

Chronische Schmerzen sind oft auch ein Spiegel der Seele

Schmerzen am Bewegungsapparat sind die häufigsten Schmerzformen in der Hausarztpraxis. 90% der Rückenschmerzen sind ohne ursächliches anatomisches Korrelat und können auch psychische Ursachen haben. Hier hat der Hausarzt den Vorteil, dass er den biopsychosozialen Hintergrund der Patienten kennt. Und er hat die Aufgabe, diese Patienten frühzeitig zu identifizieren und einer multimodalen Schmerztherapie beim Spezialisten zuzuführen. Interview mit Schmerzmediziner Dr. med. Michael Küster, Bad Godesberg.

Herr Dr. Küster, welchen Anteil haben akute versus chronische Schmerzen in der Hausarztpraxis?

Küster: Was die Schmerzen des Bewegungsapparats angeht, kommt die Hälfte der Patienten wegen akut auftretender Beschwerden wie Lumbalgien und wird nach einer symptomatischen Behandlung über vier bis sechs Wochen wieder beschwerdefrei. Die andere Hälfte der Patienten leidet über Jahre an chronischen Schmerzen. Berufliche Überforderung oder privater Kummer kann dazu führen, dass ein solcher Schmerz plötzlich schlimmer und verstärkt behandlungsbedürftig wird. Was Kopfschmerzen betrifft, stehen chronisch wiederkehrende Schmerzen wie Migräne oder Spannungskopfschmerzen im Vordergrund. Auch ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz, der an den meisten Tagen des Monats auftritt, beschäftigt den Hausarzt nicht selten.

Wie gehen Sie diagnostisch vor, wenn ein Patient mit Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen erstmals zu Ihnen kommt?

Das Wichtigste ist: Wir brauchen keine technische Untersuchung bei unspezifischen, nicht radikulären Rückenschmerzen oder nicht-symptomatischen, also primären Kopfschmerzen. Entscheidend ist die Anamnese, gefolgt von einer körperlichen Untersuchung, z. B. eine

„Die größte Herausforderung in der Praxis besteht darin, die Patienten mit dem eigenständigen Krankheitsbild ‚chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Ursachen‘ zu erkennen.“

Dr. med. Michael Küster,
Leiter d. Regionalen Schmerz- u. PalliativZentrums DGS Bonn – Bad Godesberg



Funktionsuntersuchung der Wirbelsäule bei Rückenschmerzen, ein Neurostatus bei Kopfschmerzen. Eine bildgebende Untersuchung ist nur erforderlich, wenn Rückenschmerzen mit Fieber oder Hinweisen auf eine Entzündung einhergehen, ein Trauma stattgefunden hat, eine Tumorerkrankung aus der Anamnese bekannt ist, eine Muskelschwäche besteht oder Nervenreizsymptome vorliegen. Für Patienten mit Kopfschmerzen gilt: Wenn die Beschwerden keiner primären Kopfschmerzform wie Migräne, Spannungs-, Clusterkopfschmerz oder Neuralgie zuzuordnen sind, der neurologische Befund auffällig ist oder anamnestisch eine Hirnmetastase nicht auszuschließen ist, sollte eine Kernspintomografie veranlasst werden.

Sind Schmerzen immer einem eindeutigen Krankheitsbild zuzuordnen?

In einer guten hausärztlichen Praxis ist dies in der Regel möglich. Das gilt aber

nur, wenn man die Diagnose F45.41 – „chronischer Schmerz mit somatischen UND psychischen Faktoren“ –, für die wir und andere lange gekämpft haben, als eigenständiges Krankheitsbild akzeptiert. Kriterien dafür sind, dass ein Schmerz, meist ein Rückenschmerz, über längere Zeit besteht, nicht auf primär organische Veränderungen zurückzuführen ist, die Lebensqualität stark einschränkt und deshalb behandlungsbedürftig ist. Eine Migräne kann definitionsgemäß erst dann diagnostiziert werden, wenn mindestens fünf gleichartige Attacken aufgetreten sind. Bei Patienten, die einen oder zwei charakteristische Anfälle erlitten haben, können wir erst einmal nur von einer „wahrscheinlichen Migräne“ sprechen. Es kann sein, dass sich ähnliches im späteren Leben dieser Menschen nie mehr wiederholt. Ähnlich sieht es bei Spannungskopfschmerzen aus, die anfangs auch nicht von einem episodischen

spannungsbedingten Nackenschmerz zu unterscheiden sind.

