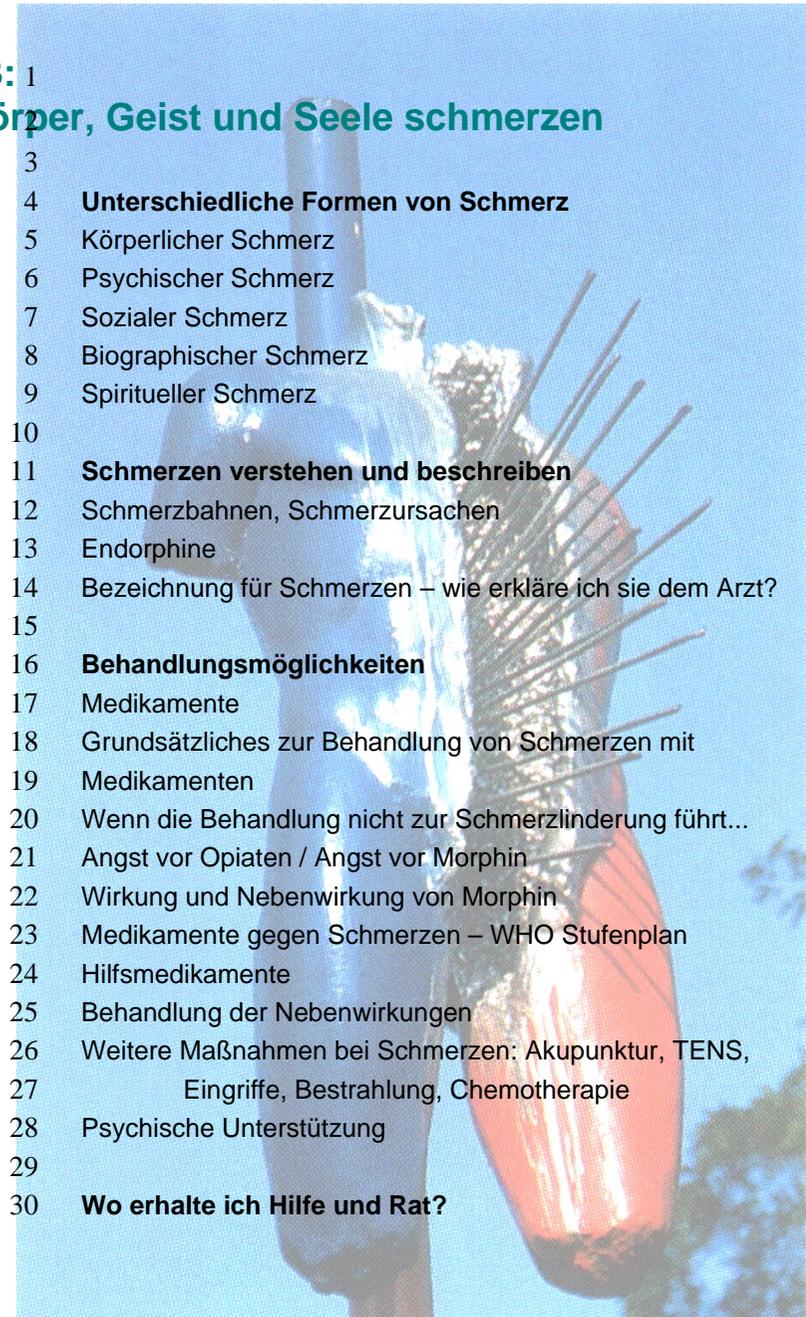


Kapitel 3:
Wenn Körper, Geist und Seele schmerzen

1
3
4 **Unterschiedliche Formen von Schmerz**
5 Körperlicher Schmerz
6 Psychischer Schmerz
7 Sozialer Schmerz
8 Biographischer Schmerz
9 Spiritueller Schmerz
10
11 **Schmerzen verstehen und beschreiben**
12 Schmerzbahnen, Schmerzursachen
13 Endorphine
14 Bezeichnung für Schmerzen – wie erkläre ich sie dem Arzt?
15
16 **Behandlungsmöglichkeiten**
17 Medikamente
18 Grundsätzliches zur Behandlung von Schmerzen mit
19 Medikamenten
20 Wenn die Behandlung nicht zur Schmerzlinderung führt...
21 Angst vor Opiaten / Angst vor Morphin
22 Wirkung und Nebenwirkung von Morphin
23 Medikamente gegen Schmerzen – WHO Stufenplan
24 Hilfsmedikamente
25 Behandlung der Nebenwirkungen
26 Weitere Maßnahmen bei Schmerzen: Akupunktur, TENS,
27 Eingriffe, Bestrahlung, Chemotherapie
28 Psychische Unterstützung
29
30 **Wo erhalte ich Hilfe und Rat?**



