

Medikamentöse Maßnahmen der Schmerztherapie

Autor:

Dr. med. Jörg Stockmann

Stand:

Dieser Text wurde erstmals unter dem Titel „Schmerztherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung“ im Themenheft „Schmerzen“ der „Zeitschrift Menschen.“ veröffentlicht (2/2017, S.41-44).

1. Grundsätzliches

Schmerzen bei Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB) sind häufig und bleiben oft unerkannt (Weissman-Fogel u.a. 2015; Boerlage u.a. 2013). Der systematischen Erfassung von Schmerzen mit erprobten Schmerzskalen und Fragebögen wird in der Literatur vergleichsweise viel Aufmerksamkeit geschenkt. Im Gegensatz dazu finden sich kaum wissenschaftliche Arbeiten zur Therapie von Schmerzen bei MmgB. Veröffentlichungen zu diesem Thema beschäftigen sich überwiegend mit der Problematik postoperativer Schmerzen bei Kindern mit geistiger Behinderung.

Schmerz ist ein sehr unangenehmes Gefühl und kann als geradezu lebensbedrohlich empfunden werden („Vernichtungsschmerz“). Schmerz kann sich unabhängig von seiner Ursache als eigenständige chronische Erkrankung manifestieren („Schmerzgedächtnis“). Keine Schmerzen zu haben wird von fast allen Menschen als enorm wichtig beschrieben. Warum also sind unbehandelte Schmerzen bei MmgB so häufig und was können wir dagegen tun?

Der wahrscheinlichste Grund für unbehandelte Schmerzen bei MmgB liegt in der Tatsache, dass Schmerz ein subjektives Gefühl ist, welches diese Menschen wegen Kommunikationsbarrieren nicht klar genug mitteilen können. Hinzu kommt, dass die Forschung aus ethischen Gründen Schwierigkeiten hat, die erwähnte Patientengruppe in systematischen Studien zu untersuchen. Ein weiterer Grund liegt in der Tatsache, dass Ärzte Schmerzmittel nicht „ohne Grund“ verordnen wollen bzw. sollen. Wenn im individuellen Fall Schmerz aus ärztlicher Sicht fraglich ist und es keine eindeutige Ursache oder Krankheit für den vielleicht nur vage von Betreuungspersonen vermuteten Schmerz gibt, warum dann also Schmerzmittel verordnen?

Um in Zukunft zu einer besseren Schmerztherapie zu kommen, benötigen wir engagierte Fürsprecher auf Seiten der Betreuungspersonen. Und wir benötigen Ärzte, die für dieses komplexe Problem offen sind. Die Betreuungspersonen müssen aufmerksam und systematisch auf Schmerz achten (z.B. mit Schmerzevaluationsbögen). Die behandelnden Ärzte müssen die Beobachtungen der Betreuungspersonen ernstnehmen und mit entsprechenden diagnostischen, aber auch therapeutischen Bemühungen reagieren.

Häufig führen ärztliche Untersuchungen bei MmgB nicht zu eindeutigen Ergebnissen. Darum kann kein überzeugender, die Ursache berücksichtigender Therapieplan entstehen. Die Gründe für diagnostische Schwierigkeiten liegen sowohl im Gesundheitswesen selbst (zunehmender Zeitdruck, maximale Spezialisierung usw.) als auch bei den Patienten (uneindeutige Anamnesen, mangelnde Kooperationsfähigkeit, komplexe Mehrfacherkrankungen usw.). Außerdem gibt es Schmerzarten (wie die Migräne), die keine messbaren oder erkennbaren Veränderungen im Körper hervorrufen. Laborwerte oder CT-Bilder können also nichts zur Klärung beitragen. In vielen Fällen wird man bei aufmerksamer Beobachtung Schmerz vermuten, aber keine klare Vorstellung von der Schmerzursache haben und was nun konkret untersucht werden soll. In diesen Situationen sollte eine Schmerztherapie ausprobiert werden.

2. Was kann man tun? Was muss dabei beachtet werden?

Allgemeine Maßnahmen

Viele MmgB sind von zusätzlichen körperlichen Behinderungen wie Tetraspastik oder schwerer Skoliose betroffen. Die Mobilität und Fähigkeit die Körperposition aktiv zu verändern ist eingeschränkt. Bevor Schmerzmittel eingesetzt werden, sollten andere Möglichkeiten der Schmerztherapie in Betracht gezogen werden.