Was sind in der Schmerztherapie die größten Herausforderungen für die Hausarztpraxis?

Die größte Herausforderung besteht darin, die Patienten mit dem eigenständigen Krankheitsbild „chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Ursachen“ (F45.41) zu erkennen, bei denen psychische Faktoren das Krankheitsbild unterhalten. Daran sollte der Hausarzt denken, wenn Patienten ihre Beschwerden in sehr theatralischer Weise schildern, wenn übliche therapeutische Maßnahmen nicht zu einer gewissen Besserung führen, wenn der Patient in einer persönlich oder beruflich belastenden Situation steckt, wenn die Beschwerden nicht anatomischen Strukturen zuzuordnen sind, und wenn der körperliche, manchmal auch radiologische Untersuchungsbe- fund trotz gravierender Beschwerden vollkommen unauffällig ist. Immer wieder sehen wir Patienten, die von Orthopäde zu Orthopäde gewandert sind, wiederholte MRT-Untersuchungen, manchmal sogar Operationen hinter sich haben. Und der Schmerz ist immer der gleiche geblieben, weil der Zusammenhang mit biopsychosozialen Faktoren nicht hergestellt wurde. Auch Patienten, bei denen nach einer akuten oder subakuten Schmerzsymptomatik ein hohes Chronifizierungsrisiko besteht, muss der Hausarzt identifizieren. Das sind vor allem Menschen mit psychischen Belastungsfaktoren. Sie haben Probleme am Arbeitsplatz, unglückliche Beziehungen, zerrüttete Familienverhältnisse und lassen sich gerne immer wieder länger krankschreiben.

Wann sollte der Hausarzt einen Schmerzpatienten zum Spezialisten schicken?

Alle Patienten mit dem eigenständigen Krankheitsbild „chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren“ (F45.41) und auch Patienten mit subjektiv einschränkendem Kopfschmerzsyndrom oder mit einem hohen Chronifizierungsrisiko sollte der Hausarzt an den Spezialisten weiterleiten. Denn sie brauchen eine multimodale Diagnostik und Therapie, die der Hausarzt nicht leisten kann. Auch Patienten mit einem chronischen regionalen Schmerzsyndrom – CRPS, früher Morbus Sudeck –, mit starken akuten oder chronischen Zosterschmerzen oder mit schwer therapierbaren Tumorschmerzen oder schwerwiegendem Kopfschmerzsyndrom wie Cluster-Kopfschmerz oder Trigeminusneuralgie sollte der Hausarzt möglichst frühzeitig in die Hände des Spezialisten übergeben, um eine Chronifizierung zu vermeiden helfen.

Welche Bedeutung hat die Schmerzmessung in der Diagnostik?

Skalen wie die numerische Rating-Skala NRS setzen wir jeden Tag ein, um zu verstehen, wie stark die Schmerzen unserer Patienten sind, um zu Beginn der Therapie mit dem Patienten gemeinsam ein Therapieziel zu definieren und um den Verlauf beurteilen zu können. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Werte auf diesen Skalen von Termin zu Termin relativ konstant sind, wenn sich der Schmerz nicht verändert. Die Skalen geben ein verlässlicheres Bild der Schmerzintensität, als wenn man einfach nur fragt, ob die Schmerzen leicht, mittelstark oder stark sind. Aber auch andere, standardisierte Fragebogeninstrumente wie TSD, SF12/36, MFHW, SEF,

mPDI, HADS-A, HADS-D etc. haben eine immense Bedeutung für die Diagnostik wie auch die Verlaufsbeurteilung chronischer Schmerzsyndrome.