1 **Unterschiedliche Formen von Schmerz**
2 Bei dem Wort Schmerz denken die meisten Menschen an
3 körperliche Beschwerden. Zahnschmerzen, Hexenschuss
4 oder ähnliches.
5 Beinhaltet die Ursache für den Schmerz eine Bedrohung für
6 den Betroffenen, bekommt der Schmerz eine ganz andere
7 Dimension. Wird er immer bleiben? Wird er mich auf Dauer
8 einschränken? Welche Dinge werde ich nie wieder tun
9 können? Werden die Schmerzen immer stärker? Wie sehr
10 werde ich leiden müssen? Werde ich Hilfe erhalten?
11 Weiß der Betroffene um die Ursache des Schmerzes und
12 weiß er, dass die Ursache immer weiter fortschreitet, weil es
13 sich zum Beispiel um eine unheilbare Krankheit handelt, wird
14 sich leicht ein Gefühl der Verzweiflung einstellen. Die
15 moderne Medizin suggeriert auf vielen Ebenen, für alles eine
16 Lösung bereit zu halten. Da sie aber niemanden vor dem
17 Tod bewahren kann, kann sie auch niemandem die Angst
18 davor nehmen. Es stehen diesen Menschen jedoch viele
19 Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung.
20 Leider gelingt es nicht immer, den Schmerz völlig zu neh-
21 men. Das gilt für jede der hier beschriebenen Schmerzfor-
22 men. Dennoch gibt es durch Medikamente, Zuwendung,
23 Aufklärung, Begleitung und viele Hilfsmittel die Möglichkeit,
24 dem leidenden Menschen mit Schmerzen ganz bedeutend
25 zu helfen.
26 Leider sind alle Dimensionen des Schmerzes nicht immer
27 allen Beteiligten bewusst, auch nicht dem Arzt. Aber: „Ein
28 Indianer kennt keinen Schmerz“ ist out. Sprechen Sie ruhig
29 darüber!

Schmerz ist viel mehr als „Aua“. Er verursacht Angst, Trauer, Abgrenzung. Aber er kann auch durch Angst, Trauer und Einsamkeit gefördert oder verursacht werden!

Niemand muss in unserer Gesellschaft unbehandelt Schmerzen ausstehen.

33 **Körperlicher Schmerz**
34 Der körperliche Schmerz kann einem oder mehreren Berei-
35 chen im Körper mehr oder weniger eindeutig zugeordnet
36 werden. Der Schmerz quält den Betroffenen auf ganz

Schmerz kann „akut“ (kurz dauernd) oder „chronisch“ (lang anhaltend, immer wiederkehrend) sein.

unterschiedliche Art und Weise, und jeder Mensch erlebt Schmerz ganz individuell (stechend, bohrend, dumpf).

Auch wenn nicht immer eine Ursache zu finden ist, existiert dieser Schmerz durchaus für den Betroffenen.

Schmerz ist nicht nur negativ, er kann auch hilfreich sein! Einige Beispiele hierzu:

- Warnsignal (Nimm die Hand weg, die Platte ist heiß!)
- Schonung (Tritt nicht auf dem Fuß auf bis er geheilt ist)
- Aufmerksamkeitsverstärkung (Leite eine Behandlung ein! Geh zum Arzt, bei Dir ist etwas nicht in Ordnung!)

In diesem Kapitel werden wir uns mit den Schmerzformen beschäftigen, die chronisch sind und meist durch Tumore verursacht werden.

Psychischer Schmerz

Diese Form von Schmerz wird individuell sehr unterschiedlich erlebt. Er ist am ehesten zu umschreiben mit „undefinierbare Angst vor allem Unbekanntem, was ist und was bevorsteht“, wie die Angst eines Kindes in der Dunkelheit.

Bei einem schwer kranken Menschen ist der psychische Schmerz die Summe aus den weiter unten beschriebenen Schmerzformen, verbunden mit einer nicht ausreichenden Verarbeitung der Krankheit an sich, Angst vor Einsamkeit zusammen mit der Angst davor, weitere Schmerzen erleiden zu müssen.

Hinzu kommt die Trauer um den Verlust der einzelnen Funktionen, den ein kranker Mensch immer wieder erlebt. Jede Einschränkung ist ein Abschied, der schmerzt.

Sozialer Schmerz

Krankheit bringt viele Änderungen des Lebens mit sich. Die Aufgaben, die man in der Gesellschaft wie selbstverständlich erfüllt hat, können teilweise oder gar nicht mehr wahrgenommen werden. Ist man berufstätig, wird mit der Krankheit ein Einkommensverlust einhergehen. Fragen wie das Halten des eigenen Lebensstandards, und viel schmerzhafter oft, des

Besonders in unserer modernen Gesellschaft wird suggeriert, dass der Wert des Menschen an seinem Einkommen, Position, Erfolg, Schönheit, Selbstständigkeit liegt.

Standards der Menschen, für die man sich verantwortlich fühlt, stellen sich ein. Wird die Miete noch bezahlbar sein oder der Kredit für das Haus? Werden die Kinder ihre Ausbildung abschließen können?

Aber auch: Werde ich mir weiterhin Hobbies, Urlaub, Luxus leisten können und überhaupt mein Leben in der gewohnten Form genießen können? Und: Welchen Sinn haben meine bisherigen Wertvorstellungen?

Ist man nicht berufstätig, wird die Umgebung auf Hilfe angewiesen sein für die Arbeit, die man sonst selbst erledigt, wie das Versorgen einer Familie.

Zwar ist rein formell in unserem Sozialstaat „für alles gesorgt“, es gibt Sozialhilfe, Pflegegeld, Krankenversicherung, Arbeitsunfähigkeitsgeld, Rente. Kranke Menschen aber fühlen sich meist nicht mehr als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft.

Biographischer Schmerz

Unabhängig von der Angst vor dem Ungewissen, dem Verlust von Körperfähigkeiten und der sozialen Angst, wird dem kranken Menschen klar, dass er von konkreten Lebenszielen Abschied nehmen muss. Das kann eine Position im beruflichen Leben sein, der Wunsch nach Mutterschaft, eine lang geplante Reise, aber auch der Wunsch, das Enkelkind kennen zu lernen.

