



Kommentierung und Konsentierung erwünscht

## Neuerungen in der revidierten DGS-Praxisleitlinie „Tumorschmerz“

Die Praxisleitlinie „Tumorschmerz“ der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS) ist revidiert worden. Sie hebt sich von anderen Leitlinien ab, indem sie das Prinzip der Patientenautonomie allen anderen Abwägungen in der Palliation voranstellt.

**D**ie Revision der Praxisleitlinie „Tumorschmerz“ der DGS war überfällig: viele neue Bewertungen, die für die wirksame Begleitung der Patienten mit Tumorschmerz relevant sind, neue Studien, neue Medikamente, neue Evidenz – was hat sich nicht alles verändert seit der ersten Auflage 2013! Die Revision war bereits ein Jahr zuvor versprochen worden, sie wurde jedoch durch die Belastungen insbesondere der COVID-19-Pandemie verzögert.

**Neues Kapitel Patientenautonomie**  
Der Praxisleitlinie „Tumorschmerz“ ist ein neues Kapitel zur Patientenautono-

mie mit folgenden Empfehlungen vorangestellt:

1. Patientenautonomie ist das souveräne Recht des Patienten, seinen freien Willen in allen Fragen seiner körperlichen und seelischen Integrität durchzusetzen. Die Autonomie des Tumorpatienten schließt sein Grundrecht auf eine Schmerztherapie nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft ein. (Evidenzgrad: C)
2. Patientenautonomie umfasst grundsätzlich auch den ernsthaften Suizidwunsch des Patienten. Suizidalität bedarf der differenzialdiagnostischen Abgrenzung von Krankheits-

zuständen, die behandlungsfähig sind. (Evidenzgrad: C)

3. Der Patient hat Anspruch auf eine ethische Beratung in allen existenziellen Fragestellungen durch Personen seiner Wahl. (Evidenzgrad: C)
4. Tumorschmerztherapie berücksichtigt insbesondere den Willen des Patienten, Bewusstseins Einschränkungen durch seine Erkrankung oder durch die Therapie zu vermeiden. (Evidenzgrad: C)
5. Der nicht entscheidungsfähige Tumorpatient erhält eine Therapie nach den Prinzipien seines mutmaßlichen Willens oder den Inhalten seiner rechtsverbindlichen Verfügungen. (Evidenzgrad: C)
6. Tumorschmerz kommt sowohl in kurativen als auch palliativen Situationen vor sowie in Übergangssphasen. Die Aufklärung des Patienten über seine Situation kann zu einer

Verbesserung des Schmerzmanagements führen. Die Aufklärung soll die Willensfindung des Patienten informell unterstützen. Wünschenswert ist die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Aufklärungsgespräche. (Evidenzgrad: A)

7. In der palliativen Situation soll sich die Aufklärung nach den Prinzipien der prospektiven Palliation vollziehen: Zukünftig erwartbare Symptome sollen vorbeugend aufgeklärt und notwendige Strategien mit zuverlässiger Aufgabenverteilung besprochen werden, möglichst mit schriftlichen Hinweisen, lange bevor Notfallsituationen auftreten. Eine ambulante Betreuung über 24 Stunden pro Tag durch Netzstrukturen verbessert die Lebensqualität betroffener Patienten wirksam. (Evidenzgrad: C)
8. Gegenüber Tumorschmerzpatienten gelten die ethischen Kriterien der Gleichbehandlung unabhängig von wirtschaftlichen Erwägungen; die letzteren stehen dem Anspruch auf eine angemessene, individualisierte Schmerztherapie nach. (Evidenzgrad: C)
9. Die psychoonkologische Begleitung stellt ein effektives Instrument zur Verbesserung der Lebensqualität Betroffener und des Schmerzmanagements dar. Sie hat sich unter ambulanten und stationären Bedingungen bewährt. (Evidenzgrad: A)
10. Die individuellen Ziele einer Tumorschmerztherapie werden in einem palliativen interdisziplinären Team unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen definiert, nicht von einzelnen Entscheidungsträgern. Alle Maßnahmen sollen auf eine subjektiv definierte Lebensqualität ausgerichtet sein, nicht allein auf die Reduktion von Schmerz. (Evidenzgrad: C)
11. Kurative und palliativ ausgerichtete Therapieentscheidungen sollen partizipativ im Sinne eines sogenannten „informed consent“ getroffen werden. (Evidenzgrad: C)

In der Originalpublikation werden die Literaturstellen, die der Bewertung der Evidenzlage zugrunde liegen, einzeln aufgeführt.

