

Seite: 57
 Ressort: Wissenschaft

Seitentitel: Wissenschaft
 Nummer: 4

Zu häufig, zu viel, zu lange

Dass Opiate abhängig machen, ist seit langem bekannt. Trotzdem werden immer mehr davon verschrieben. Eine Schmerztherapie sollte anders aussehen.

VON MICHAEL BRENDLER

Schmerz - mit diesem abgenutzten Begriff braucht man Wolfgang Mühlich nicht zu kommen. Im Laufe seiner langen Patientenkarriere fühlte er sich schon wie von Vorschlaghämmern verprügelt, von Elektroschlägen gepiesackt oder von Schraubstöcken zerquetscht. 15 Jahre mit einer ruinierten Bandscheibe machten ihn zum Fachmann für chronische Schmerzen. Und für das Versagen der Medizin. Manchmal, weiß Mühlich zu berichten, sind Schmerztherapie und Schmerztherapeut nicht die Lösung, sondern nur der Anfang des nächsten Problems.

Man sieht dem ehemaligen Baggerfahrer an, dass er eine Menge durchgemacht hat. 55 Jahre ist er alt und kann sich schon jetzt nur noch mit einem Rollator vorantasten. Die Wangen unrasiert, die Gesichtsfarbe fast identisch mit dem Grau des Trainingsanzugs, Schnauz und Tränensäcke hängen unter der schwarzen Schirmmütze traurig nach unten. Vor 15 Jahren versuchte Mühlich, mit einem Seil den Sturz einer tonnenschweren Pumpe zu bremsen. Anschließend bemühten sich die Ärzte in fünf Operationen seinen Rücken wieder schmerzfrei zu bekommen. Vergeblich. Was folgte, war eine Karriere, wie sie Tausende in Deutschland ähnlich durchlaufen. Mühlich klagte über Schmerzen, die Ärzte verschrieben ihm starke Schmerzmittel, Opiate. Mühlich klagte weiter über Schmerzen, die Ärzte verschrieben ihm noch mehr und noch stärkere Opiate. Irgendwann, erzählt der Patient, habe er sich morgens nach dem Aufwachen gefühlt wie ein Alkoholiker, gierend nach der ersten Dosis. Mühlich war süchtig geworden, aber die Schmerzen waren immer noch

da.

Seit mehr als zweihundert Jahren weiß die Medizin, dass ihr bestes Schmerzmittel auch eine dunkle Seite hat. 1806 war es dem jungen Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner erstmals gelungen, mit dem Morphin den Wirkstoff zu isolieren, der Opium und Heroin so berauschend macht. Die Begeisterung über das neue Wundermittel wurde allerdings schnell gebremst. Denn die Ärzte mussten beobachten, dass ihre Patienten nicht mehr von dem Stoff lassen konnten.

Aus Angst, sie abhängig zu machen, weigerten sich viele Mediziner lange Zeit, selbst todgeweihten Tumorkranken Opiate zu verabreichen. Jahrelang, erzählt Lukas Radbruch, Chef der Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus in Bonn und Mitherausgeber der Fachzeitschrift Schmerz, sei man deshalb durchs Land gezogen und habe versucht, den Kollegen diese Angst zu nehmen: "Nun müssen wir leider feststellen, dass das Pendel in die entgegengesetzte Richtung ausschlägt." Das belegen die Zahlen: Seit 1993 hat sich hierzulande die Zahl der verordneten Tagesdosen an Opiaten vervierfacht. Schätzungsweise 260 000 Deutsche werden dauerhaft mit Opioid-Analgetika behandelt. Etwa jeder Dritte aus dieser Gruppe, hat der Psychiater Joseph Boscarino im Journal of Addictive Diseases vorgerechnet, sei möglicherweise von den Mitteln abhängig. Andere legen eine Quote von fünf bis zehn Prozent Opiatpatienten mit "problematischem Einnahmeverhalten" zugrunde.

