

Fundamentale Prinzipien des Schmerzmanagements

JOURNAL OF THE AMERICAN BOARD OF FAMILY PRACTICE

Ein angemessenes Management des Schmerzes ist eine der ärztlichen Grundaufgaben. Diese Übersicht diskutiert grundlegende Aspekte der Schmerztherapie.

Schmerz ist etwas Alltägliches und gehört zu den häufigsten Ursachen für Konsultationen in der Grundversorgung. Zur Häufigkeit des Phänomens gibt es Zahlen, diese Übersicht nennt bei Erwachsenen 90 Prozent, die mindestens einmal pro Monat, und 42 Prozent, die täglich Schmerzen angeben. In der Grundversorgung hätten 22 Prozent der Patientinnen und Patienten chronische Schmerzen. Nach Erkenntnissen der WHO sind die häufigsten Schmerztypen, wegen deren Patienten ihre Hausärztinnen und Hausärzte aufsuchen, in absteigender Reihenfolge: Rückenschmerzen, Kopfweh, Gelenkschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Brustschmerzen, Bauchweh und Schmerzen anderer Lokalisationen.

Der Patient gehört ins Zentrum

Schmerz wird nur durch den Patienten wahrgenommen und ist eine höchst individuelle Angelegenheit. Von der ersten Konsultation an ist der Einbezug des Patienten in den Behandlungsplan daher ein Schlüssel zum effektiven Schmerzmana-

gement. An erster Stelle steht dabei die Exploration, wie weit das Verständnis für die Krankheit reicht, und jede folgende Konsultation bietet die Gelegenheit zur Patientenedukation. Ziel ist das «Empowerment» des Patienten, verstanden als die Fähigkeit, bei der Heilung und beim Setzen realistischer Behandlungsziele eine wichtige Rolle zu spielen.

Schmerzerfassung und Schmerzmessung

Die Angaben der Patienten sind der zuverlässigste Indikator zu Vorhandensein und Intensität von Schmerzen. Obwohl Schmerz ein komplexes, multidimensionales Phänomen ist, brauchen die Methoden der Schmerzmessung nicht besonders komplex zu sein. Absolut bewährt hat sich eine numerische Skala («0 ist kein Schmerz», «10 ist so schlimm wie überhaupt vorstellbar») oder die visuelle Analogskala (VAS), wobei Letztere bei Kindern oder Adoleszenten zuverlässigere Resultate ergibt. Der Wert auf einer numerischen Skala lässt sich auch am Telefon erfragen.

Die meisten Schmerzpatienten haben einen «anatomischen Schmerzgenerator», den es zu fassen gilt, obwohl der individuell wahrgenommene Schmerz ist dann das Produkt vieler weiterer Faktoren, etwa von körperlichen Begleiterkrankungen oder psychosozialen Einflüssen.

Therapie

Der Endpunkt der Behandlung ist oft Ergebnis einer Verhandlung mit dem Patienten. Die zur Schmerzbekämpfung eingesetzten Modalitäten können den Schmerz oft nicht völlig unterdrücken, aber sie können eine ausreichende Besserung be-

wirken, die vom Patienten gewünschte Aktivitäten ermöglicht. Zu einer Unterbehandlung kann es kommen, wenn der behandelnde Arzt mit Opioiden nicht vertraut ist oder die bürokratischen Hürden bei der Verschreibung scheut. In einem multimodalen Konzept erlaubt der Einsatz von Nichtopioid-Analgetika, den Gesamtbedarf an Opioiden und das Ausmass der Nebenwirkungen zu senken. Solche Nichtopioid-Analgetika sind etwa Capsaicin, nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), trizyklische Antidepressiva, Steroide oder Antikonvulsiva.

«Die meisten Schmerzpatienten haben einen <anatomischen Schmerzgenerator>, den es zu fassen gilt, obwohl der individuell wahrgenommene Schmerz dann das Produkt vieler weiterer Faktoren ist.»

1986 wurde das inzwischen bekannte Drei-Stufen-Schema der WHO erstmals für die Schmerzbehandlung bei Krebskranken vorgestellt. Inzwischen hat es sich auch bei anderen Schmerzpatienten vielfach bewährt.