Je nachdem, wie stark das persönliche Selbstverständnis in dem Erreichen dieser Ziele verankert ist, wird das Leiden unterschiedlich stark sein. Je nachdem, wie weit dem kranken Menschen geholfen wird, bzw. er sich helfen lässt, das Ziel über Umwege zu erreichen oder erreichbare Ersatzziele zu definieren, wird er mehr oder weniger starke Schmerzen verspüren.

Spirituelle Schmerz

Unabhängig von der persönlichen Lebensanschauung, das heißt, von dem persönlichen Glauben an ein Leben nach

Unsere Gesellschaft sorgt für „satt und sauber“. Und dann sieht sie weg. Krankheit und Tod sind noch oft ein Tabu.

Biographischer Schmerz

bedeutet Trauer über die Dinge, die ich nicht mehr erreichen werde.

1 dem Tod oder von der Wertigkeit des Lebens an sich, spürt
2 jeder Mensch Angst vor dem Tod.

Viele schwer kranke Menschen quält immer wieder die Frage, ob sie alles geregelt haben. Für sich und die Hinterbliebenen. Kann man alles regeln?

Es wäre unnatürlich, keine Angst vor dem Tod zu haben. Jedes Tier hat diesen Instinkt, es kämpft, um am Leben zu bleiben. Die Angst vor dem Tod hat uns durch die gesamte Entwicklung der Menschheit hindurch motiviert, Wege zu finden, mit Gefahren, Schmerz und Angst kreativ umzugehen. Diese Angst ist der Motor für alle Entwicklungen der Medizin.

Zu der Angst vor dem eigenen Tod kommt bei vielen Menschen noch eine Frage nach der persönlichen Schuld an der Krankheit. Früher wurde Krankheit als Strafe Gottes gesehen. Diese Frage stellt sich auch heute noch oft. Aber ebenso die Frage, ob man so gelebt hat, dass man „den Himmel verdient“ hat. Erfreulicherweise geht die christliche Religion heute viel mehr von der Barmherzigkeit Gottes aus, so dass Menschen, die diese Fragen laut stellen, viel Erleichterung gespendet werden kann. Aber eben dieses laute Fragen fällt schwer. Wir haben es nicht gelernt, über Glauben mit anderen Menschen zu sprechen. Schämen uns: Was sollen unsere Angehörigen sagen, wenn wir nun nach Gott fragen, nachdem wir es das ganze Leben oder die letzten Jahre nicht getan haben?

Angehörigen fällt es schwer, über spirituellen Schmerz zu reden. Sie müssten damit ja zugeben, dass auch sie Angst davor haben, Sie zu verlieren.

Genau so wie ein Mensch das Recht auf Selbstbestimmung bei medizinischen Entscheidungen hat, hat er es bei spirituellen Fragen, und zwar unabhängig von der Einschätzung der nahe stehenden Menschen. Gerade wenn er ein Leben lang diese Themen außen vor gelassen hat, macht es Sinn, sich Beistand zu holen, um diese Fragen zu klären. Niemand nimmt Anstoß, wenn Sie bei einem körperlichen Schmerz einen Arzt aufsuchen. Niemand dürfte Anstoß daran nehmen, wenn Sie für spirituellen Schmerz auch professionellen Beistand erbitten.

Besonders schwer tun sich in dieser Phase Menschen, die aus Überzeugung Atheisten sind, an kein Weiterleben nach dem Tod glauben.

1 Schmerzen verstehen und beschreiben

2 Viele haben Menschen Angst, körperliche Schmerzen zu
3 erleiden wenn sie schwer krank sind. Diese Angst geht so
4 weit, dass sie bereit wären, den Tod zu beschleunigen, um
5 keine Schmerzen zu ertragen (s. aktive Sterbehilfe, Seite
6 15). Das ist der Grund, warum in diesem Kapitel besonders
7 auf körperlichen Schmerz eingegangen wird.

8

9

Schmerzbahnen, Schmerzursachen

10 Ärzte unterscheiden verschiedene Formen von Schmerz, die
11 zur Erleichterung der gegenseitigen Verständigung hier vor-
12 gestellt werden sollen. Schmerzen werden über das Nerven-
13 system in das Gehirn übermittelt.

14 Man kann sich das Nervensystem wie ein Kabelwerk vorstel-
15 len, das die Befehle des Gehirns in den Körper leitet und die
16 Informationen des Körpers wiederum zum Gehirn bringt. Je
17 zwischen zwei Wirbelkörpern gehen die Nerven für ganz
18 konkrete Körperregionen aus und ein. Am Hals für Hals und
19 Arme, im Brustbereich für die Rippen, im Bauchbereich für
20 die Bauchmuskeln und die inneren Organe, im Lendenbe-
21 reich für das kleine Becken und die Beine.

