

Medikamentöse Therapie chronischer Schmerzen im Praxisalltag

Bei einer Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein gaben die Referenten aktuelle Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie von Menschen mit chronischen Schmerzen.

von Martina Levartz und Dagmar David

Dr. Holger Neye, Pharmakotherapieberater der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und von Hause aus Pharmazeut, führte durch die 10. Veranstaltung im Rahmen der Reihe „Verordnungssicherheit“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN). Gleich zu Beginn wurde die Relevanz des Themas verdeutlicht. Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte 2003 Zahlen, nach denen es in Deutschland fünf bis acht Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen gibt. Circa 600.000 bis 700.000 dieser Patientinnen und Patienten benötigen eine spezielle Schmerztherapie.

Die „klassische“ Schmerztherapie

Professor Dr. Michael Zenz, Emeritus der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Palliativ- und Schmerzmedizin der Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinik Bergmannsheil Bochum, stellte dar, mit welchen Mythen die Schmerztherapie in den vergangenen Jahrzehnten zu kämpfen hatte – und noch immer hat. Wurden die Morphine eine Zeit lang als suchterzeugend verteuelt und viel zu selten eingesetzt, wurden sie danach mitunter als Allheilmittel in der Schmerztherapie angesehen und zum Teil unkritisch zu häufig eingesetzt.

Professor Zenz erinnerte die Zuhörer an das ursprüngliche Stufenkonzept der WHO, das ausschließlich für die Therapie des Tumorschmerzes ausgearbeitet wurde. Inzwischen wird es fast uneingeschränkt zur Therapie jeder Form von Schmerzen herangezogen. Dabei wird häufig das entscheidende Kriterium für die Wahl der „Stufe“ weggelassen: der zu therapierende Schmerz. Nach dem WHO-Konzept soll die Behandlung auf der nächsten Stufe erst dann fort-

geführt werden, wenn durch Medikamente der vorangegangenen Stufe keine ausreichende Schmerzlinderung erzielt wurde.

Um diese Entscheidung fällen zu können, bedarf es zweier grundlegender Voraussetzungen: Erstens muss der Schmerz „gemessen“ werden. Hierzu stehen verschiedene Schmerzskalen zur Verfügung. Im Allgemeinen hat sich eine Skala von 0 bis 10 bewährt, bei der die „Null“ absolute Schmerzfreiheit bedeutet und „Zehn“ den schlimmsten vorstellbaren Schmerz. Einstufungen von „Fünf“ und höher sind sicher therapiebedürftig, eine „Drei“ ist ein erträglicher Schmerz.

Der zweite wichtige Punkt besteht darin, mit den Patienten zu klären, welches Ziel die Therapie verfolgt. Der erste Schritt bei Schmerzpatienten ist es, wieder ein (schmerzfrees) Durchschlafen zu ermöglichen. Wenn dieses Ziel erreicht ist, würde eine Schmerzfreiheit in Ruhe, danach eine Schmerzfreiheit bei Belastung das Therapieziel darstellen.

Folgt man dem Stufenschema, nähert man sich dem Therapieziel zunächst über Arzneimittel der ersten Stufe. Die Medikamente dieser Stufe haben aber Maximaldosen. Auch bei weiterer Dosissteigerung kann keine Wirkungserhöhung, sondern allenfalls eine Steigerung der unerwünschten Wirkungen erzielt werden. Bei einer nicht ausreichenden Schmerzreduktion sollte daher auf die Medikation der nächsten Stufe übergegangen werden.

Professor Zenz betonte, dass ausschließlich in der Therapiestufe 1 die Dosierung entsprechend der Dosieranleitung erfolgt. In Stufe 2 und 3 werden Opiate/Opioide eingesetzt, deren Dosierung immer individuell auf die Bedürfnisse (und Funktionswerte) des Patienten abzustimmen sind.

WHO-Stufenschema der Schmerztherapie

Schmerz

- Stufe 1: Nicht-Opioidanalgetika **bei fortbestehendem Schmerz**
- Stufe 2: Niederpotente Opiate/Opioide + Nicht-Opioidanalgetika **bei fortbestehendem Schmerz**
- Stufe 3: Hochpotente Opiate/Opioide + Nicht-Opioidanalgetika

Zur Unterstützung der Analgesie beziehungsweise Behandlung von Nebenwirkungen der Analgetika werden zum Beispiel Antidepressiva, Cortikosteroide und Antiepileptika als Co-Medikation eingesetzt. Diese kann und soll in jeder Stufe des WHO-Schemas erfolgen. Übelkeit und Obstipation als typische Nebenwirkungen von Opioiden führen aber dazu, dass in den Stufen 2 und 3 eine Co-Medikation fast regelhaft erforderlich ist. Die Schmerztherapie sollte, abgesehen von begründeten Ausnahmen, entsprechend dem Stufenschema, oral und nach festem Zeitschema erfolgen.