Leichte Schmerzen

Leichte Schmerzen lassen sich definieren durch einen Wert zwischen 1 und 3 auf einer numerischen 1–10-Skala, die fast den ganzen Tag andauern oder jeden Tag wiederkehren oder mehrfach pro Tag auftreten. Die genaue Beschreibung des Schmerzausmasses und die Wertigkeit für die Betroffenen variieren von Mensch zu

Fundamentale Prinzipien des Schmerzmanagements

Mensch und hängen überdies von kulturellem Hintergrund, zurückliegenden Erfahrungen, Schmerzschwelle und anderen Faktoren ab.

«Wenn man den Schmerz ernst nimmt, schafft man Vertrauen und erlaubt dem Patienten (und seiner Familie), über Bedenken und Symptome freier zu sprechen.»

Bei der Behandlung leichterer Schmerzen halte man sich Folgendes vor Augen:

- Eine realistische Beruhigung ist eine Form der präventiven Medizin.
- Schmerz kann Ängste vor Tod, Behinderung oder Fortschreiten der Krankheit auslösen. Stützung und Edukation können sogar bei leichten Schmerzen wichtig sein, je nachdem, welche Bedeutung ihnen der oder die Betroffene beimisst. Wenn man den Schmerz ernst nimmt, schafft man Vertrauen und erlaubt dem Patienten (und seiner Familie), über Bedenken und Symptome freier zu sprechen, ohne zu befürchten, dass der Arzt dadurch von der Behandlung der Krankheit abgelenkt wird. Hierzu gehört auch die klare Aussage zuhanden des Patienten, dass Schmerz nicht immer einer Schädigung gleichkommt.
- Eine nichtpharmakologische Therapie kann für die Behandlung leichter Schmerzen ausreichend sein. Zu denken ist hierbei an Entspannungstechniken, psychosoziale Beratung, Physiotherapie. Komplementärmedizinische Angebote können auch indiziert sein, vor allem dann, wenn dies der Patient wünscht.
- Das Angebot einer medikamentösen Therapie bietet die Gelegenheit zur Patientenschulung. Viele Patienten haben falsche Vorstellungen über Schmerzmittel. Es ist nie zu früh, um Aspekte wie Toleranz, Abhängigkeit und Sucht anzusprechen.

Patienten mit leichteren Schmerzen kann man zunächst Paracetamol oder NSAR anbieten. Ist dies nicht ausreichend, ist der nächste Schritt eine Kombination eines Opioids mit einem Nichtopioid oder auch eine niedrige Dosis eines kurzwirkenden (bei akutem Schmerz) oder eines langwirkenden Opioids (bei chronischen Schmerzen). Kurzfristig kann eine Medikation nach Bedarf angemessen sein. Ist leichter Schmerz jedoch kontinuierlich oder belastend, ist dieses Vorgehen nicht adäquat, und es sollte ein fixes Dosisschema verschrieben werden.

Selbst leichte Schmerzen sollten alle paar Tage neu beurteilt werden, um sich zu vergewissern, dass die Behandlung adäquat ist. Bei chronischen Schmerzen sind langwirkende Präparate vorzuziehen. Beim Wechsel von kurz- auf langwirkende Opioide sollte immer auch ein kurzwirkendes Medikament für Durchbruchschmerzen verschrieben werden. Bei Folgekonsultationen ist immer nach dem Schmerzniveau, aber auch nach Nebenwirkungen zu fragen.

«Das Angebot einer medikamentösen Therapie bietet die Gelegenheit zur Patientenschulung. Viele Patienten haben falsche Vorstellungen über Schmerzmittel. Es ist nie zu früh, um Aspekte wie Toleranz, Abhängigkeit und Sucht anzusprechen.»

Nimmt ein Patient Medikamente, ohne eine ausreichende Schmerzlinderung zu erfahren, steht man vor mehreren Optionen: die Dosis erhöhen, ein Opioid oder eine adjuvante Medikation hinzufügen, eine komplementärmedizinische Massnahme einsetzen, Verhaltensprobleme näher explorieren.

Die Kombination eines Opioids mit einem Nichtopioid (z.B. Paracetamol) kann tie-

ferre Dosierungen beider Komponenten erlauben und damit die Häufigkeit von Nebenwirkungen günstig beeinflussen, ohne die Wirksamkeit der Schmerz- bekämpfung zu kompromittieren.