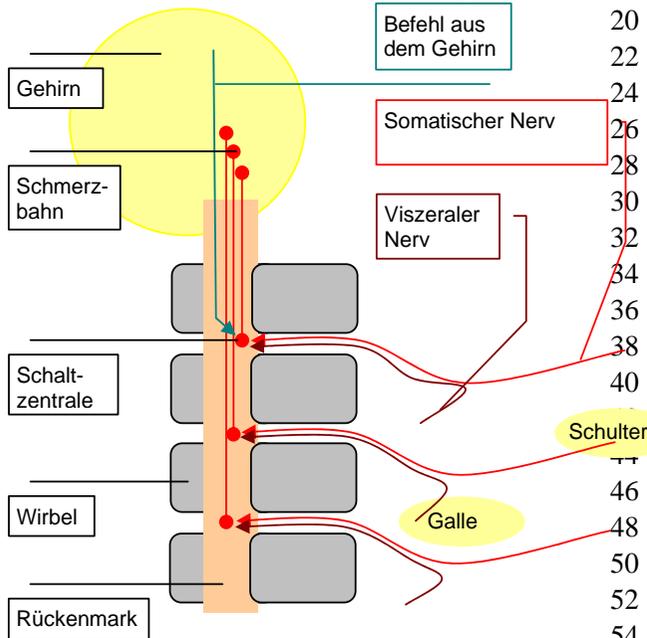
22 Im Rückenmark (Wirbelsäule) erleben die Informationen, die
23 aus dem Körper kommen, eine erste Vernetzung. Dort wird
24 zum Beispiel entschieden, welche Daten so wichtig sind, um
25 überhaupt „nach oben“ übermittelt zu werden.

26 So kann es sein, dass in einem Zustand tiefer Entspannung,
27 Ablenkung, Konzentration oder großen Glücks, aber auch
28 bei Vorliegen eines ganz starken Schmerzens, andere Infor-
29 mationen (auch schmerzhaft!) gar nicht erst in das Hirn
30 gelangen. Ein ganz natürlicher Abwehrmechanismus gegen
31 Schmerz ist das Reiben oder Drücken auf die schmerzende
32 Stelle. Somit senden wir Reize, die mit dem Schmerzreiz
33 konkurrieren und diesen abmildern. An diesen Schaltstellen
34 setzen auch die Morphine mit ihrer Wirkung an: Sie
35 blockieren die Übertragung der Schmerzen, ebenso wie die
36 die „Glückshormone“, so genannte Endorphine (s.u.).

Die Autoren möchten an dieser Stelle noch einmal hervorheben, dass die Beachtung der nicht körperlichen Schmerzformen mindestens ebenso wichtig ist, wie die Behandlung von körperlichem Schmerz!

Somatischer und Viszeraler Schmerz

1 Die Schmerzmelder befinden sich in verschiedenen
 2 Organen:
 3 Direkt unter der Haut, im Bindegewebe, an den Knochen,
 4 Gelenken und Muskeln. Sie melden: Wärme, Kälte, Stechen,
 5 Schneiden, Druck. Der von diesen Schmerzsensoren gemeldete Schmerz heißt **somatischer Schmerz**. Es wird differenziert nach oberflächlichem somatischem Schmerz, er kommt aus dem Bereich der Haut, und tiefem somatischem Schmerz aus Knochen, Gelenken und Muskeln.
 6 Die inneren Organe haben Schmerzsensoren, die auf Dehnung, Minderdurchblutung, Entzündung und so genannte Spasmen (=Krämpfe) reagieren. Ein Spasmus ist eine unwillkürliche Aktion der Muskulatur entlang der Därme, der Harnwege, der Gallenblase. Dieser Schmerz heißt **viszeraler Schmerz**. Er wird oft begleitet von Übelkeit, Schweißausbruch, Angst. Er ist nicht so gut zu orten, wie der somatische Schmerz, weil wir auch nie gelernt haben, unsere inneren Organe zu „spüren“, so wie wir die Haut oder



Erika Mendoza, Reinhard Zoske

20 die Knochen ertasten
 22 können. Oft geschieht
 24 ein weiteres Phänomen:
 26 Am Rückenmark treffen die Nervenbahnen der inneren Organe mit denen der Haut zusammen. Manchmal schafft es das Rückenmark nicht, die Quellen auseinander zu halten, so dass es die Schmerzen verwechselt. Wir empfinden Schmerz in einem Bereich der Haut, von dem er gar nicht kommt. So kann die Bauchspeicheldrüse

1 se am Rücken und die Gallenblase an der rechten Schulter
 2 schmerzen (siehe Bild).
 3 Werden die Nerven selbst beschädigt, entsteht der so genannte **neuropathische Schmerz**. Nerven können durch einen wachsenden Tumor angegriffen werden. Häufiger geschieht es, dass sie an der Wirbelsäule einfach eingeklemmt werden. Das ist die Ursache für Schmerzen beim Bandscheibenvorfall, aber auch bei Wirbelkörpermetastasen. Da Nerven an sich keine Schmerzrezeptoren haben, also eigentlich nicht schmerzen können, weiß das Gehirn nicht, wie es die Schmerzimpulse einordnen soll. Es empfindet Schmerzen im gesamten Bereich, für den dieser Nerv zuständig ist. Diese Schmerzen werden oft als elektrisierend, einschießend, brennend – unerträglich beschrieben.
 15 Ein Beispiel: Eine Metastase im Halswirbelbereich drückt auf die Nerven im linken Nackenbereich. Die Schmerzursache liegt also direkt an der Wirbelsäule. Das Gehirn empfängt Schmerzsignale von diesem Nerv. Und es denkt: „Du bist für die Außenseite des linken Arms zuständig, nun meldest Du „Schmerz“, also tut die Außenseite des linken Arms weh.“
 21 Und tatsächlich schmerzen die Schulter, der Ellenbogen, die Hand, viel mehr als der Nacken. Bezeichnenderweise kann der Patient auch selten mit dem Finger auf einen konkreten Schmerzpunkt zeigen.

