Ansprechpersonen wahrnahmen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass sie im Fall von unzureichend kontrollierbaren Situationen überwiegend ärztliche Unterstützung aufsuchten. Dies dürfte der fehlenden Handlungskompetenz geschuldet gewesen sein. Die Patient\*innen schätzten die Interaktion mit ihren Interventionspflegepersonen zwar, weil sie sich Zeit nahmen, Interesse zeigten, hilfreiche Informationen vermittelten und sie in der Schmerzmitteleinnahme bestärkten. Sie waren sich aber gleichzeitig dessen bewusst, dass die Möglichkeit zur Einflussnahme in puncto Therapieanpassung aufgrund des beruflichen Hintergrundes begrenzt war. Wenn es also darum ging, möglichst rasch an wirksamere Schmerzmittel zu gelangen, erschien es ihnen damit vermutlich zielführender, sich ohne Umwege an Ärzt\*innen mit Verordnungsbefugnis zu wenden. So verdeutlichte ein Patient, dass er die Anrufe und das damit verbundene Interesse der Interventionspflegeperson als „nette Geste“ empfand, diese im Hinblick auf die Lösung seines Problems allerdings keine Relevanz besaßen.

*„Beim Anrufen hab ich mir gedacht, ich hab es dann als lieb empfunden, dass jemand anruft. Aber ich sag immer, das ist eine „Jarifari Gschicht“, weil es keine Auswirkung hat auf eine Schmerzbehandlung oder sonst irgendwas und egal was ich da sage, passiert nichts.“ (Patient G; Z. 406–408)*

Davon abgesehen dürfte auch der „Projektcharakter“ dazu geführt haben, dass sich Patient\*innen nach Abschluss der Intervention mit ihrem Anliegen nicht mehr an die Interventionspflegeperson wandten.

### **7.2.2 Komplexität der Thematik**

Ein weiterer Aspekt, der auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse sichtbar wurde und der sich mit anderen Untersuchungen deckt, ist die thematische Komplexität, die sich über verschiedene Ebene erstreckt. So findet effektives Selbstmanagement in Abhängigkeit von Ärzt\*innen statt und setzt voraus, dass sich diese ebenfalls optimal verhalten (Adam et al., 2015). Patient\*innen entsprechend zu befähigen, ist ein komplexes Unterfangen. Selbstmanagement besteht aus verschiedenen Handlungsdimensionen, die ineinandergreifen und einer Dynamik unterliegen. Patient\*innen müssen den Anforderungen in sämtlichen Bereichen gerecht werden, um ein optimales Ergebnis erzielen zu können

(Schumacher, Koresawa, et al., 2002; Schumacher et al., 2014b). Davon abgesehen können zusätzliche Begleiterscheinungen der Krebserkrankung effektives Selbstmanagement behindern. Neben einer Beeinträchtigung der Konzentrations- und Merkfähigkeit (Schumacher, Koresawa, et al., 2002; Schumacher et al., 2014b) traf diese im Rahmen dieser Arbeit auf psychosoziale Aspekte zu. Gleichzeitig präsentierte sich im Rahmen dieser Arbeit eine Vielzahl an weiteren Symptomen wie Mundtrockenheit, unwillkürliche Muskelkontraktionen an den Händen, Ungewissheit im Hinblick auf die künftige Entwicklung. Diese dürften zwar nicht unmittelbar Einfluss auf das Schmerzmanagement genommen haben, stellten aber ebenso eine Belastung dar. Schmerzen ausreichend bewältigen zu können, erschien zwar wesentlich im Hinblick auf den Erhalt der Funktionsfähigkeit und um Ablenkung finden zu können, bedeutete aber nicht automatisch, dass es den Patient\*innen gut ging.

### **7.2.3 Mechanismen der Verhaltensänderung**

Letztlich wurde auf Basis dieser Untersuchung auch deutlich, dass das Vorhandensein einer entsprechenden Befähigung, einer Überzeugung vom Nutzen und eines förderlichen Umfelds wesentliche Voraussetzungen für effektives Selbstmanagement darstellen. Diese Erkenntnis findet sich auch bei Michie, van Stralen, und West (2011), die mit dem „Behaviour Change Wheel“ ein theoretisches Modell zur Beschreibung und Gestaltung von auf Verhaltensänderung ausgerichtete, gesundheitsbezogene Interventionen entwickelt haben. Inwieweit ein Erwerb von theoretischen und praktischen Kompetenzen in Verbindung mit einer gesteigerten Selbstwirksamkeitserwartung entsprechend der theoretischen Grundannahme letztlich dazu geführt haben, dass bestimmte Maßnahmen ergriffen wurden, kann an dieser Stelle jedoch nicht beantwortet werden.

## **7.3 Limitationen**

Die vorliegende Untersuchung weist einige Limitationen auf. Zwar wurden während des gesamten Analyseprozesses analytische Strategien wie das Stellen von Fragen und das Anstellen von Vergleichen eingesetzt und Memos verfasst, um die Auseinandersetzung mit dem gewonnenen Datenmaterial zu stimulieren und ein möglichst „wahrheitsgetreues“ Abbild der Realität zu schaffen. Zudem stand die Forscherin in regelmäßigem Austausch mit der Betreuerin. Die Aussagekraft der Ergebnisse wird jedoch zunächst dadurch eingeschränkt, dass keine theoretische Sättigung erreicht werden konnte. Es ist davon auszugehen, dass der Einbezug weiterer Patient\*innen zusätzliche Einsichten und eine differenziertere Ausarbeitung der Kategorien und ihrer Beziehungen zueinander ermöglicht hätte. Zudem konnte das Prinzip der bewussten Fallauswahl auf Basis von analytischen Gesichtspunkten aus unterschiedlichen Gründen nicht realisiert werden. Es wäre wünschenswert gewesen, mehr Patient\*innen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium und mit komplexeren Schmerzsituationen für die



Untersuchung zu gewinnen. Die Validierung und Verdichtung bereits identifizierter Konzepte wurde zudem durch den Umstand behindert, dass die Integration von Datenerhebung und -analyse nur bedingt realisierbar war.

Davon abgesehen könnte sich das Forschungsdesign negativ auf die Qualität der Ergebnisse ausgewirkt haben. Die einmalige Datenerhebung bot die Möglichkeit, einen Ist-Stand der Situation zu erfassen. Veränderungen, die zwischenzeitlich aufgetreten waren, ließen sich weniger gut abbilden. Dies war zum einen dem Umstand geschuldet, dass sich die Patient\*innen zum Teil nicht mehr genau an Zustände erinnern konnten, die vier Wochen zuvor geherrscht hatten. Zum anderen lag es daran, dass es im Rahmen eines einstündigen Interviews herausfordernd war, die Komplexität und Dynamik der jeweiligen Situation in vollem Umfang zu erfassen. In der Analyse erwies es sich mitunter als schwierig, die schmerzbedingte Beeinträchtigung von der durch andere Symptome abzugrenzen oder die Belastung durch Dauer- von jener durch Durchbruchschmerzen zu unterscheiden. Auch konnte ein möglicher Einfluss von Vorwissen, Heilungsprozess oder individuellen Persönlichkeitsmustern auf das Verhalten der Patient\*innen stellenweise mangels Informationen nicht eindeutig geklärt werden. Ebenso muss angemerkt werden, dass der Einfluss der Intervention fast ausschließlich auf Basis der Interviewdaten eingeschätzt wurde und Patient\*innen zum Teil widersprüchliche Angaben machten oder sich nicht mehr genau daran erinnern konnten aus welcher Quelle die Informationen stammten.