Zur Abschätzung der Wirksamkeit der Schmerztherapie soll man einen Zeitraum festsetzen. Die oft unumgängliche Polypharmazie birgt auch eine erhöhtes Risiko für Medikamenteninteraktionen und Nebenwirkungen. Die Hausärztin oder der Hausarzt muss daher die Liste der eingesetzten Medikamente regelmässig überprüfen. Auch nichtpharmakologische Massnahmen sollten abgesetzt werden, wenn sie sich nach einigen Wochen als ineffektiv erwiesen haben.

«Seelenfrieden ist ein mächtiges Adjuvans bei der Schmerzlinderung.»

Mittelschwere Schmerzen

Mittelschwere oder mässig starke Schmerzen entsprechen einem Wert zwischen 4 und 6 auf der Skala von 0 bis 10. Bei dieser Schmerzintensität ist an folgende Punkte zu denken:

- *Seelenfrieden ist ein mächtiges Adjuvans bei der Schmerzlinderung.* Unter Seelenfrieden ist die Freiheit von Furcht, Wut und Schuld zu verstehen. Schmerz wird allgemein durch diese Emotionen verstärkt.
- *Nur auf die Zahlen zu schauen, ist nicht ausreichend.* Der Standard für die Bestimmung der Schmerzkontrolle ist die Selbsteinschätzung des Patienten. Ein Schmerzniveau zwischen 4 und 6 kann bei manchen Patienten mit chronischen Schmerzen eine ausreichende Kontrolle bedeuten. Für andere ist alles über einer Intensität von 2 nicht akzeptabel.
- *Mittelschwere Krebschmerzen erfordern eine dringliche Intervention.* Interventionen sollten sofort erfolgen, wenn entsprechende Klagen vorgebracht werden, zusammen mit einer aggressiven Suche nach allfälligen

Fundamentale Prinzipien des Schmerzmanagements

Schmerzursachen. Zusätzlich muss bei zunehmenden Schmerzen vermehrte Aufmerksamkeit auf die Funktion und auf das Schmerzakzeptanzniveau gerichtet werden.

Opioide sind bei mittelschweren Schmerzen entweder allein oder in Kombination die Eckpfeiler des Managements. Selbstverständlich können zusätzlich noch Nichtopioide-Analgetika oder adjuvante Medikamente sowie komplementärmedizinische Verfahren angewendet werden.

Schwere Schmerzen

Schwere Schmerzen entsprechen einer Intensität zwischen 7 und 10 auf der Skala von 0 bis 10. Schmerz diesen Ausmasses erfordert eine notfallmässige Evaluation. Bei Krebspatienten ist an einen onkologischen Notfall zu denken, der eine Hospitalisation erfordert. Ansonsten sind Opioide, bevorzugt über die intravenöse Route, rasch aufzutitrieren. Verschlimmert sich der Schmerz oder lässt sich innert 1 bis 4 Stunden keine Linderung um mindestens 50 Prozent erzielen, muss die vermutete Ursache und die Notwendigkeit einer Konsultation beim Spezialisten reevaluiert werden. Bei Patienten mit schweren Schmerzen kommt Edukation, Stützung und Stressmanagement grosse Bedeutung zu.

«Neben offensichtlichen Kommunikationsproblemen durch sprachliche Verständigungshindernisse können auch nichtverbale Hinweise vonseiten des Patienten irreführend sein, etwa wenn das kulturelle Selbstverständnis verlangt, <tapfer> zu sein.»

Maximierung der Funktion

Die Betrachtung des Schmerzpatienten sollte sich auf die ganze Person und nicht nur auf den schmerzenden Teil richten.

Eine funktionelle Beeinträchtigung, die bei akuten und chronischen Schmerzsyndromen die Lebensqualität häufig kompromittiert, meint die Störung der Fähigkeit zu einem Aktivitätsniveau, das im Normalbereich liegt. Auch hierin gibt es grosse interindividuelle Unterschiede. Selbstverständlich ist eine Reduktion des Ausmasses der Schmerzen das Hauptziel jedes Behandlungsplans, von ebenso grosser Bedeutung ist aber auch der Aspekt, die Funktionalität des Patienten so gut wie nur möglich zu fördern – also die Arzt-Patient-Beziehung in die körperliche und biopsychosoziale Arena zu tragen.