25 Der sogenannte **Phantomschmerz** ist auch eine Art von neuropathischem Schmerz. Er tritt nach Amputationen auf. Der entfernte Fuß schmerzt, weil zum Beispiel in der Amputationsnarbe die Nerven, die ihn versorgt haben, gereizt werden.

Endorphine

32 Unser Gehirn produziert bei Freude, Erregung, Euphorie, guten Gedanken, Glückszuständen Substanzen, die dem Morphin sehr ähnlich sind, sie werden Endorphine genannt. Sie stoppen in den Schaltzentralen des Rückenmarks die Übertragung von Schmerzen (s. Bild, blauer Pfeil). So kann

Neuropathischer Schmerz

Phantomschmerz

Endorphine
 werden auch Glückshormone genannt.

1 man erklären, dass Marathonläufer die blutigen Wunden an
 2 den Füßen nicht merken, weil sie im „Rausch des Rennens“
 3 große Mengen an Endorphinen produzieren.
 4 Schwer kranke Menschen können die Wirkung der Endorphi-
 5 ne auch für sich nutzen. Klar fällt es schwer, in eher trauri-
 6 gen Grundstimmungen an Euphorie und Freude zu denken.
 7 Gelingen gute Gedanken, Glücksmomente, erfüllende Be-
 gegnungen, auch sexuelle Erregung, wird sich automatisch
 eine Schmerzverringerung einstellen, und auf Dauer ein
 geringerer Schmerzmittelbedarf.
 Bei der Produktion von Endorphinen kann das Gehirn nicht
 unterscheiden, ob das gute Gefühl, ob das Erlebte echt oder
 Phantasie ist. Alle Bilder, die wir in unserem Hirn entstehen
 lassen, die uns Freude beschern, verursachen automatisch
 Endorphin-Ausschüttungen.

Schenken Sie sich jeden Tag eine Dosis Glück. Macht man sich gute Phantasien zur Gewohnheit, ist man für eine schwere Krankheit gut gewappnet.

16
 17 **Bezeichnung für Schmerzen – wie erkläre ich sie dem Arzt?**

18 Dem Arzt stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung,
 19 Ihnen bei Schmerzen zu helfen. Zunächst benötigt er aber
 20 eine gute Beschreibung Ihres Gefühls. Schmerzen kann man
 21 nicht mit anderen Messmethoden erfassen, die Erhebung
 22 des Umfangs, des Ausmaßes, der Auswirkungen, erfolgt
 23 ausschließlich in einem Gespräch. Wir haben Ihnen zur Vor-
 24 bereitung auf das Gespräch eine Tabelle mit vielen möglichen
 25 Begriffen für Schmerz, für das Erleben von Schmerz
 26 und für das, was der Schmerz mit Ihnen macht, auf Seite 57
 27 abgebildet. Zusätzlich gibt es so genannte Schmerzskalen,
 28 die den Schmerz von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster
 29 vorstellbarer Schmerz), einteilt. Nachdem eine Behandlung
 eingeleitet wurde, können Sie in einem Tagebuch täglich für
 sich (und den Arzt) notieren, wie stark die Schmerzen sind
 und wie Sie sie bezeichnen würden.
 Haben Sie eine gute Schmerzlinderung erreicht, benötigen
 Sie das Tagebuch nicht mehr, erst dann wieder, wenn die
 Schmerzen schlimmer werden oder neue Schmerzen
 kommen.

Für das Schmerz- tagebuch können Sie einen ganz normalen Kalender verwenden. Tragen Sie die Stärke (0 – 10) und die Art (s. Tabelle) für jeden Tag ein.

1 pulsierend 2 klopfend 3 hämmernd 4 pochend 5 sägend	durchzuckend einschießend blitzartig elektrisierend	spitz stechend bohrend wühlend	durchtrennend scharf schneidend zerreißend sägend
6 dumpf 7 drückend 8 zermalmend 9 schwer	ziehend zerrend reißend dehnend	heiß brennend glühend siedend	kribbelnd juckend beißend
10 empfindlich 11 weh 12 wund 13 gefühllos	kühl kalt eisig	kneifend klemmend krampfartig nagend	wellenförmig wehenartig kolikartig
14 beengend 15 beklemmend 16 würgend	ermüdend erschöpfend betäubend zermürend	schweißtreibend Übelkeit erregend Ohnmacht hervorrufend erstickend	plagend quälend marternd grausam peinigend
17 beunruhigend 18 beängstigend 19 furchterregend 20 erschreckend	unangenehm störend lästig scheußlich	umschrieben ausstrahlend ausbreitend	wütend rasend mörderisch vernichtend

25 Berner Schmerzfragebogen (nach Radvila, 1987)

26
 27 In dieser Tabelle wurde bestimmt für jede Form von
 28 Schmerz ein Begriff gefunden. Die Tabelle soll wie folgt
 29 verwendet werden:

30 In jedem Kästchen soll höchstens ein Wort gewählt und
 31 unterstrichen werden, das auf die Schmerzart zutrifft. Trifft in
 32 einem Kästchen keine Schmerzart zu, wird kein Wort
 33 unterstrichen.

34 Sie können die Begriffe, die zutreffend sind, aber auch ein-
 35 fach für sich herausuchen und so besser für den Arztbe-
 36 such vorbereitet sein oder sie im Tagebuch verwenden.