Das Prinzip der Patientenautonomie ist ein zentrales Anliegen aller palliativmedizinischen Bemühungen. Die Praxisleitlinie der DGS hebt sich von anderen Leitlinien ab, indem sie dieses Prinzip allen anderen Abwägungen in der Palliation voranstellt.

Es erscheint den Autoren wichtig, dass diese Aussagen möglichst breit kommentiert und konsentiert werden.

### Kapitel „Schmerzdiagnostik“

Auch das Kapitel „Schmerzdiagnostik“ (ein solches findet sich erstmals auch in der Leitlinie der WHO 2019) bedarf einer breiten Kommentierung und Konsentierung:

1. Die schmerzmedizinische Diagnose von Tumorschmerzen umfasst verschiedene diagnostische Ebenen (Evidenzgrad: C):
  - a. Differenzierung: chronischer Schmerz – akuter Schmerz (Schmerzkrise, Durchbruchschmerz, „end-of-dose-failure“, „incident pain“). Hilfreich ist ein schmerzkinetisches Ganztagesprofil, vorzugsweise mit Verwendung von NRS- oder VAS-Ratingskalen, die mehrmals pro Tag oder nachts Anwendung finden;
  - b. Differenzierung: nozizeptiver (somatic, visceral) – neuropathischer Schmerz (sympathisch, neuralgiform, Ischämie-, Differenzschmerz oder „mixed pain“);
  - c. Differenzierung: organisch erklärbare Schmerzen – Erlebensebene (Angst, Depressionen, Deprivation).
2. Die Diagnose und Bewertung des Tumorschmerzes erfolgt im palliativen Bereich nach dem „total pain“-Konzept von C. Saunders. Die Diagnose umfasst demnach körperliche, psychologische, soziale, sowie spirituelle und juristische Aspekte, entsprechend der gültigen WHO-Definition der Palliativmedizin. Mindeststandard sollten die Inhalte des „brief pain inventory“ sein. (Evidenzgrad: C)
3. Erforderlich ist eine Einordnung von Tumorschmerz nach der Schmerzgenese: tumorbedingter, tumorassoziierter, therapiebedingter, nicht tumorbedingter Schmerz. (Evidenzgrad: C)
4. Die Diagnostik der schmerzbedingten Schlafstörungen hat hohe Bedeutung

für die Tumorschmerztherapie und sollte von Beginn an und im weiteren Verlauf regelmäßig evaluiert werden. Ohne Wiederherstellung eines erholsamen Schlafes muss mit schwerwiegenden dauerhaften Einschränkungen der Lebensqualität über den ganzen Tag gerechnet werden. (Evidenzgrad: C)

5. Schmerzmedizinische Diagnostik führt zu einem möglichst kausal orientierten Konzept in der Therapie von Tumorschmerz durch Analyse der zugrundeliegenden Pathomechanismen des Schmerzes. (Evidenzgrad: C)
6. Schmerzmedizinische Diagnostik berücksichtigt stets das gesamte Krankheitsbild eines Tumorpatienten. Wenn kausale Therapieansätze (z. B. Operationen, Chemo- oder Strahlentherapie) nicht mehr erfolgversprechend oder nicht zumutbar sind oder vom Patienten nicht gewünscht werden (persönlich formuliert oder durch Ausschluss in Patientenverfügungen), ist eine rein symptomorientierte, möglichst nebenwirkungsarme schmerzmedizinische Begleitung indiziert. (Evidenzgrad: C)

### Ganzheitliche Therapie von Tumorschmerzen

Im pharmakologischen Kapitel der Praxisleitlinie werden ältere (z. B. Novaminsulfon, Duloxetine) und neuere Medikamente (z. B. Tapentadol) neu bewertet. Es folgen spezielle kleinere Kapitel zu Themen wie Durchbruchschmerz, Koanalgetika, ältere Patienten, Komplementärmedizin u. v. a. m.

Die Autoren der Praxisleitlinie haben sich bemüht, die Therapie von Tumorschmerzen wahrhaft ganzheitlich darzustellen.

Bitte beteiligen Sie sich in der Phase der Kommentierung und Konsentierung an den Abstimmungen! Denn die Leitlinie ist gerade für Sie, ihre tägliche Arbeit und Ihre Patienten bestimmt.

Die Erstellung der Leitlinie ist ehrenamtlich, unentgeltlich und unbeeinflusst nebenberuflich erstellt worden durch palliativ tätige Schmerzmediziner.

---

Dr. med. Dipl. Lic. Psych. Johannes  
Horlemann, Kevelaer