Wolfgang Mühlich pflanzte die Ärzte sogar eine Pumpe unter die Haut, die ihn kontinuierlich mit dem Analgetikum versorgte. Als die Pumpe sich entzündete, musste er

mit einer Blutvergiftung in die Freiburger [Universitätsklinik](#) geflogen werden. "Ich habe das ganze Haus zusammengeschieden, das war noch schlimmer als die Schmerzen selbst", beschreibt er seine Entzugssymptome.

"Wir ziehen uns unsere eigenen Süchtigen heran", sagt Michael Binkert, Chef der Palliativmedizin der Freiburger Tumorbiologie, zuvor Oberarzt in einer Schmerztagesklinik. Sein Dresdner Kollege Rainer Sabatowski hat das Verschreibungsverhalten der Mediziner mit Hilfe von Versichertendaten genauer unter die Lupe genommen. Im vergangenen Jahr wurde seine Studie im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Ergebnis: Drei Viertel aller Tagesdosen werden inzwischen Patienten mit Rücken-, Gelenk- oder anderen Nicht-Tumorleiden verordnet, und damit Personen, die sie häufig jahrelang wenn nicht gar jahrzehntelang nehmen. "Opiode werden zu leichtfertig, zu häufig und zu lange verordnet", lautet das Fazit des Leiters der Schmerzambulanz des Universitätsklinikums Dresden.

Vor drei Jahren wollte der dänische Schmerzmediziner Per Sjøgren vom Kopenhagener Rigshospitalet genauer wissen, wie Opiate den chronischen Nicht-Tumor-Schmerzpatienten auf Dauer bekommen. Länger als drei Monate hatte bis dahin niemand deren Schicksal in Studien verfolgt. Nun kam heraus, dass Patienten, die keine Opiate nahmen, im Schnitt eine viermal so hohe Chance hatten, ihre Schmerzen wieder loszuwerden. Und das ganz unabhängig davon, versichert der Autor, wie schwer ihre Symptome bei Beginn der Therapie waren. Die Opiatpatienten klagten zudem über eine deutlich schlechtere Lebensqualität: "Diese Medika-

mente scheinen noch nicht einmal das zu leisten, wofür sie eigentlich gedacht sind", wundert sich Per Sjøgren.

"Auch ich habe ursprünglich gemeint, man könne fast allen Patienten mit einer Opiatbehandlung helfen", sagt Lukas Radbruch. Im Laufe der Jahre habe er aber erkennen müssen, dass die Medikamente nur für eine kleine Untergruppe von Patienten eine dauerhafte Lösung seien. "Inzwischen ist die entscheidende Frage für mich, wie ich die erkenne, bei denen sie wirklich sinnvoll und früh eingesetzt werden sollen." Die Nebenwirkungen der Opiate sind nicht unerheblich: "Ich war immer mehr neben der Kapp", erzählt Wolfgang Mühlich über seine Erfahrungen mit den Tabletten und Pflastern. "Beim Autofahren bin ich zum Beispiel statt der erlaubten achtzig nur vierzig gefahren und habe es noch nicht einmal gemerkt." Die Schmerzmittel machen nicht nur müde, träge und unkonzentriert, sie bringen auch die Geschlechtshormone und das Immunsystem durcheinander. Bei alten Menschen erhöhen sie zudem die Gefahr für Stürze und Knochenbrüche und verursachen häufig Verstopfungen und Übelkeit. Inzwischen häufen sich sogar die Hinweise, dass eine Opiat-Dauertherapie langfristig die Schmerzempfindlichkeit erhöht. "Zu oft wird leider vergessen: Ein Opiat darf bei der Behandlung chronischer Schmerzen immer nur Mittel zum Zweck sein", sagt Kristin Kieselbach, Leiterin des Schmerzzentrums der Freiburger [Universitätsklinik](#). Es solle dem Patienten helfen, weg vom Sofa und wieder in Bewegung zu kommen, wie es der Schmerztherapeut Rainer Sabatowski ausdrückt. Das gilt im Besonderen für chronische Rücken- oder Kopfschmerzen, bei denen die psychische Komponente schwer von der körperlichen zu trennen ist. Gerade in solchen Fällen, sagt Kieselbach, entpuppe sich der körperlich empfundene Schmerz als ein Knäuel ganz verschiedener Komponenten.

