

Interview mit Prof. Dr. Winfried Meißner, Universitätsklinikum Jena.

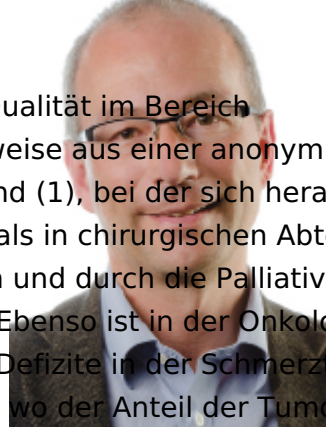
26. April 2016

S3-Leitlinie Palliativmedizin – Das Besondere ist die Interdisziplinarität

Seit Mai 2015 liegt erstmals eine palliativmedizinische S3-Leitlinie in Deutschland vor, die sich auf die Themenbereiche Atemnot, Schmerz, Obstipation, Depression, Kommunikation, Sterbephase und Versorgungsstrukturen fokussiert. Zahlreiche Experten unterschiedlicher Berufsgruppen aus verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen sowie Patienten- und Angehörigenvertreter waren an der Entstehung beteiligt. Prof. Dr. Winfried Meißner von der Abteilung für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Jena sprach mit JOURNAL ONKOLOGIE über den Bereich Tumorschmerz, die Tumorschmerzversorgung in Deutschland im klinischen und ambulanten Bereich, die Leitlinienempfehlungen, die Diskussion über Qualitätsindikatoren, die sich daraus ableiten lassen, und deren mögliche Konsequenzen für die Kliniken.

JOURNAL ONKOLOGIE: Herr Prof. Meißner, wie gut und evidenzbasiert ist die Tumorschmerztherapie in Deutschland?

Meißner: Nur wenige Untersuchungen haben bislang die Qualität im Bereich Tumorschmerztherapie geprüft. Doch es gibt indirekte Hinweise aus einer anonymisierten Befragung zur Schmerztherapie in 25 Kliniken in Deutschland (1), bei der sich herausstellte, dass die Qualität generell in der inneren Medizin schlechter war als in chirurgischen Abteilungen. Sicherlich hat sich viel verbessert durch die Palliativmedizin und durch die Palliativmediziner, die ihre Kollegen auch außerhalb der Palliativmedizin beraten. Ebenso ist in der Onkologie eine Verbesserung zu sehen. Allerdings bestehen noch deutlich Defizite in der Schmerztherapie von Tumorpatienten außerhalb der Onkologie, also überall dort, wo der Anteil der Tumorpatienten gering ist.



JOURNAL ONKOLOGIE: Krankenhäuser haben doch auch Schmerzambulanzen, die auf verschiedenen Stationen eine Schmerztherapie durchführen können.

Meißner: Diese Konsildienste müssen aber angefordert werden – geschieht das nicht, dann können auch sie relativ wenig ausrichten. Selbst die Schmerzmessung ist außerhalb der operativen Medizin keine Selbstverständlichkeit – und selbst dort wird sie nur bei etwa zwei Drittel aller Patienten durchgeführt. Für einen großen Fortschritt halte ich deshalb, dass aus den neuen Leitlinienempfehlungen Qualitätsindikatoren für eine gute Tumorschmerztherapie obligat eingeführt werden sollen.

JOURNAL ONKOLOGIE: Welche Qualitätsindikatoren werden diskutiert und welche Konsequenzen würden sich für die Kliniken daraus ableiten?

Meißner: Wir diskutieren, aus den Leitlinienempfehlungen heraus ein oder zwei Qualitätsindikatoren abzuleiten – wie z.B. die Reduktion der Schmerzintensität innerhalb von einigen Tagen. Solche Qualitätsindikatoren könnten beispielsweise für zertifizierte Tumorzentren gelten, möglicherweise aber auch als Indikatoren im Rahmen der derzeit diskutierten qualitätsorientierten Krankenhausvergütung eingesetzt werden. Die Vergütung würde sich dann nicht nur nach der Quantität, sondern auch an der Qualität orientieren.

