

# DGS



## - PraxisLeitlinien Schmerztherapie

HILFSMITTEL FÜR DIE TÄGLICHE PRAXIS

**DGS-Praxisfragebogen zur  
Therapiesicherheit bei tumorbedingten Durchbruchschmerzen**



## Der DGS-Praxisfragebogen zur Therapiesicherheit bei tumorbedingten Durchbruchschmerzen

Vorübergehende Schmerzexazerbationen, die spontan oder im Zusammenhang mit einem bestimmten (vorhersehbaren oder nicht vorhersehbaren) Auslöser trotz relativ konstanten und angemessen kontrollierten bzw. behandelten Dauerschmerzen auftreten, gehören – je nach untersuchtem Patientenkollektiv – mit einer Prävalenz von 19–95% zu den häufigeren schmerztherapeutischen Problemen einer Krebserkrankung.

Dieser Praxisfragebogen wendet sich an alle Menschen, die Krebspatienten mit Schmerzen behandeln bzw. betreuen und soll nicht nur dabei helfen Durchbruchschmerzen im praktischen Alltag besser erkennen zu können, sondern auch Hilfestellung bei differenzialtherapeutischen Überlegungen geben. Naturgemäß ersetzt dieser Fragebogen weder das Gespräch mit dem Patienten, noch die körperliche Untersuchung. Auch entbindet er behandelnde Ärzte nicht von ihrer Verantwortung hinsichtlich einer adäquaten Therapie. Vielmehr soll er die Achtsamkeit bzgl. Durchbruchschmerzen im praktischen Umgang mit Krebspatienten schärfen, dabei helfen das Ausmaß der Belastung Betroffener standardisiert zu dokumentieren und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Behandlungsmaßnahmen geben.

Die erfolgreiche Behandlung von Durchbruchschmerzen sollte nicht nur individuelle Besonderheiten und patientenbezogene Faktoren (inkl. Krankheitsstadium, Allgemeinzustand, Einstellung des Patienten, Dauerschmerztherapie, Häufigkeit und Form der Durchbruchschmerzen, etc.) berücksichtigen, sondern auch die bestmögliche Therapie der eigentlichen Schmerzursache, die Vermeidung schmerzauslösender Faktoren, ggf. die Anpassung von Dosis und Applikationszeitpunkt der Dauerschmerztherapie („Rund-um-die-Uhr-Behandlung“), die Verwendung einer dem Ereignis angemessenen Bedarfsmedikation (der sog. „Durchbruchmedikation“) sowie die Anwendung nicht-pharmakologischer Verfahren beinhalten.

Bei der Therapie tumorbedingter Durchbruchschmerzen gelten sehr schnell und schnell freisetzende Opiode (sog. rapid-onset/immediate-release opioids, ROO/IRO) als Bedarfsmedikation der ersten Wahl. Von entscheidender Bedeutung ist für jeden Einzelfall unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Besonderheiten den richtigen Ansatz (ROO oder IRO), den besten Applikationsweg (oral-enteral, oral transmukosal intranasal) und die richtige Dosis zu wählen. Mit Hilfe der beiliegenden Schablone können wichtige Parameter bzgl. rationaler Diagnosestellung und therapeutischem Vorgehen für jeden Einzelfall rasch überprüft und dokumentiert werden. Ziel ist die Identifikation von Faktoren, die bestimmte therapeutische Maßnahmen indizieren bzw. kontraindizieren.