Differenzen bei Kultur und Geschlechterrollen

Wie entsprechende Untersuchungen in den USA gezeigt haben, erhalten nicht alle Menschen bei Schmerzsyndromen vergleichbare Hilfe im Gesundheitswesen. Dies hat auch mit Unterschieden in ethnischer und kultureller Herkunft und mit unterschiedlichen Auffassungen der Geschlechterrollen zu tun, die auch bei uns, insbesondere in Zusammenhang mit der Migration, ins Gewicht fallen. Verantwortlich sind Kommunikationsprobleme und Voreingenommenheit («bias») sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten.

Neben offensichtlichen Kommunikationsproblemen durch sprachliche Verständigungshindernisse können auch nichtverbale Hinweise vonseiten des Patienten irreführend sein, etwa wenn das kulturelle Selbstverständnis verlangt, «tapfer» zu sein und keinerlei Schwächezeichen zu zeigen.

Auch ärztlicherseits können Voreingenommenheiten der Wahrnehmung fallen stellen, etwa wenn Männer eher als «stoisch» und Frauen eher als «hysterisch» oder Südländer als besonders wehleidig betrachtet werden.

Warnhinweise beachten

Bei Schmerzpatienten ist immer auf Warnhinweise für eine potenzielle gefährliche Ursache der geklagten Symptome zu achten. Solche im Englischen als «red

flags» bezeichneten Hinweise können beispielsweise bei Hals- oder Rückenschmerzen Nachtschweiss, Fieber und Gewichtsverlust sein, die eine Infektion oder Neoplasie suggerieren, oder Blasen- und Stuhlinkontinenz, die immer an eine Rückenmarkskompression denken lassen müssen.

Eine andere wichtige Kategorie sind Indikatoren für eine ungünstige Prognose («yellow flags»). Bei Schleudertrauma der Halswirbelsäule sind dies zum Beispiel: Schweregrad der Symptome, höheres Alter, Fehlen einer Vollzeitbeschäftigung, schon initial von den Patientinnen oder Patienten geäusserte Bedenken hinsichtlich der Langzeitprognose.

Schmerzsyndrome bieten bevorzugt versicherungstechnisches Konfliktpotenzial. Dies sollte an sich am Behandlungsplan nichts ändern, erfordert aber besondere Sorgfalt in der Dokumentation von Symptomen, Ursachen, Verlauf und Behandlungsmassnahmen.

Toleranz, Abhängigkeit, Sucht

Patienten, die über längere Zeit Narkotika erhalten, zeigen drei Phänomene, die es auseinander zu halten und zu erklären gilt. Körperliche Abhängigkeit ist eine normale, physiologische Antwort auf den regelmässigen Gebrauch von Opioiden und führt bei den Betroffenen zu Entzugssymptomen, wenn die Medikation abrupt abgesetzt wird. Toleranz ist ein Bedarf zunehmend höherer Opioiddosen zur Erzielung desselben klinischen Behandlungseffekts. Dieses Phänomen tritt gewöhnlich während der Tritrationsphase und nur selten später auf. Oft wird fälschlicherweise eine Toleranz vermutet, wenn sich eigentlich das Schmerzsyndrom verschlechtert und daher eine stärkere Analgesie erfordert. Sucht zeichnet sich aus durch heftiges Verlangen, Suche der euphorischen Effekte und exzessiven, fortgesetzten Konsum trotz negativer Folgen. Bei Schmerzpatienten, die Opioide über längere Zeit erhalten, ist Sucht relativ selten. Tritt sie in dieser Situation dennoch auf, vermutet man zumindest teilweise eine genetische Prädisposition.

Fundamentale Prinzipien des Schmerzmanagements

«Bei Schmerzpatienten, die Opiode über längere Zeit erhalten, ist Sucht relativ selten. Tritt sie in dieser Situation dennoch auf, vermutet man zumindest teilweise eine genetische Prädisposition.»

Minimierung der Nebenwirkungen

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) werden zur Schmerzbekämpfung breit eingesetzt. Ihre bekannten gastrointestinalen Nebenwirkungen setzen jedoch oft Grenzen. Bei Patienten mit bekannt hohem Risiko (alte Menschen, gleichzeitiger Steroidbedarf, anamnestic Belastung mit peptischer Erkrankung, signifikante NSAR-bedingte Dyspepsie) muss man nach Behandlungsalternativen suchen.