Wenn ein Patient zum Beispiel Eheprobleme habe, sei das durchaus ein seelischer Schmerz, zu dem sich vielleicht noch der Schmerz der

Selbstverachtung und der Perspektivlosigkeit geselle, bis das alles ein unerträgliches Ganzes mit dem "Schmerzschmerz" bilde, wie Kieselbach die Beschwerden nennt, denen tatsächlich ein körperliches Problem zugrunde liegt. "Opiate sind wie Weichzeichner, die diese Sorgen und die Realität in einen dicken Wattemantel packen", sagt die Ärztin. Sie sind auch deshalb so verführerisch, weil sie neben dem Schmerz auch die meisten anderen Sorgen betäuben. Wirklich hilfreich ist laut Kieselbach aus diesem Grund in der Regel nur eine multimodale Behandlung, die sich jeden Schmerz einzeln vornimmt. Per Krankengymnastik wird dann beispielsweise die Rückenmuskulatur gestärkt, mittels Psychotherapie werden die seelischen Probleme angegangen. Therapeutische Gespräche und soziale Unterstützung können auch einem Patienten wie Wolfgang Mühlich helfen, den Weg zurück ins Leben zu finden. "Ich bin zufrieden, ich bin jetzt wieder ein freier Mensch", sagt er nach drei Wochen multimodaler Therapie. Zwar ist er nicht geheilt, aber immerhin dank geringer Opiatdosen "von den Schmerzen her einwandfrei". Demnächst will er mit dem Wohnmobil gen Spanien und Portugal aufbrechen.

Mühlichs Schicksal ist kein Einzelfall. Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat deshalb gemeinsam mit 14 weiteren ärztlichen Fachgesellschaften schon vor Jahren eine Reihe renommierter Schmerzexperten damit beauftragt, eine neue Leitlinie über die "Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht-tumorbedingten Schmerzen" zu entwerfen. 2011 legte das Expertengremium das Ergebnis vor. Der Nutzen einer Anwendung von Opioiden sei nur für einen Zeitraum von drei Monaten belegt, hielten die Autoren unter anderem fest. Jede längere Therapie bewege sich in wissenschaftlich unerforschten Gewässern. Eine Schmerztherapie mit Opioiden, so die Mahnung, müsse deshalb mindestens alle drei Monate kritisch geprüft werden.

Das Echo, das diese Zusammenfassung des gesicherten medizinischen Wissens hervorrief, war gelinde gesagt geteilt. Vor allem die

konkurrierende Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie und deren Präsident Gerhard Müller-Schwefe gerieten in Rage. "Die Scheiterhaufen brennen wieder", warnte der Göppinger Schmerztherapeut in einem Editorial seiner Verbandszeitung vor einer neuen "Hexenjagd" auf Opiate. Seine Gesellschaft will nun eine eigene "Praxis-Leitlinie" erstellen, indem sie unter anderem auch Urteile von Ärzten und Patienten einholt. Diese sollen genauso viel Gewicht bekommen wie die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien. Das aber widerspricht allen Grundsätzen evidenzbasierter Medizin und wird vor allem von Klinikern scharf kritisiert.