Nicht selten können Lagerungshilfen im Bett, geeignete Sitzmöglichkeiten, individuell angepasste Rollstühle oder Orthesen zu einer Schmerzreduktion beitragen. Der Bewohner (Patient) sollte genau beobachtet, die Erfahrungen und Beobachtungen dokumentiert und im Team diskutiert werden. Schmerz kann beispielsweise durch zu langes aufrechtes Sitzen über Stunden in der Werkstatt entstehen oder weil die Sitzschale des Rollstuhls nicht passt. Die von den Betreuungspersonen gemachten Beobachtungen müssen mit den behandelnden Ärzten (Hausarzt, Orthopäde) besprochen werden. Ärzte können dann Hilfsmittel (Orthesen, Sitzschalen, Weichlagerungsmatratzen etc.) oder Heilmittel (Physiotherapie) verordnen. Ein engagierter Hilfsmittelversorger kann dann im Idealfall dazu beitragen, dass die Sitzschale des Rollstuhls nach Anpassung oder Neuherstellung eben nicht mehr drückt. Ebenso kann konsequent regelmäßig durchgeführte Physiotherapie zur Schmerzreduktion beitragen. Hier scheuen sich Ärzte nicht selten aus Angst vor Regressforderungen der Krankenkasse, Physiotherapie im erforderlichen Umfang zu verordnen. Betreuungspersonen oder Familienangehörige sollten auch hier als Fürsprecher auftreten. Der Erfolg der Physiotherapie kann wie bereits erwähnt mit Schmerzskalen und guter Dokumentation belegt werden, so dass die verordnenden Ärzte sich gegen Regressforderungen wehren können.

Bei Menschen mit weniger starken kognitiven Einschränkungen gibt es Hinweise darauf, dass auch psychotherapeutische Verfahren erfolgversprechend sind (McGuire u.a. 2013, McManus u.a. 2014). Die Verfügbarkeit von Psychotherapie ist allerdings insbesondere für MmgB stark limitiert.

Probatorische Therapie mit Schmerzmitteln

Unter „probatorisch“ verstehen wir im Allgemeinen einen Therapieversuch, der eine Klärung bringen soll. Ein Schmerzmittel soll dann nicht nur den vermuteten Schmerz behandeln, sondern auch Klarheit verschaffen, ob überhaupt Schmerz vorliegt.

Unabhängig von der auslösenden Ursache können und sollen also bei mutmaßlichem Schmerz Analgetika eingesetzt werden. Viele Analgetika sind frei verkäuflich. Fast alle Menschen (ohne geistige Behinderung) kaufen sich im Bedarfsfall ein Schmerzmittel in der Apotheke, ohne vorher einen Arzt aufzusuchen. So liegt der Pro-Kopf-Verbrauch für Schmerzmittel in Deutschland bei etwa 50 Tabletten pro Jahr.

Menschen mit geistiger Behinderung leben häufig in stationären Wohneinrichtungen und sind nicht in der Lage, sich selbst Schmerzmittel zu „verordnen“, zu kaufen und selbstständig einzunehmen. Die Betreuungspersonen sind andererseits verpflichtet, Medikamente (auch solche, die nicht verschreibungspflichtig sind) nur auf ärztliche Anordnung auszugeben. Dies erhöht die Barrieren für eine Behandlung mit Analgetika, obwohl Schmerz ein allgegenwärtiges Phänomen ist. Wegen dieser Umstände kann eine Verpflichtung für Ärzte und Betreuungspersonen formuliert werden, den Einsatz von Schmerzmitteln häufiger zu erwägen als normalerweise üblich.

Vor jeder probatorischen Schmerztherapie sollte immer die Frage stehen, ob es sich um einen akuten Schmerz handelt oder eher ein chronischer Schmerz vermutet wird. Bei akuten Schmerzen sollten in jedem Fall ärztliche und ergänzend apparative Untersuchungen zur Abklärung erfolgen, um eine akute Krankheit (Appendizitis, Knochenbruch etc.) nicht zu übersehen. Auch chronischer Schmerz kann eine eindeutige und behandelbare Ursache haben. Insofern müssen auch hier diagnostische Bemühungen erfolgen. Jedoch sinken die Erfolgsaussichten im Hinblick auf Erkennen einer solchen Ursache mit zunehmender Schmerzdauer und bereits erfolgten Untersuchungen.

