Behandlung neuropathischer Schmerzen

Probleme durch Arzneimittel-Interaktionen

— Bei neuropathischen Schmerzen kommen Antidepressiva und Antikonvulsiva wie Pregabalin als Mittel der ersten Wahl zum Einsatz. Pregabalin (Lyrica®) hat den Vorteil, dass es primär unverändert renal ausgeschieden wird. Interaktionen mit anderen Arzneimitteln sind daher nicht oder nur in geringem Umfang zu erwarten, wie Dr. Gabriel Eckermann aus Kaufbeuren erklärte.

Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer wie Venlafaxin und Duloxetin oder der Natriumkanal-Blocker Lamotrigin werden dagegen in der Leber oder bereits im Darm über Isoenzyme des Cytochrom-P450-Systems (CYP) metabolisiert. Die Aktivität dieser CYP-Isoenzyme kann dadurch beschleunigt oder verlangsamt werden. Carbamazepin und Barbitu-

rate beschleunigen den Abbau von Medikamenten, die über das induzierte Isoenzym metabolisiert werden, sodass deren Plasmaspiegel sinken. Die Antidepressiva Fluoxetin oder Paroxetin verlangsamen dagegen als starke Inhibitoren den Abbau konkomitanter Arzneimittel, mit der Folge erhöhter Plasmaspiegel. Fluoxetin hemmt gleich mehrere CYP-Isoenzyme und hat zudem eine Halbwertszeit von ca. 15 Tagen. Die Folge: Auch nach dem Absetzen sind die Abbauewege noch lange gehemmt, die Plasmakonzentration z. B. von Trizyklika steigt – u. U. bis in den toxischen Bereich. Bei gleichzeitiger Gabe von Duloxetin und Metoprolol verdoppelt sich der Plasmaspiegel des Betablockers. Sertralin kann die Plasmakonzentration von Lamotrigin verdoppeln und so schwe-

re Hautreaktionen mit hämorrhagisch-erosiven Veränderungen auslösen.

Besondere Vorsicht mit CYP-Hemmern bei Senioren

7–8% der Arzneimittelkombinationen werden als gefährlich eingestuft. Besonders gefährdet sind Patienten über 65 Jahre, die durchschnittlich mit fünf Pharmaka behandelt werden – Selbstmedikation nicht eingerechnet. Starke bzw. mitelpotente CYP-Inhibitoren sollten daher in der gerontologischen Pharmakotherapie nicht bzw. nur mit Vorsicht eingesetzt werden, so das Fazit Eckermanns.

■ Michael Kocorek
Symposium „Der komplexe Schmerzpatient“,
Deutscher Schmerzkongress, Mannheim,
8. Oktober 2010 (Veranstalter: Pfizer)

Palliativ- und Hospizversorgung

Viele Schwerstkranke und Sterbende kommen nicht zu ihrem Recht

— Seit drei Jahren haben Schwerstkranke und Sterbende einen individuell einklagbaren Rechtsanspruch auf palliative und hospizliche Versorgung im ambulanten wie im stationären Bereich. Da die meisten Menschen in vertrauter Umgebung sterben möchten, ist die (vom Arzt zu verordnende) spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung (SAPV) eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Umsetzung allerdings ist laut Dr. Carl-Heinz Müller von der KBV bisher „extrem defizitär“.

Den Hauptgrund sieht Müller darin, dass die SAPV „nicht als vertragsärztliche Leistung im Rahmen des Kollektivvertrags ausgestaltet wurde, sondern von den Krankenkassen über Einzelverträge angeboten werden soll“. Die bisher abgeschlossenen Verträge gelten oft nur für begrenzte Gebiete, nicht alle Kassen sind beteiligt. Kein SAPV-Team kann davon ausgehen, tatsächlich Vertragspartner zu

werden, sodass Planungssicherheit fehlt, sagte Müller. Die KBV fordert deshalb den Gesetzgeber auf, „diese Leistung als kollektivvertragliche Leistung zum Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung zu machen“.

Dass noch viel zu tun bleibt, betonte auch Prof. Lukas Radbruch, Präsident der Europäischen Palliativgesellschaft EAPC. Trotz gut funktionierender regionaler Netzwerke sei noch lange keine flächendeckende Versorgung gewährleistet. Besonders unbefriedigend ist die Situation von Patienten mit nicht tumorbedingten Erkrankungen, für die der Zugang zur Palliativmedizin „noch immer blockiert ist“, so Radbruch.

Was fehlt, ist eine nationale Gesamtstrategie zur Palliativversorgung, räumt die im Oktober von der Bundesärztekammer, dem Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband sowie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin herausge-

© Klaus Rose

Patienten mit nicht tumorbedingten Erkrankungen ist der Zugang zur Palliativmedizin oft versperrt.

bene „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ ein. Ziel muss eine ganzheitliche Versorgung sein, in der Palliativversorgung und Hospizarbeit kooperieren, so der Wunsch der Experten.

■ Ursula Einecke
Quelle: 82. Aachener Hospizgespräch, 20. November 2010 (Veranstalter: Bildungswerk Aachen, Servicestelle Hospizarbeit, Grüenthal)