Die Diskussion wird auch von den Schmerzmittelherstellern aufmerksam beobachtet, denn es geht um einen Riesenmarkt. In Deutschland werden jährlich Opiate im Wert von mehr als einer Milliarde Euro verschrieben. Und bislang haben die Werbebroschüren der Schmerzmittelhersteller einen erheblichen Einfluss darauf, was auf den Rezepten steht. Dafür spricht zumindest Rainer Sabatowskis Studie, die zeigt, dass in der Praxis gerne zu den besonders teuren und besonders starken Opiaten gegriffen wird. 2012 sah sich die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sogar gezwungen, die Kollegen zu ermahnen, nicht so "unkritisch" mit Schmerzpflastern umzugehen. In acht von zehn Fällen, so hatte eine Studie nachgewiesen, wurden Pflaster aufgeklebt, obwohl sie für die Therapie der Patienten gar nicht geeignet waren. Gerade älteren und besonders kranken Menschen drohe dadurch eine Überdosis.

Neuerdings werden in den Praxen auch Opiatlutscher und -nasensprays verschreiben. Dabei handelt es sich um aggressiv beworbene Schmerzmittel, die innerhalb von Minuten ihre Wirkung entfalten, aber für Nicht-Tumorpatienten eigentlich gar nicht zugelassen sind. "Diese Medikamente wirken im Prinzip wie eine Spritze, nur ohne Nadel", warnt der Chef der Anästhesie der Medizinischen Hochschule Hannover, Wolfgang Koppert. Die Wirkung schieße schnell ins Hirn ein und erzeuge dort ein sofortiges Wohlge-

fühl.

"Natürlich sind die Schmerzen mit diesen Mitteln zunächst mal schneller weg", sagt Koppert. "Aber zu welchem Preis?" Es sei zwar göttlich, den Schmerz zu lindern, zitiert der Schmerzmediziner Koppert seinen ärztlichen Vorfahren Galen. Genauso göltig sei aber auch ein anderer antiker Grundsatz ärztlichen Handelns: "Primum nihil nocere." Also zunächst einmal nicht zu schaden.

Nicht gerade arm an Nebenwirkungen

Morphin, dessen Name sich von Morpheus, dem griechischen "Gott der guten Träume" ableitet, ist das wohl bekannteste Opioid. Es ist ein Opium-Alkaloid und wird auf natürliche Weise aus Schlafmohn gewonnen. Die anderen therapeutischen Opioid-Analgetika sind in der Regel Derivate, also Abköm-

linge des Morphins. Zu diesen gehören beispielsweise Sufentanil (verfügt über die 1000-fache analgetische Potenz des Morphins), Fentanyl (100-fach), Buprenorphin (30-fach) oder Codein (0,1-fach).

Opioid-Rezeptoren finden sich sowohl im zentralen als auch im peripheren Nervensystem. Die Opiode entfalten ihre Wirkung je nach Affinität zu den verschiedenen Rezeptoren. Da diese sich auf Zellen unterschiedlicher Gewebearten befinden, wird die Analgesie häufig von Nebenwirkungen begleitet. Orale oder intravenöse Gaben sind die gängigsten Darreichungsformen. Bei Tumorpatienten mit konstanten Schmerzen eignet sich auch die transdermale Verabreichung, das heißt, der Wirkstoff wird von einem Pflaster abgegeben und kontinuierlich über die Haut aufgenommen.

Die bekannteste Nebenwirkung ist die Toleranzentwicklung; die Wirkung der Opiode nimmt bei längerfristiger Einnahme ab, und es bedarf einer Dosissteigerung, um dieselbe Wirkung zu erreichen. Die Ursache für eine solche Toleranzentwicklung liegt unter anderem darin, dass Anzahl und Sensibilität der Opioid-Rezeptoren bei chronischem Gebrauch abnehmen können. Eine Rolle können auch psychosoziale Faktoren spielen. Je nach Dosis und Einnahmedauer kann es so zur physischen und psychischen Abhängigkeit kommen. Weitere, dosisabhängige Nebenwirkungen sind Übelkeit und Erbrechen, eine verlangsamte Atmung, Schläfrigkeit, Blutdrucksenkung, Verstopfung oder auch Juckreiz.

hebi

Abbildung: Opioid-Analgetika und andere Betäubungsmittel gehören in den Tresor. Salopp auch "Giftschrank" genannt.

Abbildung: Foto Stefan Finger