Wesentliche Voraussetzungen für die adäquate Anwendung dieser Präparate sind diesbezüglich u.a. (siehe Schablone): a) das Vorliegen einer Tumorerkrankung, b) der Nachweis angemessen behandelter „stabiler“ Dauerschmerzen (i.d.R. definiert als durchschnittliche Schmerzintensität  $\leq 4$  auf der NRS<sub>11</sub> während der vergangenen Woche und einen diesbezüglich allenfalls „mäßigen“ Leidensdruck; siehe Fragen 1–3), c) ein realistisches individuelles Behandlungsziel ( $\geq 2$  NRS<sub>11</sub>; Frage 4), d) die differenzialdiagnostische Abgrenzung von „blitzartig einschießenden“ neuropathischen Schmerzen (Fragen 5 und 14), e) eine stabile Dauerschmerztherapie mit einem stark wirksamen Opioid der WHO Stufe 3 in ausreichender Dosierung (Tagesdosis  $\geq 60$  mg Morphinäquivalent (MÄQ) über eine Woche oder länger) sowie f) der Nachweis starker ( $\geq 5$  NRS<sub>11</sub>) Durchbruchschmerzen (Frage 11) mit g) hohem Leidensdruck ( $\geq$  „stark“; Frage 11), die h) in überschaubarer Häufigkeit (d.h. bis zu 4-mal/Tag; Frage 12) und i) in einer behandlungsfähigen Dauer (von mindestens 6–15 Minuten; Frage 12) auftreten.

### Anmerkung:

Der Begriff Durchbruchschmerz sollte weder für Schmerzepisoden verwendet werden, die zu Beginn einer Opioid-Therapie (z.B. im Rahmen der Dosititration) auftreten, noch für solche, die sich jeweils unmittelbar vor der erneuten Einnahme der regelmäßigen Opioid-Dauertherapie manifestieren (sog. „end-of-dose failure“), da in beiden Fällen eindeutig keine „angemessen“ bzw. „stabil behandelten“ Dauerschmerzen vorliegen.

Erfüllt der Tumorpatient die o.g. Kriterien für behandlungsbedürftige Durchbruchschmerzen und manifestieren sich diese bei ihm überwiegend „nicht-vorhersagbar“, so sollte die Therapie mit einem sog. transmukosalen „rapid-onset fentanyl“ (ROF) begonnen werden. **Dies gilt insbesondere auch für solche Patienten, deren Dauertherapie nicht mit Fentanyl durchgeführt wird!**

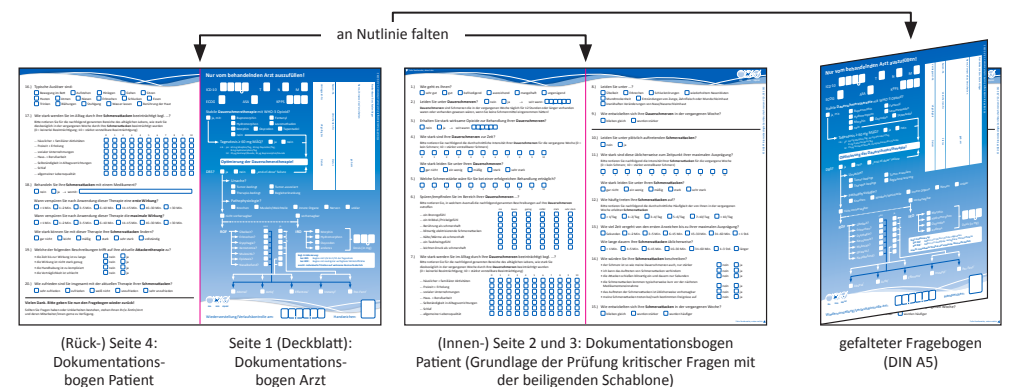
Die Auswahl des letztendlich zum Einsatz zu bringenden Fentanyl-haltigen Fertigarzneimittels wird vor allem durch die individuellen Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles definiert (so sollten z.B. bei ausgeprägten pathologischen Veränderungen der Mundschleimhaut bevorzugt nasale Darreichungsformen gewählt, umgekehrt bei wiederholter Epistaxis und/oder anderen krankhaften Veränderungen der Nasenschleimhaut bevorzugt die sublingual bzw. bukkal zu verabreichenden ROF zum Einsatz gelangen).