Grundprinzipien der Schmerztherapie

by the mouth – möglichst orale Gabe
by the clock – regelmäßige Gabe,
by the ladder – stufenweise
for the individual – individuell abgestimmt

Arzneimittelinteraktionen

Pharmakodynamik, Pharmakokinetik und Galenik müssen keine trockene Materie sein, wie Dr. Kuno Güttler vom Institut für Pharmakologie der Universitätsklinik zu Köln bewies. Er erläuterte, dass Arzneimittel meist nicht direkt wirken, sondern erst durch Körperstoffe/Enzyme aktiviert beziehungsweise zu wirksamen Abbauprodukten verstoffwechselt werden. Diese Prozesse werden durch eine Vielzahl von anderen Faktoren direkt beeinflusst.

Grundsätzlich gilt: Nahrungsmittel und Arzneimittel wie Grapefruchtsaft, Cranberry, Clarithromycin, Doxepin, Erythromycin hemmen verschiedene Abbauenzyme und Resorptions-/Transportmoleküle von unverändert wirksamen und „aktivierten“ Arzneistoffen, was zum Anstieg der Wirkstoffspiegel führt. Andere Substanzen wie Johanniskraut, Carbamazepin, Glukokortikoide führen zur Enzyminduktion mit beschleunigtem Abbau des Wirkstoffes und damit zu einer Verminderung der Wirkung des Medikamentes.

So kann zum Beispiel die Gabe von Tramadol bei einer Phenprocoumontherapie den INR anheben; Fentanyl bei gleichzeitiger Gabe von SSRI kann zum Serotonin-

Syndrom führen. Anhand zahlreicher Beispiele machte Güttler klar, dass die Unkenntnis von Interaktionen insbesondere zwischen Arzneimitteln zu gefährlichen Intoxikationen oder völliger Wirkungslosigkeit der verabreichten Medikation führen kann.

Ein ernstes Problem liegt darin, dass die Patienten ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte häufig nicht über die zusätzliche Einnahme von freiverkäuflichen Präparaten informieren. Insbesondere Schmerzmittel wie Paracetamol oder Vertreter der Gruppe der NSAR sind problematisch. Zum einen sind über 30 Prozent der Medikamenten-induzierten Nierenversagen auf diese Wirkstoffgruppen zurückzuführen, zum anderen können sie in Kombination mit lege artis verordneten Medikamenten zu einer gefährlichen Kombination werden.

Hier sind insbesondere Wirkungswechsel mit den Wirkstoffgruppen der Blutdruck-/KHK-Therapie zu erwähnen. So kann Ibuprofen die kardioprotektive Wirkung von ASS aufheben, sodass diese Kombination wenn möglich vermieden werden sollte oder ein mindestens 2-stündiger Abstand zwischen der Einnahme von ASS und der von Ibuprofen sichergestellt werden sollte. NSAR in Kombination mit Opioiden können zum akuten Harnverhalt führen.

Schon diese Beispiele zeigen, dass bei Schmerzpatienten nach einer „Beimedikation“ gefragt und über Risiken durch zusätzliche Präparate aufgeklärt werden sollte. Doch nicht nur Wechselwirkungen zwischen Medikamenten sind von Bedeutung, auch eine nicht unbedeutende Anzahl von Nahrungsmitteln kann das Therapieziel vereiteln. Von dem inzwischen bekannten „Problem“ Grapefruchtsaft über Knoblauch bis hin zu Grillgut ist das Spektrum breit. So kann auch die Wirkung von Fentanyl und Morphin durch Johanniskraut, Carbamazepin und Dexamethason abgeschwächt werden, während sie durch Grapefruchtsaft, Mandarinen und Knoblauch verstärkt wird.

Schmerzen im Alter

Auf die Schmerztherapie bei älteren Patienten ging Dr. Susanne Stehr-Zirngibl vom Schmerztherapeutischen Zentrum im St. Vinzenz-Krankenhaus in Düsseldorf ein. In der weiter wachsenden Bevölkerungsgruppe der 60- bis 90-Jährigen wird „chronischer Schmerz“ (je nach Studie) mit einer Prävalenz von bis zu 80 Prozent angegeben.

