

Handout

Medikamentöse Schmerztherapie als Teilkomponente der multimodalen Schmerztherapie

Das bio-psycho-soziale Schmerzmodell:

1. Unterscheidung von akuten und chronischen Schmerzen, das schmerzbezogene Verhalten, Gefühle und Gedanken wirken sich direkt auf die Schmerzwahrnehmung im Gehirn aus.
 2. Überlagerung des Schmerzerlebens durch seelische Konflikte, seelischer Schmerz aktiviert den gleichen Bereich im Gehirn wie körperlicher Schmerz, d.h. körperliches Schmerzerleben wird psychisch überlagert.
- Medikamente in der Schmerztherapie sind ein Baustein unter anderem der multimodalen Therapie bei (chronischen) Schmerzen.

Allgemeine Wirkung von Schmerzmitteln:

Sie haben eine schmerzstillende oder schmerzlindernde Wirkung, hemmen die Schmerzwahrnehmung/-verarbeitung, wirken auf die Nervenzellen zur **Hemmung der Schmerzweiterleitung**, wirken auf Enzyme (im geschädigten Gewebe) zur **Hemmung der Schmerzentscheidung**.

Medikamente in der Schmerztherapie:

Einteilung der Analgetika in Stufen nach WHO

Stufe 1: Nicht-Opioid Analgetika: (Acetylsalizylsäure (ASS), Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Paracetamol, Metamizol, Celecoxib, Eterocoxib).

Stufe 2: schwach wirksame Opiate: Tilidin+Naloxon, Tramadol, Tapentadol, Dihydrocodein.

Stufe 3: stark wirksame Opiate: Morphin, Oxycodon, Oxycodon+Naloxon, Hydromorphon, Fentanyl, Buprenorphin.

Zu jeder Stufe ist die zusätzliche Einnahme weiterer Medikamente möglich (z.B. zur Reduktion der Nebenwirkungen des Schmerzmittels).

Wichtige Begleitmedikamente:

Co-Analgetika unterstützen die Wirkung von Schmerzmitteln (z.B. Antidepressiva (Amitriptylin, Duloxetin) und können somit zur Dosisreduktion des Schmerzmittels führen.

Muskellockernde Mittel haben keine schmerzlindernde Wirkung, sind bei chronischen Schmerzen nicht indiziert (Methocarbamol).

Schmerzpflaster als Alternative zu Tabletten:

Wegen der besseren Steuerbarkeit sollten Tabletten bevorzugt werden, Schmerzpflaster nur bei unsicherer Einnahme durch Schluckstörungen oder andauerndem Erbrechen. Probleme ergeben sich durch Überdosierung und Entzug bei plötzlichem Weglassen, weil eine genaue Dosierung oft nicht möglich ist.

Die **richtige Medikamenteneinstellung** ergibt sich aus: nicht zu früher Umstellung, nicht bei jeder Nebenwirkung gleich umstellen und kein eigenmächtiges Ab- und Umsetzen sowie Kombinieren. Häufige Nebenwirkungen wie Schwindel, Übelkeit und trockener Mund verlieren sich oft nach einigen Tagen, Verstopfung sollte unbedingt vermieden werden. Bei Opiaten ist in der Einstellungsphase die Fahrtüchtigkeit und Maschinenbedienfähigkeit nicht gegeben, danach ist die Einnahme bei stabiler Einstellung kein Problem. Alle anderen Medikamente müssen zur richtigen Wahl des Medikamentes dem Arzt angegeben werden und Alkohol ist während einer Schmerzmittelleinnahme tabu.

Schutz vor Sucht durch:

Festes Schema und feste Einnahmezeiten (nach Uhrzeit und gleichmäßig über den Tag verteilt (nicht nur zu den Mahlzeiten), nicht „nach Bedarf“, zusätzliche Bedarfsmedikation bei „Durchbruchschmerzen“ (Begriff aus der Onkologie), deutliche Schmerzreduktion auf die Hälfte der empfundenen Schmerzen, d.h. nur das nehmen, was auch hilft.

Zu vermeidende Fehler:

Passung von Schmerzen und Medikament (falsche Einschätzung der Schmerzart, langwirksame Medikamente bei akuten Schmerzen und Muskelrelaxantien bei chronischen Schmerzen), **Therapieansatz** (Analgetika als isolierte Therapie, Kombination von niedrig- und hochpotenten Opiaten (Stufe 2 und 3), „Decken-Effekt“ bei Opiaten: mehr bringt nichts!), **Erwartungen** (bei chronischen Schmerzen rasche Wirkung erwarten und zu früher Wechsel bei Einstellung).

Zusammenspiel von Medikamenten und Gedanken:

Medikamentenwirkung + Placebo- und Nocebo-Effekt ergeben die Gesamtwirkung:

Placeboantwort: Psychosozialer Kontext, Suggestion, Erwartungshaltung, Konditionierung

Verum-Effekt: Spezifischer Wirkstoff