Aufgrund fehlender Korrelationen zwischen den für eine adäquate Dauerschmerzbehandlung und den für eine zufriedenstellende Durchbruchschmerztherapie notwendigen Dosierungen sollte die Initialbehandlung immer mit der niedrigsten verfügbaren Wirkstoffstärke des jeweiligen Präparates begonnen und anschließend bis zum Erreichen einer ausreichenden analgetischen Wirkung individuell auftitriert werden. Da zwischen den verschiedenen verfügbaren ROFs erhebliche pharmakokinetische Unterschiede bestehen, sollte bei ggf. notwendig werdenden bzw. gewünschten Präparatewechseln anstelle einer Umstellung nach dem „Dosis-für-Dosis“ Prinzip (d.h. Mikrogramm-für-Mikrogramm) unbedingt erneut jeweils mit der niedrigst möglichen verfügbaren Dosis des neuen Präparates begonnen und anschließend eine erneute Titration vorgenommen werden.

Neben einer adäquaten Evaluation der Ausgangssituation beruht eine erfolgreiche Behandlung tumorbedingter Durchbruchschmerzen auch ganz wesentlich auf der kontinuierlichen Re-Evaluation von Patient und Behandlungsindikation. Ziel ist die kontinuierliche Bewertung von Wirksamkeit und Verträglichkeit der gewählten Therapien und die frühzeitige Erfassung kritischer Veränderungen von Dauer- und Durchbruchschmerzen sowie der Nutzung/Verwendung ihrer jeweiligen Therapien um rechtzeitig geeignete Maßnahmen zur Optimierung des Behandlungskonzeptes ergreifen zu können.

### Aufbau und Handhabung des DGS-Praxisfragebogens:

Vor der Abgabe an den Patienten muss der Fragebogen zunächst herausgetrennt, durch Eindrücken der Patientenangaben in das entsprechende Feld personalisiert und anschließend entlang der Markierungslinie so gefaltet werden, dass die blaue Seite mit dem Patientenfeld (wie bei einem Heft) außen liegt. Der Praxisfragebogen besteht nun aus einem dreiseitigen Patiententeil (Seite 2–4, der von Betroffenen, ggf. unter Hilfe von Angehörigen/Pflegekräften/etc. ausgefüllt werden sollte) und einem einseitigen Teil für den behandelnden Arzt (Seite 1/Deckblatt, auf dem u.a. die Patientenangaben bewertet, Informationen bzgl. Diagnose, Krankheitsstadium, Allgemeinzustand und aktueller Schmerztherapie ergänzt sowie Maßnahmen zur Durchbruchschmerzbehandlung dokumentiert werden).



Mit Hilfe der beiliegenden Schablone können differenzialdiagnostisch, wie auch differenzialtherapeutisch wichtige Kriterien auf den beiden Innenseiten des Fragebogens einfach überprüft und bereits im Vorfeld wichtige Entscheidungen zur Verbesserung der schmerzmedizinischen Behandlung des Patienten getroffen werden.

16.) Typische Auslöser sind:

- Bewegung im Bett     Aufstehen     Hinlegen     Gehen     Sitzen
- Husten     Atmen     Niesen     Erbrechen     Schlucken     Essen
- Trinken     Blähungen     Stuhlgang     Wasser lassen     Berührung der Haut

17.) Wie stark werden Sie im Alltag durch Ihre **Schmerzattacken** beeinträchtigt bzgl. ...?

Bitte notieren Sie für die nachfolgend genannten Bereiche des alltäglichen Lebens, wie stark Sie diesbezüglich in der vergangenen Woche durch Ihre **Schmerzattacken** beeinträchtigt wurden (0 = keinerlei Beeinträchtigung; 10 = stärkst vorstellbare Beeinträchtigung)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... häuslicher + familiärer Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Freizeit + Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sozialer Unternehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Haus- + Berufsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allgemeiner Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.) Behandeln Sie Ihre **Schmerzattacken** mit einem Medikament?

nein     ja → womit:

Wann verspüren Sie nach Anwendung dieser Therapie eine **erste Wirkung**?

< 1 Min.     1–2 Min.     3–5 Min.     6–10 Min.     11–15 Min.     16–30 Min.     > 30 Min.