Verschiedene pathophysiologische Veränderungen, die unter anderem im Alter die Gefahr für UAW steigern

- Ungleichmäßige Resorption durch:
- Verminderte Magen-Darm-Motilität
 - Dyspepsie/Obstipation
- Verteilungsstörungen durch:
- Abnahme des Serumalbumins
 - Veränderte Fett/Muskel-Relation
 - Abnahme des Gesamtkörperwassers

Ein Umstand, der häufig in einen circulus vitiosus aus Schonverhalten, Muskel-/Knochenabbau, Depression und Schmerz führt, der durchbrochen werden muss.

Daher ist nicht nur eine medikamentöse Therapie von Bedeutung, sondern auch die Motivation der Patienten zur Bewegung. Schmerzdiagnostik und -therapie bei älteren Patienten stellen verschiedene Disziplinen vor eine besondere Herausforderung. Zum einen ist die Diagnostik erschwert, da diese Bevölkerungsgruppe insgesamt seltener Schmerz äußert und häufiger kognitiv eingeschränkt ist. Entsprechend sollte zur Diagnose die Kognition überprüft und gezielt nach Stürzen und Schmerzen gefragt werden.

Zum anderen kann durch die pathophysiologischen Veränderungen und diverse Komorbiditäten beim alten Menschen die Therapie erschwert sein. Hier spielt zum Beispiel das nicht selten vergessene Problem der in dieser Patientengruppe weit verbreiteten Niereninsuffizienz eine wichtige Rolle. Zu beachten ist, dass das Ausmaß der Einschränkung der Nierenfunktion nicht über den Kreatininwert direkt ermittelt werden kann, sondern dass hierzu die Clearance berechnet werden muss. Auch die reduzierte Eiweißtransportkapazität oder anticholinerge Beeinträchtigung führen im Alter zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW).

Statistisch gesehen kommt es bei älteren Menschen häufiger zu UAW. Es besteht die Gefahr, dass diese nicht als solche erkannt, sondern als weiteres Krankheitsbild durch weitere Medikamente behandelt werden. Anhand von Beispielen verdeutlichte Dr. Susanne Stehr-Zirngibl, wie solche Verkettungen innerhalb kurzer Zeit auch zum Tode führen können.

Um Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln für ältere Patientinnen und Patienten zu unterstützen, hat ein Team um Professor Dr. Petra Thürmann, Wuppertal, die Priscus-Liste (<http://priscus.net>) entwickelt. Dort wer-

den Arzneimittel mit einer Angabe zu deren Eignung zum Einsatz bei älteren Menschen aufgelistet. Susanne Stehr-Zirngibl betonte, dass ältere Menschen in gleicher Weise wie jüngere Menschen von einer multimodalen und interdisziplinären Schmerztherapie profitieren. Voraussetzung sei, sich auf die Bedürfnisse älterer Menschen einzustellen und das Therapieprogramm entsprechend anzupassen.

Psychische Komorbidität

Abgerundet wurde das Thema von Claudia Böwering-Möllenkamp, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie aus Düsseldorf. Sie beleuchtete das Thema der psychischen Komorbidität bei chronischen Schmerzen. In der Therapie spielt dieses Thema in zweierlei Hinsicht eine wichtige Rolle. Zum einen ist das Symptom Schmerz, wenn es kein akutes Warnsignal, sondern ein dauernder Begleiter ist, so belastend, dass häufig bei den Patienten depressive Symptome hinzukommen.

Auf der anderen Seite gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die sich primär durch Schmerzäußerungen manifestieren: 40 bis 75 Prozent aller depressiven Patienten klagen über Schmerzsymptome und 40 bis 50 Prozent aller Schmerzpatienten entwickeln eine depressive Störung. Grundsätzlich steigt das Risiko der Chronifizierung von Schmerzen, wenn psychosoziale Prozesse und/oder eine zugrunde liegende psychische Komorbidität übersehen werden.

Kritische Worte fand die Referentin zu einem häufig als Diagnose bemühten Schmerzsyndrom: der Fibromyalgie. Sie wies darauf hin, dass der „Erfinder“ der Fibromyalgie bereits vor Jahren die Fachwelt dazu aufgerufen habe, die sogenannten Tender Points nicht weiter zur Diagnosefindung zu nutzen, da sie nicht zu diesem Zweck dienen. Auch sei die Vielzahl der bei diesen Patientinnen und Patienten zu findenden psychischen Komorbiditäten beachtlich. Aus psychiatrischer Sicht sei die Verwendung dieser Diagnose eventuell ein gangbarer Weg, um den Patientinnen und Patienten eine Krankheitsbewältigung zu ermöglichen und den ansonsten verweigeren Weg in eine geeignete Therapie der psychiatrischen Komorbidität zu eröffnen.

Dr. med. Martina Levartz, MPH, ist Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN),
Dr. med. Dagmar David, MPH, ist Referentin des IQN.