Insgesamt stellt sich auch die Frage, inwieweit sich die Methode des episodischen Interviews eignet, um derart komplexe Sachverhalte wie das Schmerzmanagement vor dem Hintergrund einer Maßnahme zur Förderung des Selbstmanagements bei krebisbedingten Schmerzen abzudecken. Aber auch, ob diese Erhebungsform in kognitiver Hinsicht zu anspruchsvoll für eine Zielgruppe ist, die schwerkranke Personen umfasst. In der Umsetzung fiel auf, dass die Patient\*innen überwiegend Probleme damit hatten, die Erzählanstöße zu verwerten und situationsspezifische Erfahrungen aus ihrem alltäglichen Schmerzmanagement zu schildern. Zudem fiel es ihnen schwer, selbständig einen Bezug zur Intervention herzustellen. Vonseiten der Forscherin war deshalb häufiges Nachfragen vonnöten, um die Relevanz der Intervention für das Tun der Patient\*innen zu explorieren, aber auch um die Komplexität der Gesamtsituation an sich erfassen zu können, ähnlich wie in einem bloßen leitfadengestützten Interview. Dadurch wurde inhaltlich und strukturell möglicherweise zu lenkend in das Interview eingegriffen und Betroffenen Raum für die Darstellung subjektiver Sicht- und Handlungsweisen genommen, was sich letztlich negativ auf die Fülle des generierten Datenmaterials ausgewirkt haben könnte.

Und schließlich ist auch anzunehmen, dass das im Zuge von Literaturstudium, persönlichen und beruflichen Erfahrungen erworbene Vorwissen Einfluss auf das Forschungsprojekt nahm, wenngleich versucht wurde, diesen durch Einsatz der eingangs erwähnten Strategien möglichst gering zu halten.

## 7.4 Implikationen für die Weiterentwicklung von ANtiPain

Auf Basis dieser Untersuchung zeichnete sich ein positiver Einfluss von *ANtiPain* auf das Selbstmanagement in Form des Abbaus von einstellungsbezogenen, praktischen und sensorischen Barrieren ab. Allerdings wurde auch deutlich, dass Patient\*innen mitunter nicht das Ausmaß an Unterstützung erhielten, dass im Hinblick auf ein optimales Verhalten in allen drei Dimensionen des Medikamentenmanagements nötig gewesen wäre. Dies lag daran, dass Interventionsinhalte im Rahmen des bestehenden Angebotes nicht entsprechend vermittelt werden konnten, oder zusätzliche Barrieren bestanden, die bislang zu wenig Berücksichtigung fanden. Es zeigt sich demnach Raum für Optimierung.

Im Rahmen künftiger Interventionen sollte eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Hintergrund erfolgen, den Patient\*innen für die Edukation mitbringen, v.a. im Hinblick auf ihre kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, ihre Überzeugungen und die Bedeutung, die sie ihrer Erkrankung und dessen Bewältigung beimessen. Faktoren, die die Aufnahmefähigkeit der Patient\*innen für Informationen oder ihre Bereitschaft, Empfehlungen umzusetzen, behindern könnten, wie z.B. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten oder ein abwehrender Bewältigungsstil, sollen dadurch frühzeitig erfasst und im Zuge der Umsetzung von *ANtiPain* gezielter adressiert werden können (Falvo, 2011; Kitchie, 2019; Schumacher, Koresawa, et al., 2002).

Damit Interventionspflegepersonen den individuellen Unterstützungsbedarf entsprechend einzuschätzen und darauf reagieren können, erscheint es wichtig, das Training zu intensivieren, insbesondere im Hinblick auf eine adäquate Umsetzung der Edukationsstrategie „academic detailing“ (Raphaelis et al., 2020). Ein praktische Übungsangebot unter sachkundiger Anleitung, beispielsweise anhand von Rollenspielen, könnte vorab dabei helfen, die kommunikativen Fähigkeiten der Interventionspflegepersonen zu verbessern und zu mehr Sicherheit in der Anwendung führen (Anthierens, Verhoeven, Schmitz, & Coenen, 2017). Im Rahmen der tatsächlichen Umsetzung könnten laufende Fallbesprechungen eine Gelegenheit bieten, um Herausforderungen und Lösungsansätze zu diskutieren. Eine audiografische Aufzeichnung der Interventionsgespräche würde in diesem Zusammenhang vermutlich eine Bereicherung darstellen. Zudem könnten diese Daten auch für die Beurteilung der Umsetzungstreue herangezogen werden und damit der Qualitätssicherung dienen (Schumacher et al., 2005).

Im Hinblick darauf, mögliche Ambivalenzen zwischen dem Beibehalten problematischer Verhaltensweisen und dem Anstreben einer Verhaltensänderung aufzudecken, Widerstände zu reduzieren und die Motivation zur Veränderung zu erhöhen, könnte es auch von Nutzen sein, Techniken der Kommunikationsmethode „motivational interviewing“ in die Gesprächsführung einzuflechten (Mertin & Müller, 2020).

Außerdem scheinen Angehörige eine wichtige Ressource im Edukationsprozess darzustellen, die künftig stärker berücksichtigt werden sollte. Entsprechend aufgeklärt und sensibilisiert könnten sie einerseits eine zusätzliche Bestärkungsfunktion übernehmen (Makhlouf, Pini, Ahmed, & Bennett, 2019;

Schumacher, West, et al., 2002), andererseits Hilfestellung bei der Verarbeitung und praktischen Umsetzung der Interventionsinhalte geben (Schumacher et al., 2014b).

Um eine eingehende Beschäftigung mit den individuellen Bedürfnissen von Patient\*innen ermöglichen zu können, erscheint es auch bedeutsam, mehr Fokus auf die Sicherstellung entsprechender zeitlicher Ressourcen zu legen. Dabei sollten Überlegungen angestellt werden, wie Interventionspflegepersonen im Arbeitsalltag so weit entlastet werden können, dass *ANtiPain* in keiner Arbeitsverdichtung resultiert. Eine systematische Analyse der bestehenden Arbeitsprozesse im Stationsbetrieb könnte möglicherweise helfen, ungenutztes Potenzial zu identifizieren. Außerdem könnte es von Vorteil sein, den direkten Dialog mit Ärzt\*innen zu suchen, in der Absicht, ein gemeinsames Verständnis für die Bedeutsamkeit pflegerischer Edukation im Behandlungsprozess zu schaffen. Dadurch ließe sich eventuell eine stärkere Berücksichtigung von *ANtiPain* im Rahmen der Entlassungsplanung erwirken und die Anzahl spontaner bzw. unzureichend kommunizierter Entlassungen reduzieren.

Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Intervention könnte es sich auch als förderlich erweisen, Zeitpunkt und Dauer der persönlichen Beratung zu überdenken. Die unmittelbar bevorstehende Entlassung kann eine Stresssituation darstellen und dazu führen, dass Patient\*innen in ihrer Konzentrations- und Merkfähigkeit eingeschränkt (Kitchie, 2019). Ein früherer Interventionsbeginn würde damit wahrscheinlich einen entspannteren Rahmen für die Vermittlung der Interventionsinhalte bieten und Patient\*innen gleichzeitig die Möglichkeit geben, bei Fragen nochmals persönlich mit der Interventionspflegeperson in Kontakt zu treten. Beim Vorliegen kognitiver Defizite könnte es generell von Vorteil sein, mehrere kürzere persönliche Beratungsgespräche während des stationären Aufenthaltes anzubieten, um die Komplexität zu reduzieren und ausreichend Gelegenheit zur Wiederholung zu schaffen (Mertin & Müller, 2020). Im Rahmen der telefonischen Begleitung sollte, sofern absehbar, auch auf eine zeitliche Abstimmung der Kontakte mit dem Auftreten von Beschwerden geachtet werden.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde deutlich, dass Patient\*innen mit besonders komplexen und dynamischen Schmerzsituationen zum Teil Schwierigkeiten hatten, den wechselnden Anforderungen gerecht zu werden, die sich nach Abschluss von *ANtiPain* stellten. In diesen Fällen erscheint grundsätzlich eine längerfristige Begleitung, im Idealfall über den gesamten Verlauf der Schmerzerfahrung (Schumacher, Koresawa, et al., 2002), und die Möglichkeit zum engmaschigen Austausch mit Fachpersonen von großer Bedeutsamkeit (Yamanaka, 2018). Angesichts begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen könnte sich hier ein abgestuftes Betreuungskonzept als hilfreich erweisen, um den zusätzlichen Unterstützungsbedarf abzudecken (Howell et al., 2021). *ANtiPain* wäre in diesem Fall als eine Basisleistung zu betrachten, die einen Teil der Routineversorgung darstellen und darauf abzielen würde, grundlegende Kompetenzen für das Selbstmanagement krebsbedingter Schmerzen zu vermitteln. Für Patient\*innen mit komplexeren Schmerzsituationen bestünde die Möglichkeit, das Unterstützungsangebot zu intensivieren. Denkbar wäre es, hierfür eine zentrale Anlaufstelle in der Ambulanz zu

etablieren, in der speziell ausgebildete und erfahrene Pflegeexpert\*innen „Advanced Nursing Practice“ onkologische Patient\*innen fundiert und multiprofessionell vernetzt beim Management verschiedenster Symptome begleiten.