Wann verspüren Sie nach Anwendung dieser Therapie die **maximale Wirkung**?

< 1 Min.     1–2 Min.     3–5 Min.     6–10 Min.     11–15 Min.     16–30 Min.     > 30 Min.

Wie stark können Sie mit dieser Therapie Ihre **Schmerzattacken** lindern?

gar nicht     leicht     mäßig     stark     sehr stark     vollständig

19.) Welche der folgenden Beschreibungen trifft auf Ihre aktuelle **Attackentherapie** zu?

- die Zeit bis zur Wirkung ist zu lange     nein     ja
- die Wirkung ist nicht stark genug     nein     ja
- die Handhabung ist zu kompliziert     nein     ja
- die Verträglichkeit ist schlecht     nein     ja

20.) Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der aktuellen Therapie Ihrer **Schmerzattacken**?

sehr zufrieden     zufrieden     weiß nicht     unzufrieden     sehr unzufrieden

**Vielen Dank. Bitte geben Sie nun den Fragebogen wieder zurück!**

Sollten Sie Fragen haben oder Unklarheiten bestehen, stehen Ihnen Ihr/e Ärztin/Arzt und deren Mitarbeiter/innen gerne zu Verfügung.

**Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen!**

ICD-10      T  N  M

ECOG  ASA  KPPS

Vertragsarzt-Nr.	Kassen-Nr.	Name, Vorname des Versicherten
VK gültig bis	Versicherten-Nr.	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Datum	Status	geb. am

Stabile **Dauerschmerztherapie** mit WHO-3 Opioid?

- ja, mit:
- Buprenorphin     Fentanyl
  - Hydromorphon     Levomethadon
  - Morphin     Oxycodon     Tapentadol
  - nein

Tagesdosis  $\geq 60$  mg MÄQ?     ja     nein

z.B.: po: 60 mg Morphin/Tag, 30 mg Oxycodon/Tag, 8 mg Hydromorphon/Tag  
td: 25 µg Fentanyl/Stunde, 35 µg Buprenorphin/Stunde

**Optimierung der Dauerschmerztherapie!**

DBS?     ja     nein     „end-of-dose“ failure

Ursache?

- Tumor-bedingt     Tumor-assoziiert
- Therapie-bedingt     Begleiterkrankung

Pathophysiologie?

- Knochen     Muskeln/Weichteile     innere Organe     Nerven     unklar

nicht vorhersagbar     vorhersagbar

ROF

- Übelkeit?     nein     ja
- Erbrechen?     nein     ja
- Dysphagie?     nein     ja
- Xerostomie?     nein     ja
- Mukositis?     nein     ja
- Epistaxis?     nein     ja
- Nasalbefund?     nein     ja

IRO

- Morphin
  - Hydromorphon
  - Oxycodon
  - anderes
- Dosis (in mg)

**bzgl. Erstdosierung:**  
 bei IRO: Beginn mit 1/6 bis 1/10 der Tagesdosis  
 bei ROF: Beginn mit niedrigster verfügbarer Wirkstoffstärke  
 anschl. individuelle Titration auf wirksame Dosis erforderlich

- Abstral\*
- Actiq\*
- Effentora\*
- Instanyl\*
- Pec-Fent\*



Wiedervorstellung/Verlaufskontrolle am:

Handzeichen:

1.) Wie geht es Ihnen?

sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft  ungenügend

2.) Leiden Sie unter **Dauerschmerzen**?

nein  ja → seit wann:

**Dauerschmerzen** sind Schmerzen die in der vergangenen Woche täglich für 12 Stunden oder länger vorhanden waren oder vorhanden gewesen wären, wenn Sie keine Schmerzmittel eingenommen hätten!

3.) Erhalten Sie stark wirksame Opioide zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen**?

nein  ja → seit wann:

4.) Wie stark sind Ihre **Dauerschmerzen** zur Zeit?