Im Folgenden werden Pro- und Contra-Argumente beschrieben und Vorschläge zur Auswahl von Schmerzmitteln gemacht.

Pro Analgetika

Der probatorische Einsatz von Schmerzmitteln ist gerechtfertigt, weil:

- die Prävalenz von Schmerz bei MmgB sehr hoch ist,
- die Schmerzbehandlung die Entwicklung einer eigenständigen (Schmerz-)Erkrankung u.U. verhindern kann,
- die Lebensqualität gebessert werden kann,
- das vermehrte Auftreten von Verhaltensproblemen, ausgelöst durch Schmerz mit Störung der sozialen Beziehungen und Erhöhung des Betreuungsaufwandes, reduziert werden kann.

Contra Analgetika

Der ungezielte Einsatz von Schmerzmitteln bei MmgB muss vermieden werden, weil:

- Schmerzmittel gefährliche Nebenwirkungen haben können - z.B. Sedierung, Verstopfung, Schädigung des Knochenmarks, Schädigung der Nieren, Abhängigkeit, Auslösen eines Analgetikakopfschmerzes,
- eine ungezielte Gabe von Schmerzmitteln die Ursache von Schmerzen verdecken kann,
- Wechselwirkungen z.B. mit Antiepileptika oder Psychopharmaka auftreten können mit der Folge eines Wirkungsverlust oder einer unerwünschten Wirkungsverstärkung einzelner Medikamente.

3. Wie könnte eine probatorische Schmerztherapie praktisch aussehen?

Grundsätzlich ist zu empfehlen, den Erfolg (oder Misserfolg) einer probatorischen Schmerztherapie mittels Schmerzerfassungsskala zu überprüfen.

Basis für jede Schmerztherapie ist das Stufenschema der WHO, welches aus 3 Stufen besteht:

1. Stufe: Nichtopioide („periphere“ Analgetika)
2. Stufe: mittelstarke Opioide + Nichtopioide der Stufe 1
3. Stufe: Starke Opioide + Nichtopioide der Stufe 1

Stufe 1

Allgemein wird empfohlen, die peripheren Analgetika (ASS, Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Novaminsulfon) in einer Standarddosis zu geben und nicht wie bei den Opioiden individuell zu dosieren. Aus Angst vor Nebenwirkungen wird aber häufig eine eher kleine Dosis verordnet, die dann möglicherweise nicht wirkt. Die Tagesdosis sollte unter Beachtung möglicher Gegenanzeigen und Nebenwirkungen hoch genug sein, z.B. 4x 1000 mg bei Paracetamol bzw. Novaminsulfon oder 3x 600-800 mg bei Ibuprofen.

Die die probatorische Schmerztherapie gleichzeitig überprüfen soll, ob überhaupt Schmerz wahrscheinlich ist, kann eine zu geringe Dosis ein falsches Testergebnis liefern. Dieses würde die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der betroffene Mensch weiter unbehandelt bleibt. Das Motto muss also lauten „Wenn, dann richtig“.

Die individuelle Auswahl der Medikamente sollte durch den Hausarzt erfolgen, da jedes Medikament eigene Risiken hat.

Bei großer diagnostischer Unsicherheit und gleichzeitiger Annahme starker, chronischer Schmerzen ist zu überlegen, sofort die Stufe 2 zu verwenden.

Stufe 2

Hier stehen im Wesentlichen 2 Präparate zur Auswahl: Tramadol und Tilidin (+ Naloxon). Meistens wird Tilidin bevorzugt, weil es weniger Wechselwirkungen aufweist und seltener als Tramadol Übelkeit auslöst. Beide Präparate stehen auch als Tropfen zur Verfügung. Wie bei den stark

wirksamen Opioiden werden zur Vermeidung von zu raschem Wirkungseintritt im Gehirn aber vorzugsweise Tabletten verordnet, die den Wirkstoff langsam freisetzen. Ein rascher Wirkeintritt erhöht das Suchtpotenzial deutlich.

In der 2. Stufe werden die Medikamente aus Stufe 1 parallel weiter verordnet, weil diese einen anderen Angriffspunkt im Nervensystem haben.

Stufe 3

Bekannteste Substanz der Stufe 3 ist das Morphin. Daneben existieren zahlreiche andere Opiode wie Fentanyl (als Pflaster), Oxycodon oder Hydromorphon.