Im Hinblick auf die Optimierung der Situation erscheint es schließlich auch wichtig, ärztlichen und systembezogenen Barrieren im Rahmen künftiger Implementierungen mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Eine Möglichkeit, dieses Problem zu adressieren, könnte darin bestehen, im Vorfeld verstärkt auf einen entsprechend förderlichen Rahmen für die Ausübung des Selbstmanagements zu achten, sodass von ärztlicher Seite entsprechende fachliche Kompetenzen und zeitliche Ressourcen für eine adäquate Betreuung der Patient\*innen gegeben sind. In diesem Zusammenhang wäre es zudem wichtig, die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Interventionspflegepersonen und den behandelnden Ärzt\*innen zu forcieren. Patient\*innen sollten im Bedarfsfall rasch und ohne Umwege an eine Therapieanpassung gelangen können. Interventionspflegeperson können hier eine wertvolle Vermittlungsfunktion einnehmen und einen Mehrwert für Patient\*innen generieren, indem sie rasch Kontakt zu den jeweiligen Ärzt\*innen herstellen, vorausgesetzt es besteht eine entsprechende Schnittstelle zu Personen mit einer Verordnungsbefugnis. Dabei erscheint es auch von Relevanz, die Kooperation mit Hausärzt\*innen zu intensivieren. Sie könnten insbesondere mit zunehmender räumlicher Entfernung zum Krankenhaus wertvolle Ansprechpersonen darstellen. Im Rahmen dieser Arbeit wurden sie von Patient\*innen mangels Expertise bzw. Beteiligung am Krankheitsgeschehen jedoch häufig nicht als Ressource eingestuft. Grundsätzlich wäre es auch denkbar, von Anfang an eine ganzheitlichere Strategie zur Optimierung des Schmerzmanagements zu verfolgen und *ANtiPain* in ein multidimensionales Unterstützungsangebot einzubetten, ähnlich der Herangehensweise von Luckett et al. (2019). Die Autor\*innen haben eine integrierte Maßnahme entwickelt, die zeitgleich einen Veränderungsprozess auf patient\*innenbezogener, ärztlicher und systembezogener Ebene anstoßen soll.

## **7.5 Implikationen für die Pflegeforschung**

Im Rahmen dieser Arbeit konnte ein erster Eindruck von der Bedeutsamkeit einer Maßnahme zur Förderung des Selbstmanagements von Patient\*innen mit krebisbedingten Schmerzen (*ANtiPain*) gewonnen werden. Diese Erkenntnisse sollten in weiterführenden Untersuchungen, am Beispiel von *ANtiPain* sowie darüber hinaus, validiert und weiterentwickelt werden, vorzugsweise unter Einbezug einer größeren Stichprobe und unter Umsetzung eines Längsschnittdesigns. Dadurch wäre es möglich, den Verlauf und die Komplexität des schmerzbezogenen Selbstmanagements umfassender abzubilden und Aussagen über die Nachhaltigkeit von *ANtiPain* zu treffen. Im Rahmen eines Vorher-Nachher-Vergleiches könnten interventionsbezogene Veränderungen vermutlich auch besser identifiziert werden. Im Rahmen von mehreren Erhebungszeitpunkten könnte zudem geprüft werden, ob sich die Methode des episodischen Interviews besser umsetzen lässt, wenn der komplexe Sachverhalt nicht in einem

Gespräch erschlossen werden muss und wenn den beteiligten Personen mehr Zeit zur Verfügung steht, um mit der besonderen Erhebungsform vertraut zu werden. Empfehlenswert wäre in diesem Zusammenhang auch die audiografische Aufzeichnung der Interventionsgespräche. Dadurch ließen sich zusätzliche Erkenntnisse in puncto Umsetzungstreue aber auch zu potenziellen weiteren inhaltlichen und strukturellen Schwächen des bestehenden Angebotes generieren. Auch der Einbezug der Perspektive der Interventionspflegepersonen könnte hier einen Mehrwert bieten.

Inhaltlich wäre in diesen Untersuchungen u.a. eine nähere Beschäftigung mit den Auswirkungen von *ANtiPain* abseits der Kompetenzerweiterung von Interesse. Welche Bedeutung wird der persönlichen Zuwendung beigemessen, die Patient\*innen im Rahmen der Intervention erfahren? Außerdem erscheint es relevant, die Rolle individueller Persönlichkeitsmuster im Prozess der Förderung des Selbstmanagements näher zu explorieren. Weiterer Forschungsbedarf zeigt sich insbesondere auch für Fragestellungen, die eine theoriegestützte Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden Wirkmechanismen derartiger Maßnahmen ermöglichen, ggf. unter Einbezug des „Behaviour Change Wheel“-Modells (Michie et al., 2011), um herauszufinden, wie Veränderung letztlich zustande kommt und welche Rolle Kompetenzerwerb und Selbstwirksamkeitserwartung dabei spielen. Nur dadurch ist es möglich, wirksame und zielgerichtete Angebote zu entwickeln.

Im Hinblick auf die Kontrolle ärztlicher und systembezogener Barrieren erscheint es zudem von Bedeutung, verstärkt multidimensionale Unterstützungsangebote zu entwickeln und testen, also Interventionen, die es ermöglichen, Barrieren für ein effektives Schmerzmanagement auf verschiedenen Ebenen zu adressieren. Davon abgesehen zeigt sich eine Notwendigkeit für den Auf- und Ausbau von Handlungsfeldern im Bereich der Versorgung von Patient\*innen mit krebsbedingten Schmerzen, in denen Pflegeexpert\*innen „Advanced Nursing Practice“ tätig werden können.

Wesentlich erscheint schließlich auch eine Analyse der Langzeiteffekte verschiedene pflegerischer Versorgungsmodelle, insbesondere in ökonomischer Hinsicht.

## **Anhang**

Anhang 1: Patient\*inneninformation

Anhang 2: Einwilligungserklärung

Anhang 3: Interviewleitfaden

Anhang 4: Zusammenfassung

Anhang 5: Abstract

## Patient\*inneninformation

zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt:

***Evaluierung einer Maßnahme zur Verbesserung der pflegerischen Unterstützung beim Selbstmanagement krebsbedingter Schmerzen unter Einbezug der Patient\*innenperspektive – eine qualitative Erhebung im Rahmen einer derzeit laufenden Wirksamkeitsstudie (EvANtiPain)***

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Abschlussarbeit für das Masterstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien beschäftige ich mich mit der Weiterentwicklung einer Maßnahme zur Verbesserung der pflegerischen Unterstützung von Patient\*innen, die mit krebsbedingten Schmerzen nachhause entlassen werden. Ich lade Sie ein, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, da Sie aktuell an der Studie *EvANtiPain* von Frau Dr. phil. Antje Koller teilnehmen oder kürzlich teilgenommen haben und ich mich für Ihre Erfahrungen interessiere, die Sie im Zuge dessen hinsichtlich der Bewältigung Ihrer krebsbedingten Schmerzen im Alltag gemacht haben. Die vorliegende Information dient dazu, Sie über den Ablauf meines Forschungsprojektes zu informieren und soll Ihnen eine Entscheidungshilfe zur Teilnahme bieten. Die Aufklärung darüber erfolgt separat in einem persönlichen Gespräch.

**Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt erfolgt freiwillig und Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Eine Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische und pflegerische Betreuung.**

Forschungsprojekte wie dieses sind notwendig, um neue und verlässliche wissenschaftliche Ergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung dieses Forschungsprojekt ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen. Unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung am Ende dieses Schreibens bitte nur,

- wenn Sie Art und Ablauf des Forschungsprojektes vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer\*in an diesem Forschungsprojekt im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patient\*inneninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

### **1. Was ist der Zweck dieses Forschungsprojektes?**

Schmerzen sind ein häufig auftretendes Symptom im Rahmen von Krebserkrankungen und stellen bei einer Unterbehandlung eine große Belastung für betroffene Personen dar. Die Gründe für eine Unterbehandlung der Schmerzen können vielfältig sein. Ein Ansatz zur Optimierung der Situation besteht in der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Unterstützung von Patient\*innen, die mit krebsbedingten Schmerzen aus dem Krankenhaus nachhause entlassen werden. Man spricht hier auch von einer Förderung des Selbstmanagements.

Studien, die den Erfolg solcher Maßnahmen untersucht haben, konnten bisher zwar positive Ergebnisse im Hinblick auf die Senkung der Schmerzstärke zeigen. Derzeit ist allerdings noch unklar, wie bedeutsam diese Ergebnisse letztendlich für die betroffenen Patient\*innen sind und es bedarf hier weiterer Forschung.

Aktuell wird im Allgemeinen Krankenhaus Wien, im Krankenhaus Hietzing und im Wilhelminenspital eine Studie zur Verbesserung des Selbstmanagements bei Patient\*innen mit krebsbedingten Schmerzen durchgeführt (*EvANtiPain*). Um die Auswirkungen der untersuchten Maßnahme und ihre Bedeutsamkeit für die Patient\*innen möglichst umfassend beurteilen zu können, möchte ich im Rahmen meiner Abschlussarbeit nun zusätzlich die Sichtweisen und Erfahrungen von Patient\*innen näher beleuchten, die an *EvANtiPain* teilgenommen haben. Die Erkenntnisse meines Forschungsprojektes sollen dazu beitragen, künftige Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Unterstützung von Patient\*innen mit krebsbedingten Schmerzen noch besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen abstimmen zu können.

### **2. Wie läuft das Projekt ab?**

Sollten Sie sich für eine Teilnahme an diesem Forschungsprojekt entscheiden, werde ich mit Ihnen einen Termin für ein persönliches Gespräch vereinbaren. Sie können frei darüber entscheiden, wann und wo dieser Termin stattfindet. Im Rahmen dieses Gespräches stelle ich Ihnen einige Fragen zur oben genannten Thematik. Es wird ca. ½ bis 1 Stunde dauern und mit einem Audiorecorder aufgezeichnet.



### **3. Wie werden die Gesprächsaufzeichnungen verwendet?**

Sämtliche im Rahmen des Forschungsprojektes erhobenen Informationen werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und weiterverwendet. Dies schließt eine öffentlich zugängliche Abschlussarbeit, Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften und Vorträge im Rahmen wissenschaftlicher Kongresse ein. Die Abschlussarbeit lasse ich Ihnen nach der Fertigstellung gerne zukommen, sofern Sie dies möchten.

### **4. Wie wird der Datenschutz gewährleistet?**

Alle im Rahmen dieses Forschungsprojektes gesammelten Daten (audiografische Aufzeichnung, Interviewverschriftlichung) werden streng vertraulich behandelt. Ich als Projektleiterin bin auch der Verschwiegenheit verpflichtet. Alle Daten, die Rückschluss auf Ihre Person zulassen, werden anonymisiert. Die audiografischen Aufzeichnungen der Gespräche und die verschriftlichten Gespräche werden an einem sicheren Ort verwahrt, sodass Dritte keinen Zugriff darauf haben. Die Gesprächsaufzeichnungen werden unmittelbar nach der Verschriftlichung gelöscht.

Auf Ihren Wunsch können sämtliche Aufzeichnungen jederzeit und ohne Angaben von Gründen vernichtet bzw. gelöscht werden, sofern diese nicht in anonymisierter Form bereits in meine Abschlussarbeit oder in wissenschaftliche Fachbeiträge eingearbeitet bzw. veröffentlicht wurden.

### **5. Worin liegt der Nutzen Ihrer Teilnahme an diesem Projekt?**

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie durch die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt einen direkten Nutzen ziehen können. Allerdings können die durch das Gespräch gewonnen Erkenntnisse einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Unterstützung von Patient\*innen mit krebsbedingten Schmerzen leisten.

### **6. Welche Risiken sind zu erwarten?**

Die Teilnahme an diesem Projekt birgt keine Risiken für Sie. Sollten Sie sich durch die Beantwortung der Fragen in irgendeiner Form unwohl oder belastet fühlen, können Sie eine Beantwortung ablehnen. Wir können das Interview in diesem Fall auch komplett abbrechen.

### **7. Kostet die Teilnahme an dem Projekt etwas? Gibt es eine Vergütung?**

Durch die Teilnahme an dem Projekt entstehen für Sie keinerlei Kosten und Sie erhalten für die Teilnahme keine Entschädigung.

Ich freue mich, wenn ich Ihr Interesse für eine Teilnahme an diesem Forschungsprojekt wecken konnte.  
Für weitere Fragen können Sie mich gerne per E-Mail oder telefonisch kontaktieren.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

*Name und Unterschrift der Projektleiterin*

Universität Wien

Institut für Pflegewissenschaft

***Kontaktdaten der Projektleiterin***

## Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt:

***Evaluierung einer Maßnahme zur Verbesserung der pflegerischen Unterstützung beim Selbstmanagement krebsbedingter Schmerzen unter Einbezug der Patient\*innenperspektive – eine qualitative Erhebung im Rahmen einer derzeit laufenden Wirksamkeitsstudie (EvANtiPain)***

Ich wurde über das Forschungsprojekt, dessen Inhalt und Ziel sowie Nutzen und Risiken aufgeklärt. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patient\*inneninformation und Einwilligungserklärung, die insgesamt 5 Seiten umfasst, gelesen. Meine offenen Fragen zum Forschungsprojekt wurden ausführlich und verständlich beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich aus freiem Willen für die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten aufgezeichnet werden. Sie werden anonym gespeichert, sodass keine Rückschlüsse auf meine Person gezogen werden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten aus dem Gespräch für wissenschaftliche Zwecke verwendet und eventuell veröffentlicht werden. Durch die Beteiligung an diesem Forschungsprojekt entstehen für mich keine Risiken oder Kosten. Für die Teilnahme erhalte ich keine finanzielle Honorierung.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich hiermit die freiwillige und informierte Teilnahme.

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Projektleiterin.

---

(Datum, Name & Unterschrift der Patient\*in)

---

(Datum, Name & Unterschrift der Projektleitung)

## Interviewleitfaden

**EINSTIEG:** *Ich würde zu Beginn gerne ein besseres Verständnis von Ihrer derzeitigen Schmerzsituation bekommen und würde Sie deshalb bitten, dass Sie mir ...*

---

- erzählen, wie es ihnen denn momentan mit den Schmerzen geht.
- Was verbinden Sie denn mit dem Wort „Schmerz“? Was heißt das denn für Sie „den Schmerz unter Kontrolle zu haben“?
- Wenn Sie jetzt zurückdenken an die Zeit, wo die Schmerzen noch stärker werden, können Sie mir da einmal so eine Situation beschreiben, in der Sie starke Schmerzen gehabt haben, damit ich mir das ein bisschen besser vorstellen kann.
- Inwiefern wurden Sie denn aufgrund der Schmerzen daran gehindert, das zu tun, was Sie tun wollten?
- In Bezug auf die Schmerzen jetzt, wie würde da ein sehr guter Tag für Sie aussehen, beschreiben Sie mir das bitte einmal.

