Schmerz 2016 · 30:192
DOI 10.1007/s00482-016-0095-8
Online publiziert: 3. Februar 2016
© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published
by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights
reserved 2016

R. Rolke¹ · L. Radbruch²

¹ Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum, RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

Tumorschmerzbehandlung: beim nächsten Spezialisten

Erwiderung

Zum Leserbrief von Wirz et al (2016)
Unterscheidung von „nichtpalliativer“
und „palliativer“ Tumorschmerztherapie
wünschenswert. Schmerz. DOI 10.1007/
s00482-016-0094-9
Originalbeitrag: Rolke R, Radbruch L (2015)
Tumorschmerz und palliative Schmerz-
therapie. Schmerz 29:557–561

Wir danken Wirz et al. für die Zustimmung zu unserem Beitrag. Sie betonen, dass eine Behandlung von Tumorschmerzen oft beim Hausarzt oder Onkologen stattfindet und berichten über die Sorge, dass das Problem Tumorschmerz mit Blick auf anstehende Tumorthérapien nicht ausreichend thematisiert und nur unzureichend behandelt wird.

Wir stimmen dieser Einschätzung zu und sind dem Arbeitskreis Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft dankbar für die vielfältigen Initiativen, um das Thema Tumorschmerz öffentlichkeitswirksam in die Aufmerksamkeit der Behandler zu rücken. Auch danken wir Wirz et al. für den Ausblick auf die kommende International Classification of Diseases 11 (ICD-11), die „chronic cancer pain“ als eigenständige Diagnose auführt. Dieser Umstand belegt die gesundheitspolitische Relevanz des Themas.

Der Kommentar befasst sich auch mit der Frage nach der Behandlungshoheit bei Tumorschmerzen zwischen den Bereichen der Schmerz- und Palliativmedizin. Dabei wird eine Einteilung in

„nichtpalliative“ und „palliative“ Tumorschmerzen vorgeschlagen. Wir stimmen der Empfehlung einer noch mehr vernetzten Kommunikation zwischen der Schmerz- und Palliativmedizin zu. Den Einteilungsvorschlag zur Tumorschmerzklassifikation halten wir jedoch für schwierig, da unklar ist, wie der Übergang zwischen „nichtpalliativen“ und „palliativen“ Tumorschmerzen definiert werden kann. Uns erscheint eine Operationalisierung hier problematisch. Würde dies bedeuten, dass etwa ein Schmerztherapeut einen Patienten mit Tumorschmerzen solange behandelt, bis dieser Fernmetastasen oder weitere Symptome entwickelt oder eine Tumorausbreitung potenziell vital bedrohlich wird? Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, wenn der Patient dann nicht unmittelbar den Behandler wechseln müsste. Zu Recht wird auf die inhärente Lösung des Dilemmas hingewiesen, dass viele Schmerztherapeuten auch gleichzeitig Palliativmediziner sind.

Auf jeden Fall möchten wir die wichtige Frage einer vernetzten Versorgung von Tumorschmerzpatienten durch die Schmerz- und Palliativmedizin zusammen mit dem wichtigen Arbeitskreis fortführen und schlagen vor, dass komplizierte Tumorschmerzen dort behandelt werden, wo der nächste verfügbare Spezialist erreichbar ist – ob aus der Schmerz- oder Palliativmedizin.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Rolke

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum,
RWTH Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
rolke@ukaachen.de

Interessenkonflikt. Prof. Rolke gibt an, dass zum Thema des Beitrags kein Interessenkonflikt besteht. Prof. Rolke erhielt Honorare für Vorträge oder Teilnahme an Advisory Boards der Firmen Astellas, Grünenthal, Lilly, Mundipharma, neuraxpharm, Pfizer, TAKEDA und TEVA.

Erwiderung zu einem Leserbrief von Wirz et al.;
diesen finden Sie in der vorliegenden Ausgabe
und auf SpringerLink mit dem DOI 10.1007/
s00482-016-0094-9.