1 **Behandlungsmöglichkeiten**

Schmerzpatienten benötigen psychische Unterstützung, nicht weil sie verrückt sind, sondern weil sie die Krankheit verarbeiten müssen.

Die Behandlung von Schmerzen ist eine der höchsten Herausforderungen für den Palliativmediziner. Es stehen ihm eine Reihe an Medikamenten und zusätzlichen Mitteln zur Verfügung. Bei allen technischen Möglichkeiten darf aber nicht in Vergessenheit geraten, dass Schmerz mehr als alle andere Beschwerdeformen viele Aspekte jenseits des rein körperlichen hat. Das Vernachlässigen der Psyche bei einem Schmerzpatienten bedeutet von vorneherein, dass wir das Ziel nicht erreichen werden.

9

10

11

12

Medikamente**Opiate oder Opiode**

Opium ist eine aus dem Schlafmohn gewonnene Substanz. Opiat ist ein Sammelbegriff für alle vom Schlafmohn abgeleiteten Schmerzmittel. Das wichtigste dieser Gruppe ist Morphin.

Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Medikamente, die bei starken Schmerzen in Frage kommen. Die größte Gruppe umfasst die Schmerzmittel – darunter sind die wichtigsten die Opiate oder Morphine. Es gibt weitere Medikamente, die nicht direkt Schmerzen nehmen, aber deren indirekte Wirkung sehr nützlich gegen Schmerzen eingesetzt werden kann, so genannte „Adjuvantien“ oder Hilfsmedikamente. Dazu kommen Medikamente, die die Nebenwirkungen der Schmerzmittel behandeln. (s. Seite 69)

Die meisten dieser Medikamente sind verschreibungspflichtig. Sie sollten sie nicht ohne ärztlichen Rat nehmen. Für den Umgang mit ihnen ist es sehr sinnvoll, wenn auch Sie als Patient ein besseres Verständnis für diese Mittel haben.

24

25

26

27

Grundsätzliches zur Behandlung von Schmerzen mit Medikamenten

Mehr als 90% aller starken Schmerzen können zufriedenstellend mit Medikamenten behandelt werden. Das Ziel der Behandlung muss sein, eine für den Patienten ausreichende Schmerzlinderung mit einer möglichst akzeptablen Nebenwirkungsrate zu erreichen.

34

35

36

Einzelpräparate sind besser als Kombinationspräparate. Je Tablette sollte also nur ein Wirkstoff enthalten sein. Werden mehrere Wirkstoffe benötigt, ist es besser, unterschiedliche

1 Tabletten zu schlucken. Dann kann man auch die Medika-
2 mente unabhängig voneinander in der Menge steigern oder
3 einmal aussetzen.

4 Dauerschmerzen müssen mit regelmäßigen Medikamenten-
5 gaben „vorbeugend“ behandelt werden. Das bedeutet:

- 6 • Zunächst muss das Mittel gefunden werden, dass
7 den Schmerz lindert,
- 8 • dann die ausreichende Menge, um möglichst
9 schmerzfrei zu sein.
- 10 • Anschließend muss festgelegt werden, zu welchen
11 Zeiten das Mittel genommen wird, damit es gar nicht
12 erst zum erneuten Aufkeimen des Schmerzes
13 kommt.

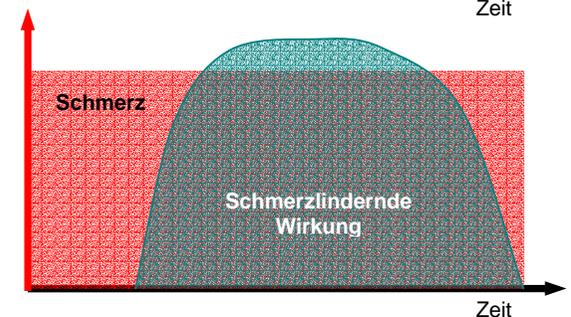
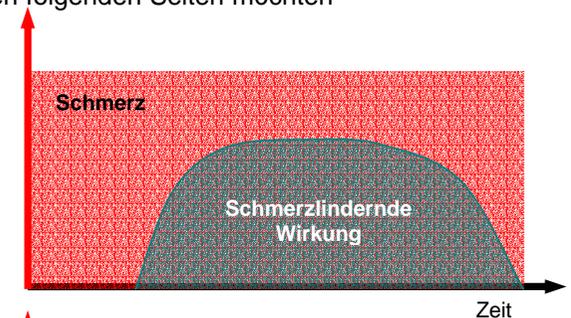
14 Oft werden Kombinationen von mehreren Medikamenten
15 benötigt. In der Regel wird mit einem begonnen und nach
16 und nach entweder die Dosis gesteigert oder weitere Medi-
17 kamente hinzugefügt. Ist der Schmerz sehr stark, kann diese
18 „Dosisfindung“ auch schneller im Krankenhaus passieren.