JOURNAL ONKOLOGIE: Wie bewerten Sie die Qualität der Schmerztherapie im hausärztlichen Bereich?

Meißner: Im hausärztlichen Bereich können wir eine interessante Entwicklung verfolgen. Durch die Erleichterung bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln in der alltäglichen Praxis und durch die bessere Ausbildung der Ärzte hat die Verschreibung von Opiaten in Deutschland massiv zugenommen – dies vor allen Dingen im Nicht-Tumorschmerzbereich, obgleich es relativ wenig Evidenz für die Langzeit-Wirksamkeit der Opiode im Nicht-Tumorschmerzbereich gibt. Deutschland steht bei der Opiatverschreibung an 6. oder 7. Stelle weltweit. Im Tumorschmerzbereich ist diese Dynamik nicht zu erkennen, da dort die Opiate schon zuvor großzügiger eingesetzt wurden als im Nicht-Tumorschmerzbereich. Insgesamt ist die Qualität der Schmerzversorgung bei den niedergelassenen Kollegen deutlich besser geworden.

JOURNAL ONKOLOGIE: Was ist das Besondere an der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?

Meißner: In Leitlinien kann immer nur die Literatur berücksichtigt werden, die schon zu Beginn der Leitlinienerstellung vorlag. Es dauert meist 2-3 Jahre, bis eine Leitlinie erscheint. Bei der S3-Leitlinie Palliativmedizin kommt noch hinzu, dass sie die Übersetzung der Leitlinie der europäischen Palliativgesellschaft darstellt, mit der noch früher begonnen wurde. Wer sich mit Schmerztherapie intensiver beschäftigt, findet also nur wenige neue Erkenntnisse. Der besondere Wert der deutschen S3-Leitlinie Palliativmedizin liegt allerdings darin, dass sie noch einmal mit Vertretern zahlreicher verschiedener Fachdisziplinen abgestimmt wurde, so dass ein breiter und auch ein großer politischer Konsens besteht. Über 50 Fachgesellschaften waren beteiligt. Als nächstes wird diskutiert, wie die Leitlinie im Alltag umgesetzt und verbindlich gemacht werden kann.

JOURNAL ONKOLOGIE: Besteht denn nicht schon die Gefahr von Regressansprüchen, wenn man sich nicht an Leitlinien hält?

Meißner: Zunächst einmal sind Leitlinien niemals starre Vorschriften, sondern sie müssen an den Patienten und seine individuelle Situation und Bedürfnisse angepasst werden. Bestehen gute Gründe, die Leitlinie zu verlassen, so ist dies sogar geboten. Natürlich ist es falsch, nur aus dem Bauchgefühl heraus eine Leitlinie völlig zu ignorieren oder weil man schon die letzten 20 Jahre alles anders gemacht hat. Doch eine Leitlinie starr anzuwenden, ist genau so problematisch, wie sie zu ignorieren. Eine Leitlinie kann mit einer Straße mit Leitplanke verglichen werden. Man kann

innerhalb dieser Straße verschiedene Spuren benutzen und auch einmal über die Leitplanke klettern – sollte aber immer gut erklären können, warum man in einem bestimmten Fall so gehandelt hat.

JOURNAL ONKOLOGIE: Welchen Stellenwert hat das WHO-Stufenschema in der Leitlinie?

Meißner: Das WHO-Stufenschema ist ein zentraler Teil der jetzigen Leitlinie und nach wie vor gültig. Relativiert wurde allerdings der Stellenwert der Stufe 2 – die sog. schwachen Opioide. In der Leitlinie steht, dass die Stufe 2 nicht mehr unbedingt durchschritten werden muss, bevor starke Opioide eingesetzt werden, sondern dass die wichtigsten Substanzen die Nicht-Opioide (Stufe 1) und die Opioide der Stufe 3 sind.