Verwenden Sie in der Anamnese oder Verlaufskontrolle auch Schmerztagebücher?

Schmerztagebücher spielen bei uns kaum eine Rolle und wir sehen sie nicht sehr gerne. Denn wir fixieren die Menschen damit in ihrem Schmerz, wenn sie sich Tag für Tag selbst beobachten müssen, wie schlecht es ihnen geht. Wir wollen die Gedanken lieber weg vom Schmerz lenken. In meinem Zentrum bekommen die Patienten ein Glückstagebuch, indem sie jeden Tag mit einer Punktzahl von 1 bis 5 festhalten, wie gut es ihnen geht. Am Ende des Monats werden diese Ziffern addiert. Für den Patienten ist es sehr ermutigend, wenn diese Summe unter einer Therapie allmählich steigt.

Welche Therapieziele sollten angestrebt werden?

Unsere Patienten füllen zu Therapiebeginn einen standardisierten Schmerzfragebogen aus. Wenn jemand ankreuzt, dass er zufrieden wäre, wenn

Fallbeispiel: Von wegen psychisch ...

Die Patientin in der Mitte der 6. Lebensdekade hatte über Jahre an Lumboischialgien gelitten. Keiner der besuchten Orthopäden und Neurologen und keine der durchgeführten diagnostischen Maßnahmen inklusive Kernspintomografie hatten die Ursache für die starken ins Bein ausstrahlenden Rückenschmerzen finden können. Die Beschwerden waren schließlich als psychogen interpretiert worden. Erst eine eingehende neurologische Untersuchung einschließlich Sensibilitätsprüfung führte zur Diagnose eines chronischen Herpes zoster sine herpeticum mit einem Ausbreitungsgebiet über drei Etagen. Eine serologische Liquoruntersuchung bestätigte die Diagnose. Durch eine kombinierte Therapie mit einem Opioid und einem Neuromodulator wurde die Patientin schmerzfrei.

er keinen Schmerz mehr hätte, müssen wir seine Erwartungen behutsam auf den Boden der Realität zurückbringen. Hier hilft manchmal ein Vergleich mit dem Diabetiker, der zum Diabetologen geht und erwartet, dass dieser den Diabetes beseitigt. Wir besprechen mit den Patienten, dass das primäre Therapieziel ist, die Lebensqualität zu verbessern und den Alltag mit einem verminderten Schmerzniveau und einer verbesserten Funktionskapazität wieder lebenswerter zu machen. Für einen Patienten mit schwerer Arthrose wäre es zum Beispiel ein Erfolg, wenn er ein Schmerzniveau von 2 oder 3 auf der NRS erreichen würde. Das heißt, der Schmerz wäre zwar noch vorhanden, würde aber nicht mehr jeden Tag im Mittelpunkt stehen.

Nach welchen Kriterien gestalten Sie die medikamentöse Therapie. Hat das WHO-Schema für Sie noch Bedeutung?

Das WHO-Schema wird zwar immer noch von verschiedenen Seiten propagiert. Wir haben es aber schon lange verlassen. Wir versuchen zunächst, den vorherrschenden Schmerzmechanismus zu analysieren und richten die Therapie danach aus. Ist z. B. ein Rückenschmerz eher entzündlich bedingt, geben wir einen Entzündungshemmer. Bei einem spannungsbedingten Schmerz geben wir ein Medikament, das den Muskeltonus vermindert. Ein Schmerz mit neuropathischen Charakteristika erfordert Neuromodulatoren wie trizyklische Antidepressiva, SSNRI's oder Antiepileptika. Das zweite Kriterium ist die Schmerzintensität. Bei sehr starken

Schmerzen überspringen wir die Stufe I der Nicht-Opioid-Analgetika und greifen direkt zu niederpotenten Opioiden der Stufe II. Für jede Medikation gilt, dass feste Dosierungsintervalle eingehalten werden müssen. Jede Abweichung von der vereinbarten Medikation muss der Patient mit dem Arzt besprechen. Für Schmerzspitzen ist unter Umständen eine Zusatzmedikation zu vereinbaren.