Bei der probatorischen Schmerztherapie mit stark wirksamen Opioiden sind aus ärztlicher Sicht besonders hohe Hürden zu überwinden. Die Verordnung unterliegt dem komplizierten Regelwerk der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und muss auf einem speziellen Betäubungsmittelrezept erfolgen. Allein die Beachtung aller Vorschriften stellt eine gewisse Barriere dar. Zudem gehen die Meinungen zur Verschreibung von Opioiden beim Nicht-Tumorschmerz unter Experten zum Teil deutlich auseinander. Während den deutschen Ärzten vor 10-15 Jahren häufig der Vorwurf einer Unterversorgung der Bevölkerung mit Opioiden gemacht wurde, hat sich in den letzten 5 Jahren dieser Trend wieder ein wenig umgekehrt. Insbesondere in den USA hatte man die Erfahrung gemacht, dass durch vermehrte Verschreibung der starken Opiode beim Nicht-Tumorschmerz die Zahl der Abhängigen und Toten deutlich angestiegen ist. In Deutschland wurde darum eine Leitlinie zu diesem Thema veröffentlicht (AWMF online 2015). Leider finden sich dort keine Aussagen zum Thema „Schmerz bei MmgB“. Die Autoren gehen von relativ eindeutigen Diagnosen und Schmerzursachen aus. Grundsätzlich kann aber auch bei MmgB und unklaren, aber mutmaßlich starken Schmerzen auf Medikamente der Stufe 3 zurückgegriffen werden. Ein 4-12-wöchiger Behandlungsversuch mit starken Opioiden ist bei vielen Schmerzursachen auch nach dieser Leitlinie gerechtfertigt.

Bei der Gabe von Schmerzmitteln über eine Ernährungssonde (PEG, JET-PEG) ist zu beachten, dass einige Medikamente nicht gemörsert werden dürfen. Dies gilt vor allem für sogenannte Retardpräparate und betrifft in erster Linie die Opiode (z.B. Tilidin retard, Tramadol retard, Oxycodon retard). Für Patienten mit Schluckstörungen oder Sonden stehen Schmerzmittel als Tropfen, mörserbare Tabletten, Zäpfchen, Pflaster, Schmelztabletten oder Injektionen zur Verfügung. Da die Wirkdauer verkürzt ist, müssen die Abstände der Schmerzmittelgaben verkürzt werden.

Immer sollte bedacht werden, dass weitere Medikamente wie z.B. Antidepressiva oder Medikamente gegen Übelkeit oder Verstopfung eine sinnvolle Ergänzung des WHO-Stufenschemas darstellen können. Gerade die Verstopfung stellt ein sehr ernst zu nehmendes gesundheitliches Problem vieler Menschen mit schwerer Behinderung dar, welches sich durch Opiode deutlich verschärfen kann.

Zusammenfassung

Die probatorische Schmerztherapie stellt nach entsprechender ärztlicher Diagnostik eine sinnvolle Option dar. Sie sollte immer begleitet werden von einer systematischen Beobachtung des Patienten mittels Schmerzevaluationsskalen.

Literatur

AWMF online-Empfehlungen der S3 - Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ - „LONTS“. AWMF-Register Nr. 145/003 Klasse: S.3
Aktueller Stand: 09/2014, Überarbeitung 01/2015

Boerlage AA, Valkenburg AJ, Scherder EJ, Steenhof G, Effing P, Tibboel D, van Dijk M. Prevalence of pain in institutionalized adults with intellectual disabilities: a cross-sectional approach. *Res Dev Disabil.* 2013 Aug;34(8):2399-406. doi: 10.1016/j.ridd.2013.04.011

McGuire BE, Kennedy S. Pain in people with an intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry.* 2013 May;26(3):270-5. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835fd74c. Review

McManus S, Treacy M, McGuire BE. Cognitive behavioural therapy for chronic pain in people with an intellectual disability: a case series using components of the Feeling Better programme. *J Intellect Disabil Res.* 2014 Mar;58(3):296-306. doi: 10.1111/jir.12018

Weissman-Fogel I, Roth A, Natan-Raav K, Lotan M. Pain experience of adults with intellectual disabilities-caregiver reports. *J Intellect Disabil Res.* 2015 Oct;59(10):914-24. doi: 10.1111/jir.12194