Ein wichtiger Punkt in der Leitlinie ist auch die Feststellung, dass es keine eindeutige Überlegenheit eines Opioids gegenüber einem anderen gibt. So besteht auch keine Evidenz, dass Morphin schlechter wirkt als andere Opioide, es sollte jedoch möglichst nicht bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion eingesetzt werden.

Es wurde auch noch einmal darauf hingewiesen, dass Durchbruchschmerzen entsprechend ihres Typs behandelt werden sollten. Wenn sie vorhersehbar sind und nicht innerhalb von Minuten auftreten, dann werden konventionelle nicht-retardierte Opioide wie Morphinsaft empfohlen. Treten sie sehr schnell und unverhofft auf, dann sind die neueren, durch die Schleimhaut aufgenommenen Fentanylpräparate zu bevorzugen – doch nicht alle Patienten benötigen sie.

Die transdermale Therapie wiederum hat Vorteile wegen der gleichmäßigen Zufuhr des Analgetikums – vorausgesetzt, die Schmerzintensität ist relativ gleichmäßig – und bei Patienten mit Schluckstörungen. Nachteile bestehen insbesondere in der Finalphase, wenn sich die Hautdurchblutung verschlechtert und die Inhaltsstoffe aus dem Pflaster schlechter resorbiert werden. Die Pflasterapplikation ist für manche Patienten sehr gut, für andere Patienten ist wiederum die orale Therapie besser geeignet.

JOURNAL ONKOLOGIE: Wie ist es um die Versorgung neuropathischer Schmerzen bestellt?

Meißner: Für die Therapie des neuropathischen Schmerzes sind Antidepressiva, Pregabalin und Gabapentin in Betracht zu ziehen und sollten stärker als bisher berücksichtigt werden. Dafür muss aber auch die Diagnose gestellt werden, und daran erinnert explizit die Leitlinie. Außerhalb spezialisierter Schmerzambulanzen wird häufig zuerst mit einem NSAR behandelt – auch wenn es sich um eine Trigeminusneuralgie handelt, die nun mit Entzündung nichts zu tun hat. Opioide gehören bei neuropathischen Schmerzen zwar nicht zu der Substanzgruppe der 1. Wahl, können aber in Ergänzung der oben genannten Präparate bei vielen Patienten zur Analgesie beitragen. Beim sog. Mixed Pain müssen Opioide und Nicht-Opioide gegen den Nozizeptorschmerz und die gegen neuropathische Schmerzen empfohlenen Medikamente zusammen eingesetzt werden.

JOURNAL ONKOLOGIE: Sind auch nicht-medikamentöse Schmerztherapien in den Leitlinienempfehlungen enthalten?

Meißner:

Die Empfehlungen zur nicht-medikamentösen Schmerztherapie wurden ganz bewusst in diese Leitlinie nicht mit aufgenommen, da es sich zunächst um eine Übersetzung der europäischen Leitlinie handelte, die dieses Kapitel auch nicht enthielt. Es wird aber jetzt aktuell diskutiert, ob diese Themen in der nächsten Leitlinie mit aufgenommen werden sollen. Dazu gehören nicht-medikamentöse Aspekte, aber auch tumorspezifische Verfahren, die zu einer Schmerzlinderung führen.

Ich persönlich halte diese Ergänzung – einschließlich psychotherapeutischer Aspekte – für ganz entscheidend, denn Tumorschmerz ist nicht beschränkt auf eine sensorische Erfahrung. Dies macht der Begriff des „Total Pain“ deutlich, der an den engen Zusammenhang zwischen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Faktoren bei Patienten mit Tumorschmerz erinnert.

Vielen Dank für das Gespräch!

Literatur:

(1) Maier C et al. Dtsch Arztebl Int 2010;107(36): 607-14.