**SCHMERZMANAGEMENT:** *Ich möchte jetzt mit Ihnen darüber sprechen, was Sie tun, um Ihre Schmerzen im Alltag in den Griff zu bekommen.*

---

- Wenn Sie jetzt nochmal an diese Situation denken, was haben Sie denn da gemacht, damit die Schmerzen weniger werden? Was könnte ich dann beobachten, dass Sie machen oder vielleicht sagen Sie auch etwas, was könnte ich dann hören?
- Wenn Sie jetzt an die Betreuungssituation, Herausforderungen im Alltag/eine Situation denken, in der Sie Ihre Schmerzen nicht gut in den Griff bekommen konnten oder an den Behandlungsplan denken, was hätten Sie sich denn da gewünscht, das anders gelaufen wäre?
- Ich habe den Eindruck, Sie fühlen sich sicher/unsicher im Umgang mit Ihren Schmerzen. Sehen Sie das auch so? Was denken Sie, wodurch das beeinflusst wurde?
- Was denken Sie, hat dazu beigetragen, dass sich Ihre Situation verbessert hat? Was denken Sie, welche Rolle spielten dabei das Gespräch und das Telefonat, dass sie mit der PP ... aus dem Krankenhaus ... hatten?

**ANTIPAIN:** *Ich möchte jetzt mit Ihnen über das Gespräch sprechen, dass Sie mit PP ... vor ein paar Wochen im KH ... geführt haben. Dabei ging es ja um ihre Schmerzen.*

---

- Wie kann ich mir denn das vorstellen, worüber haben Sie denn da in diesem Gespräch gesprochen?
- Was wissen Sie jetzt, was Sie vorher nicht gewusst haben?
- Wie ging es Ihnen denn mit diesen Informationen dann im Alltag? Was konnten Sie davon im Alltag umsetzen? Warum (nicht)?
- Wie war das bei den Telefonaten?
- Was hat sich dadurch verändert? im Hinblick auf die Schmerzen und/oder andere Bereiche?
- Inwieweit konnten Probleme gelöst werden?
- Was denken Sie, wie wäre es Ihnen mit Ihren Schmerzen gegangen, wenn Sie diese Gespräche nicht gehabt hätten?
- Welche Unterschiede, wenn überhaupt, haben Sie denn festgestellt, zwischen dem Umgang mit Ihren Schmerzen vor dem Gespräch und nach dem Gespräch?
- Wenn wir uns nun über die Auswirkungen von ... unterhalten. Einige TN haben beschrieben, dass ..., andere TN haben beschrieben, dass ... Welchen Einfluss hatte ... auf Sie?
- Was war am hilfreichsten? Was hätten Sie zusätzlich gebraucht?
- Was denken Sie, welchen Einfluss hatten denn die Gespräche auf das was Sie gedacht, gefühlt, getan haben?

#### **ABSCHLUSS:**

---

- Gibt es denn etwas, das Sie sonst noch gerne ansprechen möchten?

#### **VERTIEFUNGSFRAGEN:**

---

- Was ist für Sie in diesem Moment wichtig? Wie wichtig war das für Sie? Was ist sonst noch wichtig für Sie?
- Bitte erzählen Sie mir eine Situation anhand derer mir das deutlich wird. Können Sie mir mehr über ... erzählen? Können Sie ... näher beschreiben? Wie sah das konkret aus?
- Was denken Sie über ...? Was fühlen Sie ...? Wie geht es Ihnen damit?
- Sie haben vorhin erwähnt, dass ... Können Sie mir erklären, was das heißt?

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Krebsbedingte Schmerzen gelten in vielen Fällen nach wie vor als unzureichend kontrolliert, was eine erhebliche Belastung für Betroffene nach sich zieht. Fehlende Kompetenzen bei Patient\*innen im Hinblick auf eine effektive Umsetzung der medikamentösen Therapieempfehlungen stellen eine mögliche Ursache für die Problematik dar. Edukative Maßnahmen, die zur Förderung des schmerzbezogenen Selbstmanagements eingesetzt wurden, haben sich als wirksam erwiesen. Deren tatsächliche Bedeutsamkeit im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements konnte bislang allerdings nicht ausreichend geklärt werden. Eine laufende quantitative Wirksamkeitsstudie der edukativen Maßnahme *ANtiPain (EvANtiPain)* wurde deshalb als Anlass für eine nähere Auseinandersetzung mit der Thematik genommen.

**Ziel:** Zielsetzung dieser Arbeit war es, die Bedeutsamkeit von *ANtiPain* im Hinblick auf die Optimierung des Schmerzmanagements einzuschätzen. Hierfür wurde untersucht, welche Maßnahmen Patient\*innen im Rahmen der Bewältigung ihrer Schmerzen warum und mit welchem Ergebnis ergriffen, und welche Rolle *ANtiPain* in diesem Prozess letztlich spielte.

**Methodik:** Im Rahmen eines qualitativen Evaluationsansatzes wurden neun episodische Interviews mit Studienteilnehmer\*innen von *EvANtiPain* geführt. Die Auswertung erfolgte nach den im Rahmen der Grounded Theory Methodologie beschriebenen Schritten des offenen und axialen Kodierens.

**Ergebnisse:** Im Rahmen der Datenanalyse präsentierte sich ein sehr heterogenes Bild vom Umgang der Patient\*innen mit ihren Schmerzen nach dem Erhalt von *ANtiPain*. Die Patient\*innen verfügten über unterschiedlich ausgeprägte Handlungsspielräume und machten dementsprechend von effektiveren und weniger effektiven Strategien Gebrauch. Weniger wirksame Verhaltensweisen ließen sich vorrangig über ein unzureichendes Unterstützungspotenzial der Intervention erklären. Ebenso hinderten unkontrollierbare Nebenwirkungen und fehlendes Vertrauen in die behandelnden Ärzt\*innen Patient\*innen daran, Maßnahmen zu ergreifen, die ihnen ein größeres Ausmaß an Schmerzerleichterung ermöglicht hätten. Der Beitrag, den *ANtiPain* im Prozess der Schmerzbewältigung leistete, reichte bei den meisten Patient\*innen nicht aus, um eine umfassende und konstante Schmerzerleichterung zu erzielen. Die Intervention ist dennoch als bedeutsam einzustufen, da vor dem Hintergrund der belastenden Gesamtsituation jegliche Form von Entlastung als positiv erachtet wird.

**Schlussfolgerungen:** Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass der inhaltliche Fokus von *ANtiPain* Relevanz besitzt. Jedoch sollten Überlegungen angestellt werden, wie die Inhalte im Rahmen künftiger Interventionen zielführender vermittelt werden können. Ebenso sollte das Augenmerk verstärkt auf die Kontrolle von ärztlichen bzw. systembezogenen Barrieren gerichtet werden.

**Schlüsselwörter:** Schmerz, Krebs, Selbstmanagement, Patientenedukation, Qualitative Studie

## Abstract

**Background:** Cancer-related pain is still considered to be inadequately controlled in many cases. This results in a considerable burden for those affected. Insufficient skills among patients regarding effective implementation of medication regimens are suggested to be an important cause of the problem. Educational interventions aimed at improving cancer patients' pain-related self-management behaviour have shown to be effective. However, their actual significance in terms of optimizing pain management has yet to be sufficiently clarified. An ongoing effectiveness trial of the cancer pain self-management support intervention *ANtiPain (EvANtiPain)* was therefore used to take a closer look at the topic.

**Aim:** The objective of this study was to evaluate the relevance of *ANtiPain* in terms of optimizing cancer-related pain management. Which measures patients adopted to manage their pain was investigated, as well as why specific behaviours were chosen and their subsequent consequences.

**Methods:** In the context of a qualitative evaluation approach nine episodic interviews were conducted with patients who completed *ANtiPain*. The analysis was performed according to the process of open and axial coding as described within the Grounded Theory Methodology.

**Results:** The data analysis revealed a very heterogeneous picture of patients' pain management after receiving *ANtiPain*. Depending on individual circumstances they made use of strategies with different degrees of effectiveness. Less effective behaviours could primarily be explained by insufficient support through *ANtiPain*. Similarly, uncontrollable side effects and lack of trust in the treating physicians prevented patients from taking measures that might have provided them with a greater degree of pain relief. For most patients, the contribution of *ANtiPain* was not sufficient to achieve comprehensive and consistent pain relief. Nevertheless, the intervention is classified as significant, as any form of relief is considered positive in the context of the stressful overall situation.

**Conclusions:** This work has shown that the content of *ANtiPain* provides valuable support. However, consideration should be given on how to communicate this content in a more target-oriented manner in future interventions. Likewise, more attention should be paid on the control of physician- or system-related barriers.

