

Eric Nazaire Kuatefokam

Dr.med.

Strukturierte Schmerztherapie mit Opioiden bei Patienten mit malignen Erkrankungen im primärärztlichen Sektor

Fach/Einrichtung: Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Doktorvater: Prof. Dr. sc. hum., Dipl.-Wi.-Inf. Gunter Laux

In Deutschland erkranken jedes Jahr über 400.000 Individuen an Krebs. Etwa ein Drittel davon leidet bereits in einem frühen Erkrankungsstadium an Schmerzen. Dieser Anteil steigt im weiteren Verlauf deutlich an. Viele dieser Patienten werden ab einem bestimmten Zeitpunkt im Palliativbereich mit dem Ziel der Lebensverlängerung und Schmerzlinderung versorgt.

Tumorschmerz ist mit beinahe allen Arten von Schmerzsymptomen im Rahmen einer malignen Erkrankung assoziiert. „Total Suffering“ und „Mixed Pain“ sind zwei Konzepte, die die Komplexität von Tumorschmerz gut charakterisieren. Neben einer symptomatischen Therapie sollte immer an eine kausale Therapie gedacht werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt für die medikamentöse Pharmakotherapie bei Tumorschmerzen das sogenannte „Stufenschema“, das möglichst alle Aspekte der Tumorschmerzen berücksichtigt. Dabei werden zunächst Schmerzmittel vom Typ der sogenannten Nichtopioidanalgetika eingesetzt. Wenn diese Therapie nicht ausreichend ist, werden Opioide als zusätzliche Gabe notwendig. Die Opioidtherapie gilt sogar als Standard in der Therapie von Tumorschmerzen.

Die Analyse von Daten des elektronischen Registers „CONTENT“ (CONTInuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork) im primärärztlichen Versorgungssektor, also beim Hausarzt (als wichtigster Sektor für die Behandlung von Tumorschmerzen), ergibt eine Abbildung der Verordnungen aller Präparate, die dem von der WHO empfohlenen Stufenschema entspricht. Jede Stufe ist dabei repräsentiert. Die Hälfte (51,1 %, n = 4.975) aller Verordnungen gehört zu den nicht opioiden Analgetika. Mehr als vier Fünftel (86,4 %; n = 1.175) der Patienten erhalten mindestens ein Nichtopioidanalgetikum. Nur 53,7 % der Patienten, die mit Nichtopioidanalgetika behandelt wurden, bekommen eine Monotherapie nur mit Substanzen der WHO-Stufe I. Die Opioidtherapie kommt bei 44,2 % (n = 516) der Tumorschmerzpatienten zum Einsatz. Sie hat eine Verordnungshäufigkeit von 29,1 % (n = 2.847) in Bezug auf alle Verordnungen. Die Opioide werden dann eingesetzt, wenn die Nichtopioidanalgetika nicht mehr ausreichen, um die Schmerzen zu reduzieren. Die Opioidtherapie ist unterteilt in schwach wirksame Opioide (bei 20,2 % aller Patienten und

einem Anteil von 9,7 % aller Verordnungen) der WHO-Stufe II und stark wirksame Opioide (bei 24,4 % aller Patienten und einem Anteil von 19,7 % der Verordnungen) der WHO-Stufe III. Opioidbasierte Pharmakotherapie ist die wichtigste Säule in der Tumorschmerztherapie und sollte für alle Krebspatienten mit mäßigen oder starken Schmerzen in Betracht gezogen werden. Alle drei Stufen können mit Koanalgetika kombiniert werden. Sie werden bei 33,4 % (n = 456) aller Patienten unter einer Schmerzmitteltherapie eingesetzt und bilden 19,7 % (n = 1.930) aller Verordnungen. Die verschiedenen Verordnungen spiegeln auch indirekt den Bedarf an bestimmten Präparaten wider. Die Entscheidung für ein bestimmtes Medikament lässt sich nicht nur durch die pharmakologischen Eigenschaften (Wirkung, Nebenwirkung, Firstpass-Effekt) des Präparates, sondern auch durch die Patientenpräferenzen, die Morbidität des Patienten, Kosten, persönliche Einstellung und Erfahrung sowie das Fachwissen des Arztes erklären.

Obwohl die Betäubungsmittelverschreibung seit 1998 erleichtert wurde und die Verordnung von Opioiden deutlich zugenommen hat, sind die Defizite in der Tumorschmerzbehandlung in Deutschland noch nicht völlig behoben. Da die korrekte Anwendung der WHO-Richtlinien zu einer langfristigen Schmerzlinderung der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung führen kann, nimmt die Frage der Umsetzung der Leitlinie in dem primärärztlichen Sektor an Bedeutung zu. 40,5 % (n = 209) der mit Opioiden behandelten Patienten (dies entspricht 15,3 % aller Patienten, die eine Schmerztherapie erhalten) sind nicht leitliniengerecht therapiert. Sie erhalten keine Dreierkombination mit nicht opioiden Analgetika, opioiden Analgetika und Laxantien. Diese bedeutsamen Zahlen stellen keine direkten Zusammenhänge mit einer tatsächlich besseren Lebensqualität bei Tumorschmerzpatienten her, sondern zeigen einen möglichen Lösungsansatz zur Optimierung der Therapie für eine bessere Versorgung.

Darüber hinaus sind chronische Schmerzen neben einer Beeinträchtigung der Lebensqualität des Einzelnen mit hohen Kosten für das Gesundheitswesen verbunden. Vor dieser Feststellung sieht das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lediglich eine wirtschaftliche, zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patienten vor. Die Frage nach den Kosten einer Therapie gewinnt immer mehr Aufmerksamkeit auf der Seite der Patienten, der Ärzte und der Kostenträger. Bei der Behandlung der Tumorschmerzen sind demnach neben der medizinischen oder pharmakologischen Wirksamkeit entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung auch ökonomische Gesichtspunkte zu beachten. Eine gute Leitlinie und eine richtige Implementierung sollten auch zu einer Verbesserung der Qualität der Versorgung und zu einer effizienten Versorgung führen. Die Analyse der Häufigkeit der leitlinienkonformen Therapie zeigt, dass fast zwei Fünftel der Patienten unter Opioidanalgetika unabhängig von der Versicherungsart (38,1 % (n = 16) der privat Versicherten und 40,7 % (n = 193) der gesetzlich Versicherten, p = 0,14) nicht leitlinienkonform gegen Tumorschmerz therapiert werden. Der Unterschied zwischen privat und gesetzlich versicherten Patienten ist nicht signifikant. Relevant ist die starke Prävalenz der nicht leitliniengerechten Therapie, die ein kritisches Überdenken des Arztes und eine Verbesserung der Pharmakotherapie in den beiden Kollektiven bewirken kann. Eine

bessere Versorgung kann nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität bewirken, sondern auch eine Reduktion der Gesamtkosten, wenn dadurch Folgekosten vermieden werden können.

Eine deskriptive Analyse und Bewertung der bestehenden Versorgung von Tumorpatienten im primärärztlichen Sektor ist erforderlich, um etwaigen Mängeln in der schmerztherapeutischen Versorgung entgegenzuwirken. Sie kann als Grundlage für eine bessere Versorgung von Tumorschmerzpatienten dienen und eröffnet Perspektiven für weitere Forschung in diesem Kontext.