Paracetamol kann manchmal NSAR ersetzen. Die Verschreibung von NSAR zusammen mit dem Essen soll dyspeptischen Beschwerden vorbeugen, dürfte aber gegen okkulte Blutungen nichts ausrichten. Erscheint ein NSAR als notwendig, kann ein zusätzlicher pharmakologischer Magenschutz sinnvoll sein. Hierzu werden Misoprostol, Protonenpumpenhemmer und Histamin-2-Blocker eingesetzt. Massiv propagiert wurden die COX-2-spezifischen NSAR. Bei älteren Menschen mit kardiovaskulären Risikofaktoren bietet aber auch diese Wirkstoffklasse offenbar keine grundlegende Alternative, wie die neuesten Einschätzungen erkennen lassen.

«Erscheint ein NSAR als notwendig, kann ein zusätzlicher pharmakologischer Magenschutz sinnvoll sein.»

Eine weitere Alternative, auch bei nicht ausreichender Wirkung von NSAR, sind Opiode. Ihr grosser Vorteil gegenüber anderen Schmerzmitteln ist das Fehlen eines Deckeffekts bei der Analgesie, das heisst, höhere Dosen ergeben eine stärkere Schmerzkontrolle. Dosislimitierend sind nichttolerale Nebenwirkungen. Gegen die meisten Opioidnebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen, Sedation oder kognitive Beeinträchtigung entwickelt sich innert weniger Tage eine Toleranz, nicht jedoch hinsichtlich der Obstipation. Dies bedeutet, dass bei jeder Opioidmedikation von Beginn weg ein Laxativum verschrieben werden muss. Ausserdem ist die Wichtigkeit einer ausreichenden Flüssigkeits- und Faserstoffaufnahme immer wieder zu betonen, wenn die klinische Situation dies erlaubt. Nach drei Tagen ohne Stuhlgang ist an eine Obstruktion zu denken. Behebbar Ursachen sind Dehydratation, erschwelter Zugang zu Toilettenmöglichkeiten oder andere Medikamente, die abgesetzt werden können. Eine einfache, kosteneffektive Massnahme ist die rektale Untersuchung. Ergibt sie einen Enddarm voll harten Stuhls, sind oft Einläufe ausreichend. Sonst hilft eine digitale Ausräumung, allenfalls unter Prämedikation. Ist die Rektumampulle leer, kann eine höher gelegene Stuhlimpaktation vorliegen, die auf einen hohen Magnesiumeinlauf anspricht. Ein nur halb voller Enddarm kann Hinweis auf nicht ausreichende Flüssigkeits- und Ballaststoffzufuhr sein, was sich diätetisch ausgleichen lässt.

Komplementärmedizinische Verfahren kennen lernen

Viele Patienten nutzen komplementärmedizinische Verfahren. Der schulmedizinisch orientierte Arzt sollte möglichst viele zumindest kennen und den Einsatz mit dem Patienten offen diskutieren können. Wo eine Wirksamkeit vorliegt, ist diese zu anerkennen, ebenso ist aber darauf zu achten, dass sich verschiedene Behandlungen nicht gegenseitig beeinträchtigen.

«Eine einfache, kosteneffektive Massnahme ist die rektale Untersuchung.»

Psychologische Aspekte nicht vernachlässigen

Sowohl akuter wie chronischer Schmerz kann psychologische Folgen haben. Der akute Schmerz ruft eine Überlebens- (Flucht- oder Kampf-)reaktion hervor. Häufige Begleitmotive sind Wut, Beldauern oder Vorwürfe. Mit der Zeit wird akuter Schmerz vergessen, gewisse Stimuli können aber eine Erinnerung provozieren. Chronischer Schmerz wird als konstanter Stressor empfunden und kann psychologische Reaktionen wie Irritierbarkeit, Schlafstörungen oder Gemütschwankungen hervorrufen. Eine Depression ist bei chronischen Schmerzpatienten nicht ungewöhnlich und äussert sich in zusätzlichen Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit.

Das Management dieser Aspekte umfasst Support für Betroffene und Angehörige, Beratung, allenfalls antidepressive Medikation, die sowohl gegen die Depression als auch gegen neuropathische Schmerzen wirksam ist. ●

Edward T. Bope (Riverside Family Practice Residency Program, Riverside Methodist Hospital, Columbus/USA) et al.: Pain management by the family physician: The family practice pain education project. J. Am. Board Fam. Pract. 2004; 17: S1-S12. Im Internet einsehbar auf: www.medscape.com/viewarticle/488914.

Halid Bas

Interessenkonflikte: Das «Family Practice Pain Education Project» erhielt einen «unrestricted educational grant» von der Firma Pfizer.