Bitte notieren Sie nachfolgend die durchschnittliche Intensität Ihrer **Dauerschmerzen** für die vergangene Woche (0 = kein Schmerz; 10 = stärkst vorstellbarer Schmerz)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wie stark leiden Sie unter Ihren **Dauerschmerzen**?

gar nicht  ein wenig  mäßig  stark  sehr stark

5.) Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei einer erfolgreichen Behandlung erträglich?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

6.) Spüren/empfinden Sie im Bereich Ihrer **Dauerschmerzen** ...?

Bitte notieren Sie, in welchem Ausmaß die nachfolgend genannten Beschreibungen auf Ihre **Dauerschmerzen** zutreffen

	nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
... ein Brenngefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Kribbel-/Prickelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Berührung als schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... blitzartig elektrisierende Schmerzattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kälte/Wärme als schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... leichten Druck als schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.) Wie stark werden Sie im Alltag durch Ihre **Dauerschmerzen** beeinträchtigt bzgl. ...?

Bitte notieren Sie für die nachfolgend genannten Bereiche des alltäglichen Lebens, wie stark Sie diesbezüglich in der vergangenen Woche durch Ihre **Dauerschmerzen** beeinträchtigt wurden (0 = keinerlei Beeinträchtigung; 10 = stärkst vorstellbare Beeinträchtigung)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... häuslicher + familiärer Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Freizeit + Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sozialer Unternehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Haus- + Berufsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allgemeiner Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.) Leiden Sie unter ...?

Übelkeit  Erbrechen  Schluckstörungen  wiederholtem Nasenbluten  
 Mundtrockenheit  Entzündungen von Zunge, Zahnfleisch oder Mundschleimhaut  
 krankhaften Veränderungen von Nase/Nasenschleimhaut

9.) Wie entwickelten sich Ihre **Dauerschmerzen** in der vergangenen Woche?

blieben gleich  wurden stärker

10.) Leiden Sie unter plötzlich auftretenden **Schmerzattacken**?

nein  ja

11.) Wie stark sind diese üblicherweise zum Zeitpunkt ihrer maximalen Ausprägung?

Bitte notieren Sie nachfolgend die Intensität Ihrer **Schmerzattacken** für die vergangene Woche (0 = kein Schmerz; 10 = stärkst vorstellbarer Schmerz)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wie stark leiden Sie unter Ihren **Schmerzattacken**?

gar nicht  ein wenig  mäßig  stark  sehr stark

12.) Wie häufig treten Ihre **Schmerzattacken** auf?

Bitte notieren Sie nachfolgend die durchschnittliche Häufigkeit der von Ihnen in der vergangenen Woche erlebten **Schmerzattacken**

< 1/Tag  1-2/Tag  3-4/Tag  5-6/Tag  7-10/Tag  > 10/Tag

13.) Wie viel Zeit vergeht von den ersten Anzeichen bis zu ihrer maximalen Ausprägung?

Sekunden  1-2 Min.  3-5 Min.  6-15 Min.  15-30 Min.  31-60 Min.  > 1 Std.

Wie lange dauern Ihre **Schmerzattacken** üblicherweise?

< 1 Min.  1-5 Min.  6-15 Min.  16-30 Min.  31-60 Min.  1-3 Std.  länger

14.) Wie würden Sie Ihre **Schmerzattacken** beschreiben?

- der Schmerz ist so wie meine Dauerschmerzen auch, nur stärker  nein  ja
- ich kann das Auftreten von Schmerzattacken verhindern  nein  ja
- die Attacken schießen blitzartig ein und dauern nur Sekunden  nein  ja
- die Schmerzattacken kommen typischerweise kurz vor der nächsten Medikamenteneinnahme  nein  ja
- das Auftreten der Schmerzattacken ist üblicherweise vorhersagbar  nein  ja
- meine Schmerzattacken treten bei/nach bestimmten Ereignisse auf  nein  ja

15.) Wie entwickelten sich Ihre **Schmerzattacken** in der vergangenen Woche?

blieben gleich  wurden stärker  wurden häufiger