

Supportivmedizin ist auch Sache des Hausarztes

Wie Sie der Krebstherapie ihren Schrecken nehmen

Ob in der Schmerztherapie, bei der Bekämpfung von Fatigue oder von Erbrechen – die Möglichkeiten der Supportivmedizin werden in der Krebstherapie noch nicht ausreichend genutzt. Woran das liegt, und wie man häufige Fehler vermeidet, versuchten wir im Gespräch mit Prof. Dr. med. Hans-Joachim Schmoll vom Zentrum für Innere Medizin, Klinik für Hämatologie/Onkologie der Martin-Luther-Universität in Halle zu eruiieren.

MMW: Herr Prof. Schmoll, es ist erstaunlich, wie viele Schwachstellen in der Versorgung der Krebspatienten mit supportiven Maßnahmen bemängelt werden. Gibt es keine brauchbaren Leitlinien?

Schmoll: Es gibt immer mehr Leitlinien. Das Problem ist: Sie werden zwar gedruckt, aber nur wenig beachtet, vor allem was die supportive Therapie betrifft. Hier ist das Wissen über die optimale Vorgehensweise noch wenig verbreitet. Vermutlich konzentriert sich der Arzt auf die Behandlung als solche und denkt weniger an die Nebenwirkungen. Auch der Patient denkt, dass diese Nebenwirkungen dazugehören, nach dem Motto: Nur was „starke“ Nebenwirkungen macht, wirkt auch stark. Typi-

▼ Viele Nebenwirkungen der Chemotherapie sind beherrschbar.

sche Äußerung: „Mir sind ja die Haare gar nicht ausgefallen, hat das Zeug überhaupt geholfen?“ Aber das ändert sich, zunehmend wissen die Patienten, dass Nebenwirkungen nicht vorkommen sollten und dass fast alle Schmerzen gut beherrschbar sind.

MMW: Die Nachsorge der Krebskranken übernimmt häufig der niedergelassene Arzt. Er muss deshalb auch wissen, was supportiv möglich ist.

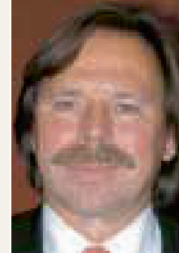
Schmoll: Die Indikationsstellung sollte der Fachonkologe oder der Strahlentherapeut übernehmen und dem Patienten einen Plan, notfalls auch die Rezeptur über die supportiven Maßnahmen mitgeben. Aber Hauptdurchführender ist der niedergelassene Arzt. Denken Sie an die Therapie der tumorbedingten Anämie mit Erythropoetin oder die analgetische Therapie.

MMW: Sie sprechen schon spezielle Maßnahmen an. Dazu gehört auch der Einsatz von Bisphosphonaten bei Knochenmetastasen – eine häufige Komplikation.

Schmoll: Die Bisphosphonate sind ein Segen für viele Patienten, weil häufige Karzinome wie etwa das Mamma- oder Prostatakarzinom oder multiple Myelome zu Knochenmetastasen tendieren. Die Bisphosphonate helfen, die Knochenschmerzen und das Frakturrisiko zu verringern oder die Zeit bis zur Fraktur zu verlängern. Überdies wirken sie sogar gegen die Tumorzellen – zumindest im Reagenzglas.

MMW: Über die Schmerztherapie wird seit Jahrzehnten geklagt. Inzwischen ver-

Nachgefragt



Prof. Dr. med. H.-J. Schmoll

„Leitlinien werden zwar gedruckt, aber nur wenig beachtet, vor allem was supportive Therapie betrifft.“

treten einzelne KVen eigene Meinungen, die vom Expertenkonsens abweichen.

Schmoll: Der Wissensstand ist in der Tat sehr unterschiedlich. Es ist auch ein Wandel eingetreten. Früher hatte man mehr auf die Nichtopioide gesetzt, heute verschreibt man in der Praxis schon viel früher Opiate. Der Grund ist einfach: Wir haben gut steuerbare orale Retardpräparate, z. B. das Hydromorphon. Dazu auch noch akut wirksame orale Opiate. Der Trend geht dahin, dass der Patient seine Schmerzmedikation selbst steuern kann durch eine Basistherapie mit einem Retardpräparat und durch die zusätzliche orale Akutgabe eines Opiats, falls er dennoch Schmerzattacken bekommt. Pflaster sollten vor allem für Patienten mit Schluckbeschwerden gewählt werden, dafür sind sie auch ursprünglich entwickelt worden.

MMW: Ein Schreckgespenst in der Krebstherapie ist die Emesis. Wie gehen Sie damit heute um?

Schmoll: Natürlich, Übelkeit kann man nicht ganz ausschalten, aber Erbrechen, und zwar bei fast allen Patienten. Manche Patienten fragen sogar: Ich bekomme ja gar kein Erbrechen, was geben Sie mir da, vielleicht Zuckerwasser?

Entscheidend ist, dass man nicht wartet, bis Übelkeit und Erbrechen einsetzen, sondern dass man mit Antiemetika prophylaktisch vermeidet, dass es so weit kommt. Nur so wird auch die häufig fatale Konditionierung des Patienten vermieden: Wenn man im Rahmen eines Chemotherapiezyklus erbrochen hat, erwartet man beim nächsten Zyklus das Gleiche. Das führt schließlich zum antizipatorischen Erbrechen, gegen das man kaum etwas tun kann.

■ Interview: Dr. Jochen Aumiller



Foto: Superbild