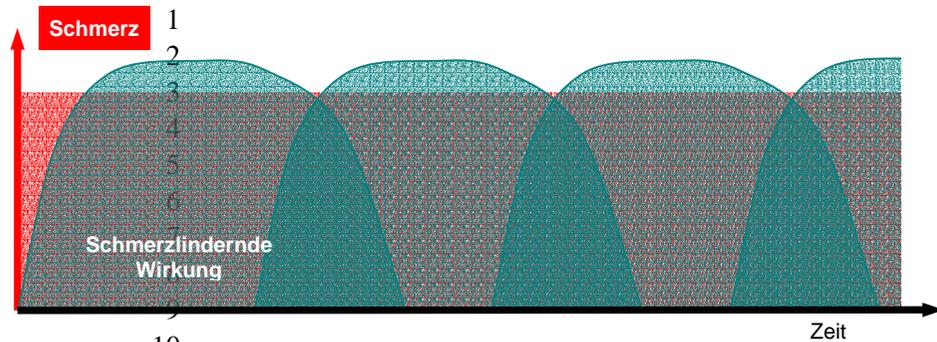
19 Die Graphiken auf dieser und den folgenden Seiten möchten

21 diese Problematik veranschaulichen. Der Dauerschmerz ist
22 rot dargestellt und blau die
23 Wirkung des Mittels.

25 Die obere Kurve zeigt ein zwar
26 wirksames Mittel, das aber
27 nicht in ausreichender Menge
28 gegeben wurde. Der Schmerz
29 lässt nach, verschwindet aber
30 nicht.

31 Die untere Kurve zeigt, dass
32 die richtige Dosis gefunden
33 wurde. Der Schmerz lässt über
34 mehrere Stunden ganz nach,
35 um dann wieder langsam auf-
36 zutreten, bis der Wirkungs-
37 zeitraum ganz vorbei ist.





10

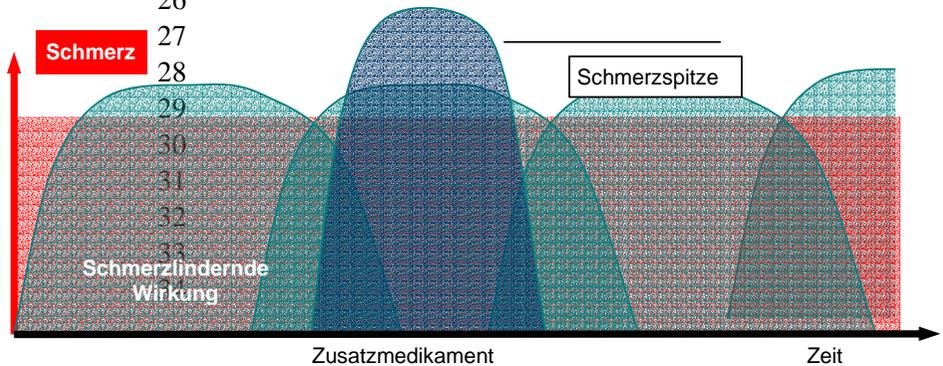
11 Oben abgebildete Grafik zeigt die korrekte Gabe des Medikaments. Die regelmäßigen Abstände garantieren, dass der Schmerz gar nicht erst wieder aufkeimt.

14 Medikamente erst einnehmen, wenn der Schmerz nicht mehr zu ertragen ist, bedeutet insgesamt viel mehr leiden, bei Opiaten eine viel höhere Suchtgefahr und eine Erhöhung der unangenehmen Nebenwirkungen.

18 Eine höhere Dosis als nötig steigert nur unnötigerweise die Nebenwirkungen, ohne für den Patienten einen Gewinn zu bringen, denn: Mehr als schmerzfrei kann er nicht sein.

21 Vor einem zu erwartenden größeren Schmerz (zum Beispiel vor einem Transport oder einem Verbandswechsel) kann durchaus eine zusätzliche Medikamenteneinnahme erfolgen. Dann steigt ja auch vorübergehend der „rote Bereich“ der Graphik an.

26



Zusatzmedikament

Zeit

1 Bei einer Zunahme der Schmerzen im Verlauf der Krankheit
 2 muss die Menge des Medikaments bei jeder Einnahme er-
 3 höht werden, ohne die Zeitabschnitte zu verkürzen.
 4 Nimmt der Patient sehr stark ab oder nimmt er Medikamen-
 5 te, die die Wirkung der Schmerzmittel verstärken (dies kann
 6 der Sparte „Wechselwirkungen“ im jeweiligen Beipackzettel
 7 entnommen werden), muss die Menge des Schmerzmittels
 8 gesenkt werden. Obwohl der Arzt auch daran denkt, ist es
 9 gut, wenn der Patient informiert ist, damit er mit aufmerksam
 10 ist, ob sich neue Nebenwirkungen seines Schmerzmittels
 11 (wie Müdigkeit) einstellen, die für eine Überdosierung
 12 sprechen.

14 Wenn die Behandlung nicht zur Schmerzlinderung führt...

- 15 • Vielleicht ist die Ursache des Schmerzes noch nicht
- 16 vollständig erkannt, es können auch mehrere Ursach-
- 17 en zu Schmerzen führen, die unterschiedlicher
- 18 Behandlungen bedürfen.
- 19 • Es können Medikamente anderer Art nötig sein
- 20 • Es können höhere Dosierungen nötig sein
- 21 • Die Psyche des Patienten wurde noch nicht ausrei-
- 22 chend berücksichtigt.
- 23 • Das Medikament wird vielleicht nicht regelmäßig, das
- 24 heißt im richtigen Intervall genommen (s. Kasten).

25 Alle 8 Stunden heißt: 8:00 – 16:00 – 24:00 Uhr oder 6:00 – 14:00 – 22:00 Uhr,
 26 und nicht zum Frühstück (7:00), zum Mittagessen (12:30) und zum Abend-

27 essen (18:30). Dann hat man nämlich folgende Intervalle:

28 5:30 Stunden zwischen Frühstück und Mittag,

29 6:00 Stunden zwischen Mittag und Abend

30 12:30 Stunden zwischen Abend und Morgen.