**Keywords:** Pain, Cancer, Self-management, Patient education, Qualitative study

## Literaturverzeichnis

- Adam, R., Bond, C., & Murchie, P. (2015). Educational interventions for cancer pain. A systematic review of systematic reviews with nested narrative review of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 98(3), 269-282. doi:10.1016/j.pec.2014.11.003
- Anthierens, S., Verhoeven, V., Schmitz, O., & Coenen, S. (2017). Academic detailers' and general practitioners' views and experiences of their academic detailing visits to improve the quality of analgesic use: Process evaluation alongside a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 17(1), 841. doi:10.1186/s12913-017-2797-8
- Bandura, A. (1989). Self-efficacy mechanisms in psychological activation and health promoting behavior. In Madden, J. R., Matthyse, S., & Barchas, J. (Hrsg.), *Adaptation, learning and affect* (S. 1-51). New York: Raven.
- Bastable, S. B., & Gonzalez, K. M. (2019). Overview of Education in Health Care. In Bastable, S. B. (Hrsg.), *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5. Aufl., S. 40-109). Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Bennett, M. I. (2017). Mechanism-based cancer-pain therapy. *Pain*, 158 Suppl 1, 74-78. doi:10.1097/j.pain.0000000000000825
- Bennett, M. I., Bagnall, A. M., & Jose Closs, S. (2009). How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*, 143(3), 192-199. doi:10.1016/j.pain.2009.01.016
- Bennett, M. I., Eisenberg, E., Ahmedzai, S. H., Bhaskar, A., O'Brien, T., Mercadante, S., . . . Morlion, B. (2019). Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on cancer pain. *European Journal of Pain*, 23(4), 660-668. doi:10.1002/ejp.1346
- Bennett, M. I., Flemming, K., & Closs, S. J. (2011). Education in cancer pain management. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 5(1), 20-24. doi:10.1097/SPC.0b013e328342c607
- Bennett, M. I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., & Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic cancer-related pain. *Pain*, 160(1), 38-44. doi:10.1097/j.pain.0000000000001363
- Bennett, M. I., Rayment, C., Hjermstad, M., Aass, N., Caraceni, A., & Kaasa, S. (2012). Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: A systematic review. *Pain*, 153(2), 359-365. doi:10.1016/j.pain.2011.10.028
- Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., de Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. J., . . . Dow, L. (2009). Cancer-related pain: A pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology*, 20(8), 1420-1433. doi:10.1093/annonc/mdp001
- Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort. (2021). Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). Zugriff am 13. Mai 2021 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
- Campling, N., Richardson, A., Mulvey, M., Bennett, M., Johnston, B., & Latter, S. (2017). Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals' perspectives on managing medicines. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 45-54. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.019
- Caraceni, A., & Shkodia, M. (2019). Cancer pain assessment and classification. *Cancers (Basel)*, 11(4). doi:10.3390/cancers11040510
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2. Aufl.). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory* (4. Aufl.). Thousand Oaks, London, New Delhi, Singapore: SAGE.



- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1988). *Unending work and care. Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587-592. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010
- Davies, A. N., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A. M., & Zeppetella, G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13(4), 331-338. doi:10.1016/j.ejpain.2008.06.014
- Davis, G. C. (1992). The meaning of pain management: A concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 77-86. doi: 10.1097/00012272-199209000-00010
- de Giorgio, R., Zucco, F. M., Chiarioni, G., Mercadante, S., Corazziari, E. S., Caraceni, A., . . . Pinto, C. (2021). Management of opioid-induced constipation and bowel dysfunction: Expert opinion of an Italian multidisciplinary panel. *Advances in Therapy*. doi:10.1007/s12325-021-01766-y
- de Vries, F., Bruin, M., Lobatto, D. J., Dekkers, O. M., Schoones, J. W., van Furth, W. R., . . . Zamanipoor Najafabadi, A. H. (2020). Opioids and their endocrine effects: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(3), 1020-1029. doi:10.1210/clinem/dgz022
- Deshields, T. L., Potter, P., Olsen, S., & Liu, J. (2014). The persistence of symptom burden: Symptom experience and quality of life of cancer patients across one year. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1089-1096. doi:10.1007/s00520-013-2049-3
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2015). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*. Osnabrück.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollst. überarb., aktual. und erw. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ekstedt, M., & Rustoen, T. (2019). Factors that hinder and facilitate cancer patients' knowledge about pain management-A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 753-760. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.12.334
- Elissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M., Chevreur, K., Conklin, A., . . . Vrijhoef, H. (2013). Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*, 13(1), 117. doi:10.1186/1472-6963-13-117
- Esther Kim, J. E., Dodd, M. J., Aouizerat, B. E., Jahan, T., & Miaskowski, C. (2009). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 715-736. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.04.018
- Falvo, D. R. (2011). *Effective patient teaching. A guide to increased adherence* (4. Aufl.). Sudbury, Ontario, London: Jones and Bartlett Publishers.
- Flemming, K. (2010). The use of morphine to treat cancer-related pain: A synthesis of quantitative and qualitative research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 139-154. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.05.014
- Flemming, K., Closs, S. J., Hughes, N. D., & Bennett, M. I. (2016). Using qualitative research to overcome the shortcomings of systematic reviews when designing of a self-management intervention for advanced cancer pain. *International Journal of Qualitative Methods*, 15(1). doi:10.1177/1609406916670656
- Flick, U. (2006). Interviews in der qualitativen Evaluationsforschung. In Flick, U. (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzung* (S. 214-232). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt.

- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78. doi:10.1177/0269216313486310
- Greco, M. T., Roberta, A., Corli, O., Deandrea, S., Bandieri, E., Cavuto, S., & Apolone, G. (2014). Quality of cancer pain management: An update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(36), 4149-4154. doi:10.1200/jco.2014.56.0383
- Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., . . . Wiernikowski, J. (2010). Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice. *Clinical Journal of Pain*, 26(6), 449-462. doi:10.1097/AJP.0b013e3181d6d62
- Gudin, J. A., Laitman, A., & Nalamachu, S. (2015). Opioid related endocrinopathy. *Pain Medicine*, 16 Suppl 1, 9-15. doi:10.1111/pme.12926
- Gunnarsdottir, S., Sigurdardottir, V., Kloke, M., Radbruch, L., Sabatowski, R., Kaasa, S., & Klestad, P. (2017). A multicenter study of attitudinal barriers to cancer pain management. *Supportive Care in Cancer*, 25(11), 3595-3602. doi:10.1007/s00520-017-3791-8
- Hackett, J., Godfrey, M., & Bennett, M. I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*, 30(8), 711-719. doi:10.1177/0269216316628407
- Hadi, M. A., Alldred, D. P., Briggs, M., Marczewski, K., & Closs, S. J. (2017). 'Treated as a number, not treated as a person': A qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ Open*, 7(6), Artikel e016454. doi:10.1136/bmjopen-2017-016454
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors--A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181. doi:10.2190/PM.40.2.c
- Hjermstad, M. J., Kaasa, S., Caraceni, A., Loge, J. H., Pedersen, T., Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Characteristics of breakthrough cancer pain and its influence on quality of life in an international cohort of patients with cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(3), 344-352. doi:10.1136/bmjspcare-2015-000887
- Hochstenbach, L. M. J., Zwakhalen, S. M. G., Courtens, A. M., van Kleef, M., & de Witte, L. P. (2016). Feasibility of a mobile and web-based intervention to support self-management in outpatients with cancer pain. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 97-105. doi:10.1016/j.ejon.2016.03.009
- Howell, D., Mayer, D. K., Fielding, R., Eicher, M., Verdonck-de Leeuw, I. M., Johansen, C., . . . Koczwara, B. (2021). Management of cancer and health after the clinic visit: A call to action for self-management in cancer care. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(5), 523-531. doi:10.1093/jnci/djaa083
- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., . . . Kennedy, C. (2014). Theory of Symptom Management. In Smith, M. J., & Liehr, P. R. (Hrsg.), *Middle Range Theory for Nursing* (3. Aufl., S. 141-164). New York: Springer.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). Cancer Fact Sheets. All Cancers. Zugriff am 13. Mai 2021 unter <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
- Jacobsen, R., Liubarskiene, Z., Moldrup, C., Christrup, L., Sjogren, P., & Samsanaviciene, J. (2009). Barriers to cancer pain management: A review of empirical research. *Medicina (Kaunas)*, 45(6), 427-433.
- Jacobsen, R., Moldrup, C., Christrup, L., & Sjogren, P. (2009). Patient-related barriers to cancer pain management: A systematic exploratory review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 190-208. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00601.x
- Jara, C., Del Barco, S., Gravalos, C., Hoyos, S., Hernandez, B., Munoz, M., . . . de Las Penas, R. (2018). SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). *Clinical and Translational Oncology*, 20(1), 97-107. doi:10.1007/s12094-017-1791-2
- Kitchie, S. (2019). Determinants of Learning. In Bastable, S. B. (Hrsg.), *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5. Aufl., S. 305-427). Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