Welche Bedeutung haben nicht medikamentöse Maßnahmen?

Nicht medikamentöse Maßnahmen sind vor allem bei Rückenschmerzen und Kopfschmerzen extrem wichtig und unverzichtbarer Teil einer multimodalen Therapie. Dazu gehören eine gute Aufklärung, eine körperliche Mobilisierung, die Stärkung der Selbstwahrnehmung, die Förderung der Eigenkompetenz des Patienten und eine aktivierende Physiotherapie, wenn die Beschwerden schon länger als vier bis sechs Wochen bestehen. Patienten, bei denen psychische Faktoren im Vordergrund stehen oder sich krankheitswertig sekundär entwickelt haben, sollten auch eine Psychotherapie erhalten.

Was sind die häufigsten Fehler in der Therapie von Schmerzpatienten?

Der häufigste Fehler ist, dass Patienten mit chronischen Schmerzen nicht geglaubt wird, wenn sie wiederholt äußern, ihre Schmerzen seien trotz Therapie unverändert stark. So wird eine eigenständige Schmerzerkrankung – F45.41 – viel zu lange verkannt und nicht fachgerecht behandelt. Manche dieser Patienten kommen erst nach einer Schmerzkarriere von 30 Jahren zum Spezialisten. In einer so langen Zeit verändern sich die Patienten psychisch, haben soziale Einschränkungen und oft bereits ihren Beruf aufgegeben oder sind sozial isoliert.

Interview: Dr. med. Angelika Bischoff

Aufklärung hilft gegen Opioidangst

Viele Patienten schrecken zurück, wenn man ihnen Opioide verordnet. Überzeugen lassen sie sich, wenn man sie darüber informiert, dass Opioide nicht als letzte Option für hoffnungslose Fälle oder gar für die finale Lebensphase reserviert sind, sondern von Anfang an mit ins Konzept einer modernen Schmerztherapie gehören. Jeder Patient hat auch schon von Endorphinen gehört. Darauf kann man Bezug nehmen mit dem Hinweis, dass die Opioide im Organismus die körpereigene Endorphinausschüttung imitieren, die z. B. auch verletzten Menschen in bedrohlichen Situationen die Schmerzen nimmt und damit die Flucht ermöglicht. Wir machen uns diesen Mechanismus in der Therapie zunutze: Opioide besetzen genau dieselben Bindungsstellen wie die körpereigenen Endorphine, bleiben dort aber länger aktiv. Sie schädigen keine Organe und erzeugen bei sachgemäßem Gebrauch keine psychische Abhängigkeit.



Mit dem Wording die Compliance erhöhen

In der Schmerztherapie kommen häufig als Co-Analgetika Antidepressiva oder Antiepileptika zum Einsatz, um neuropathische Schmerzen zu behandeln oder das körpereigene Schmerzhemmsystem zu aktivieren. Die meisten Patienten sind gar nicht begeistert, wenn man ihnen eine solche Therapie vorschlägt und schalten sofort auf taub, sagt Küster. Deshalb spricht der Schmerzexperte den Patienten gegenüber gerne von „Neuromodulatoren“ und erklärt, dass diese Substanzen die Nervenfunktion modulieren und damit wirksam sind bei einschließenden oder brennenden Schmerzen. Gegen einen Neuromodulator hat kein Patient etwas einzuwenden. Doch man muss auch daran denken, dass die spätere Lektüre des Beipackzettels das positive Image zerstören kann. Verhindern kann man dies vielleicht mit den Worten: „Das Medikament ist so wirksam, dass es sogar bei Epilepsie oder bei Depression hilft.“