- Koller, A. (2016). *Evaluation of the project "Improvement of nurse-led self-management support for patients with cancer-related pain": An accompanying cluster randomized study with a stepped wedge design*. Wien
- Koller, A., Gaertner, J., De Geest, S., Hasemann, M., & Becker, G. (2018). Testing the implementation of a pain self-management support intervention for oncology patients in clinical practice: A randomized controlled pilot study (ANtiPain). *Cancer Nursing, 41*(5), 367-378. doi:10.1097/ncc.0000000000000502
- Koller, A., Hasemann, M., Jaroslowski, K., De Geest, S., & Becker, G. (2014). Testing the feasibility and effects of a self-management support intervention for patients with cancer and their family caregivers to reduce pain and related symptoms (ANtiPain): Study protocol of a pilot study. *Open Journal of Nursing, 4*, 85-94. doi:10.4236/ojn.2014.42012
- Koller, A., Miaskowski, C., De Geest, S., Opitz, O., & Spichiger, E. (2012a). A systematic evaluation of content, structure, and efficacy of interventions to improve patients' self-management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 44*(2), 264-284. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.08.015
- Koller, A., Miaskowski, C., De Geest, S., Opitz, O., & Spichiger, E. (2012b). Testung einer Intervention zur Unterstützung des Schmerzselbstmanagements bei onkologischen Patienten: Eine Mixed-Methods Pilotstudie. *Pflege, 25*(4), 305-306. doi:10.1024/1012-5302/a000218
- Koller, A., Miaskowski, C., De Geest, S., Opitz, O., & Spichiger, E. (2013). Results of a randomized controlled pilot study of a self-management intervention for cancer pain. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(3), 284-291. doi:10.1016/j.ejon.2012.08.002
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Loza, J. K., Carpenter, J. S., & Tu, W. (2010). The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 40*(3), 327-341. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.12.023
- Kromrey, H. (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept: Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung; Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 24*(2), 105-131.
- Kröner-Herwig, B. (2011). Schmerz als biopsychosoziales Phänomen - eine Einführung. In Herwig, J., Frettlöh, J., Klinger, R., & Nilges, P. (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (S. 3-14). Heidelberg: Springer.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kwon, J. H. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology, 32*(16), 1727-1733. doi:10.1200/jco.2013.52.4827
- Lewin, S., Hendry, M., Chandler, J., Oxman, A. D., Michie, S., Shepperd, S., . . . Noyes, J. (2017). Assessing the complexity of interventions within systematic reviews: Development, content and use of a new tool (iCAT\_SR). *BMC Medical Research Methodology, 17*(1), 76. doi:10.1186/s12874-017-0349-x
- Lin, C. C., Chou, P. L., Wu, S. L., Chang, Y. C., & Lai, Y. L. (2006). Long-term effectiveness of a patient and family pain education program on overcoming barriers to management of cancer pain. *Pain, 122*(3), 271-281. doi:10.1016/j.pain.2006.01.039
- López López, R., Camps Herrero, C., Khosravi-Shahi, P., Guillem Porta, V., Carrato Mena, A., Garcia-Foncillas, J., . . . Aranda Aguilar, E. (2018). Oncologist's knowledge and implementation of guidelines for breakthrough cancer pain in Spain: CONOCE study. *Clinical and Translational Oncology, 20*(5), 613-618. doi:10.1007/s12094-017-1756-5
- Lovell, M. R., Lockett, T., Boyle, F. M., Phillips, J., Agar, M., & Davidson, P. M. (2014). Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *Journal of Clinical Oncology, 32*(16), 1712-1720. doi:10.1200/JCO.2013.52.4850
- Lockett, T., Davidson, P. M., Boyle, F., Liauw, W., Agar, M., Green, A., & Lovell, M. (2014). Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: perspectives of oncologists. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 10*(2), Artikel e99-107. doi:10.1111/ajco.12040

- Luckett, T., Davidson, P. M., Green, A., Boyle, F., Stubbs, J., & Lovell, M. (2013). Assessment and management of adult cancer pain: A systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *46*(2), 229-253. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.07.021
- Luckett, T., Davidson, P. M., Green, A., Marie, N., Birch, M. R., Stubbs, J., . . . Lovell, M. (2019). Development of a cancer pain self-management resource to address patient, provider, and health system barriers to care. *Palliative & Supportive Care*, *17*(4), 472-478. doi:10.1017/s1478951518000792
- Lüscher-Buffet, C., Koller, A., Schaefer, I., & Spichiger, E. (2012). Entscheidungswege von onkologischen Patienten im Umgang mit Schmerzmedikamenten im häuslichen Umfeld: Eine qualitative Sekundäranalyse. *Pflege*, *25*(5), 353-362. doi:10.1024/1012-5302/a000231
- Ma, Y., He, B., Jiang, M., Yang, Y., Wang, C., Huang, C., & Han, L. (2020). Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *111*, Artikel 103707. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103707
- Makhlouf, S. M., Pini, S., Ahmed, S., & Bennett, M. I. (2019). Managing pain in people with cancer-A systematic review of the attitudes and knowledge of professionals, patients, caregivers and public. *Journal of Cancer Education*, *35*, 214-240. doi:10.1007/s13187-019-01548-9
- Manzano, A., Ziegler, L., & Bennett, M. (2014). Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: A longitudinal qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(13-14), 1877-1888. doi:10.1111/jocn.12447
- Marie, N., Luckett, T., Davidson, P. M., Lovell, M., & Lal, S. (2013). Optimal patient education for cancer pain: A systematic review and theory-based meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, *21*(12), 3529-3537. doi:10.1007/s00520-013-1995-0
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium* (4. vollst. überarb. Aufl.). Wien: Facultas.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer Journal for Clinicians*, *61*(1), 50-62. doi:10.3322/caac.20093
- Meghani, S. H., & Knafl, G. J. (2016). Patterns of analgesic adherence predict health care utilization among outpatients with cancer pain. *Patient preference and adherence*, *10*, 81-98. doi:10.2147/PPA.S93726
- Mercadante, S., Lazzari, M., Reale, C., Cuomo, A., Fusco, F., Marchetti, P., . . . Dauri, M. (2015). Italian Oncological Pain Survey (IOPS): a multicentre Italian study of breakthrough pain performed in different settings. *Clinical Journal of Pain*, *31*(3), 214-221. doi:10.1097/ajp.0000000000000161
- Merdin, A., Merdin, F. A., Gündüz, Ş., Bozcuk, H., & Coşkun, H. (2016). Opioid endocrinopathy: A clinical problem in patients with cancer pain. *Experimental and Therapeutic Medicine*, *11*(5), 1819-1822. doi:10.3892/etm.2016.3156
- Mertin, M., & Müller, I. (2020). *Edukativen Aktivitäten und Interventionen in der Pflege. Chronisch Kranke beraten, anleiten, schulen* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Miaskowski, C., Dodd, M., West, C., Schumacher, K., Paul, S., Tripathy, D., & Koo, P. (2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, *22*(9), 1713-1720. doi: 10.1200/JCO.2004.06.140
- Miaskowski, C., Dunn, L., Ritchie, C., Paul, S. M., Cooper, B., Aouizerat, B. E., . . . Yates, P. (2015). Latent class analysis reveals distinct subgroups of patients based on symptom occurrence and demographic and clinical characteristics. *Journal of Pain and Symptom Management*, *50*(1), 28-37. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.12.011
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, *6*, 42. doi:10.1186/1748-5908-6-42
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE.
- Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin, München, Boston: Walter de Gruyter GmbH.

- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., . . . Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, *350*:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2021). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Adult Cancer Pain (Version 2.2021). Zugriff am 28. September 2021 unter [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/pain.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf)
- Neuhorst, S. (2015). Pilotstudie zur Implementierung einer Intervention für onkologische Patienten und Angehörige zur Unterstützung des Selbstmanagements von Schmerzen und damit assoziierten Symptomen: Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Intervention und der Studienteilnahme. (Masterarbeit). Basel: Medizinische Fakultät, Institut für Pflegewissenschaft.
- Neustadt, K., Deckert, S., Kopkow, C., Preissler, A., Bosse, B., Funke, C., . . . Kaiser, U. (2017). What does pain intensity mean from the patient perspective? A qualitative study on the patient perspective of pain intensity as an outcome parameter in treatment evaluation and on the interpretability of pain intensity measurements. *Schmerz*, *31*(6), 580-593. doi:10.1007/s00482-017-0234-x
- Numico, G., Cristofano, A., Mozzicafreddo, A., Cursio, O. E., Franco, P., Courthod, G., . . . Silvestris, N. (2015). Hospital admission of cancer patients: avoidable practice or necessary care? *PLoS One*, *10*(3), Artikel e0120827. doi:10.1371/journal.pone.0120827
- Oldenmenger, W. H., Baan, M. A. G., & van der Rijt, C. C. D. (2018). Development and feasibility of a web application to monitor patients' cancer-related pain. *Supportive Care in Cancer*, *26*(2), 635-642. doi:10.1007/s00520-017-3877-3
- Oldenmenger, W. H., Geerling, J. I., Mostovaya, I., Vissers, K. C. P., de Graeff, A., Reyners, A. K. L., & van der Linden, Y. M. (2018). A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain. *Cancer Treatment Reviews*, *63*, 96-103. doi:10.1016/j.ctrv.2017.12.005
- Oldenmenger, W. H., Sillevs Smitt, P. A. E., van Montfort, C. A. G. M., de Raaf, P. J., & van der Rijt, C. C. D. (2011). A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: A randomized controlled trial. *Pain*, *152*(11), 2632-2639. doi:10.1016/j.pain.2011.08.009
- Pasero, C., Quinlan-Colwell, A., Rae, D., Broglio, K., & Drew, D. (2016). American Society for Pain Management Nursing position statement: prescribing and administering opioid doses based solely on pain intensity. *Pain Management Nursing*, *17*(3), 170-180. doi:10.1016/j.pmn.2016.03.001
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice* (4. Aufl.). Thousand Oaks, London, New Delhi, Singapore: SAGE.
- Posternak, V., Dunn, L. B., Dhruva, A., Paul, S. M., Luce, J., Mastick, J., . . . Miaskowski, C. (2016). Differences in demographic, clinical, and symptom characteristics and quality of life outcomes among oncology patients with different types of pain. *Pain*, *157*(4), 892-900. doi:10.1097/j.pain.0000000000000456
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- Raphaelis, S., Frommlet, F., Mayer, H., & Koller, A. (2020). Implementation of a nurse-led self-management support intervention for patients with cancer-related pain: A cluster randomized phase-IV study with a stepped wedge design (EvANtiPain). *BMC Cancer*, *20*(1), Artikel 559. doi:10.1186/s12885-020-06729-0
- Ripamonti, C. I., Santini, D., Maranzano, E., Berti, M., & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, *23* Suppl 7, vii139-154. doi:10.1093/annonc/mds233
- Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., . . . Miaskowski, C. (2005). Qualitative research contribution to a randomized clinical trial. *Research in Nursing & Health*, *28*(3), 268-280. doi:10.1002/nur.20080

- Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C., Wais, E., . . . Miaskowski, C. (2002). Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain and Symptom Management, 23*(5), 369-382. doi:10.1016/S0885-3924(02)00385-8
- Schumacher, K. L., Plano Clark, V. L., West, C. M., Dodd, M. J., Rabow, M. W., & Miaskowski, C. (2014a). Pain medication management processes used by oncology outpatients and family caregivers part I: Health systems contexts. *Journal of Pain & Symptom Management, 48*(5), 770-783. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.12.242
- Schumacher, K. L., Plano Clark, V. L., West, C. M., Dodd, M. J., Rabow, M. W., & Miaskowski, C. (2014b). Pain medication management processes used by oncology outpatients and family caregivers part II: Home and lifestyle contexts. *Journal of Pain and Symptom Management, 48*(5), 784-796. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.12.247
- Schumacher, K. L., West, C., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. A. (2002). Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nurs, 25*(2), 125-133. doi: 10.1097/00002820-200204000-00009
- Soumerai, S. B., & Avorn, J. (1990). Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *Jama, 263*(4), 549-556. doi:10.1001/jama.1990.03440040088034
- Statistik Austria. (2020). Krebserkrankungen in Österreich 2020. Zugriff am 16. Mai 2021 unter [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&pubId=679](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&pubId=679)
- Statistik Austria. (2021a). Krebs im Überblick. Zugriff am 16. Mai 2021 unter [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs\\_im\\_ueberblick/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_im_ueberblick/index.html)
- Statistik Austria. (2021b). Überleben mit Krebs. Zugriff am 13. Mai 2021 unter [http://statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/ueberleben\\_mit\\_krebs/index.html](http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/ueberleben_mit_krebs/index.html)
- Steinke, I. (2017). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (12. Aufl., S. 319-331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Tarquinio, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., & Alla, F. (2015). Evaluating complex interventions: Perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology & Health, 30*(1), 35-51. doi:10.1080/08870446.2014.953530
- te Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Besse, K., Vissers, K., & Engels, Y. (2015). Adoption of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: A case vignette study. *Supportive Care in Cancer, 23*(5), 1409-1420. doi:10.1007/s00520-014-2472-0
- te Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Burger, N., Ijsseldijk, M., Vissers, K., & Engels, Y. (2013). Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. *Pain Physician, 16*(4), 379-389.
- te Boveldt, N. D., Vernooij-Dassen, M. J., Jansen, A., Vissers, K. C., & Engels, Y. (2015). Pain is not systematically registered in Dutch medical oncology outpatients. *Pain Practice, 15*(4), 364-370. doi:10.1111/papr.12180
- Torresan, M. M., Garrino, L., Borraccino, A., Macchi, G., De Luca, A., & Dimonte, V. (2015). Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: A qualitative enquiry through illness narratives. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(4), 397-404. doi:10.1016/j.ejon.2015.01.001
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., . . . Rappaport, B. A. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: An IMMPACT survey of people with pain. *Pain, 137*(2), 276-285. doi:10.1016/j.pain.2007.09.002
- Urch, C. E., & Suzuki, R. (2008). Pathophysiology of somatic, visceral, and neuropathic cancer pain. In Sykes, N., Bennett, M. I., & Yuang, C.-S. (Hrsg.), *Clinical Pain Management. Cancer Pain* (2. Aufl., S. 1-12). Boca Raton: Taylor & Francis Group.

- van den Beuken-van Everdingen, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(6), 1070-1090.e9. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340
- Ward, S., Donovan, H. S., Owen, B., Grosen, E., & Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Research in Nursing & Health*, 23(5), 393-405. doi:10.1002/1098-240x(200010)23:5<393::aid-nur6>3.0.co;2-o
- Wiffen, P. J., Wee, B., Derry, S., Bell, R. F., & Moore, R. A. (2017). Opioids for cancer pain - An overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), Artikel CD012592. doi:10.1002/14651858.CD012592.pub2
- World Health Organization (WHO). (2018). WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Zugriff am 09. Februar 2020 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537492/>
- Yamanaka, M. (2018). A concept analysis of self-management of cancer pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 254-261. doi:10.4103/apjon.apjon\_17\_18