31 Ein Medikament, das nur 8 Stunden wirkt, kann unmöglich 12:30 Stunden

32 Schmerzlinderung verschaffen!!

33

34

35

36

Dosis

ist die Menge eines Medikaments, die bei jeder Einnahme verabreicht wird (z.B.: 40 mg).

Zeitintervall

ist die Häufigkeit, in der jede Dosis des Medikaments genommen wird (z.B. alle 8 Std).

Oder: Warum hinterfragen so viele Menschen eine Behandlung mit Morphin, nachdem sie andere, stark toxische Mittel, wie eine Chemotherapie, auf sich genommen haben?

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

Klassische Vorurteile gegen Opiate:
Morphin macht süchtig!

27
28
29
30
31

Klassische Vorurteile gegen Opiate:
Wenn ich mit Morphin beginne, dann muss ich die Dosis immer weiter steigern.

Angst vor Opiaten / Angst vor Morphin

Opiate sind eine seit sehr langem bekannte Medikamentengruppe. Der Missbrauch dieser Substanzen bei Suchtproblemen hat ihnen zu einem negativen Ruf verholfen, der bei der Schmerztherapie ungerechtfertigt ist. Bei den Präparaten, die zur Behandlung chronischer Schmerzen auf dem Markt sind, handelt es sich um so genannte „retardierte“ Präparate. Der Wirkstoff wird nur sehr langsam abgegeben. Daher sind sie für süchtige Menschen völlig uninteressant. Für sie kommt es auf den „Kick“ an: auf das rasche Anfluten der Droge, das den gewünschten Rausch verursacht. Dieser Rausch ist es, der süchtig macht. Das ist auch der Grund, warum es besser ist, einen kontinuierlichen Pegel des Medikaments in retardierter Form zu haben, als es immer nur bei stärksten Schmerzen schnell wirkende Tropfen zu nehmen.

Wenn Sie einen Lastwagen voller retardierter Opiate aus der Schmerzzambulanz an einen Drogenbrennpunkt stellen, werden Sie höchstens belächelt werden – für Süchtige sind diese Tabletten völlig uninteressant.

Morphin ist ein Medikament, das bei konkreten Situationen verabreicht wird, nämlich bei starken Schmerzen. Das ist vergleichbar mit einem blutdrucksenkenden Mittel, das bei hohem Blutdruck verabreicht wird. Setzt man das Morphin ab, werden die Schmerzen wiederkommen. Setzt man das blutdrucksenkende Mittel ab, wird der Blutdruck wieder ansteigen. Das bedeutet bei keinem der beiden Medikamente, dass der Patient süchtig ist, sondern einfach, dass er das Mittel benötigt, um seine Krankheit zu behandeln.

Wenn höhere Mengen des Mittels nach einer Zeit benötigt werden, liegt es daran, dass die Ursache, der Schmerz, stärker geworden ist. Es gibt viele Menschen, deren Schmerz gleich bleibend ist, die über Jahre ihre Dosis nicht erhöhen müssen. Der Körper gewöhnt sich also nicht an die

Zoske

1 schmerzlindernde Wirkung – sehr wohl, erfreulicherweise, an
2 die Nebenwirkungen. Diese lassen nach einiger Zeit nach.
3 Zitat eines Patienten: „Ich weiß, dass ich mit jeder
4 Morphineinnahme mein Leben verkürze, aber ich ertrage die
5 Schmerzen nicht!“ Wird Morphin korrekt genommen, verkürzt
6 es das Leben keineswegs! Spritzt man sich unkontrollierte
7 Mengen in die Venen, verwendet unsauberen „Stoff“ und
8 vergisst im Rausch, sich zu ernähren, dann ist das Opiat in
9 der Tat lebensverkürzend – dann kann es auch sein, dass
10 eine Überdosierung zum Tod führt. Die geregelte Einnahme
11 retardierter Präparate unter ärztlicher Kontrolle schädigt
12 nicht die Leber und verkürzt auch das Leben nicht.
13 Wie weiter unten erläutert, haben Morphine kaum Nebenwir-
14 kungen (Hartleibigkeit, vorübergehende Übelkeit und Müdig-
15 keit). Bei korrekter Einnahme des Medikaments und Vorbeu-
16 gung der begleitenden Hartleibigkeit, gibt es keine Komplika-
17 tion, die als Nebenwirkung des Medikaments das Leben
18 verkürzen könnte.

Das ist bei allen anderen Schmerzmitteln nicht so! Jährlich stirbt eine nicht unerhebliche Zahl an Patienten an den Folgen der Einnahme von frei verkäuflichen Schmerzmitteln, am häufigsten an Magenblutungen, Nierenerkrankungen, Asthmaanfällen.

In der Tat können Morphine „sedierend“ wirken, das bedeutet, dass der Patient schläfrig wird. In diesem Fall handelt es sich entweder um eine zu hohe Dosierung oder darum, dass das Medikament ganz neu angesetzt wurde. Zusammen mit dem Arzt muss entschieden werden, ob man noch ein paar Tage wartet, bis die Müdigkeit von selber nachlässt, oder ob man die Dosis verringert.

Morphine können auch „euphorisierend“ wirken, das heißt, sie heben die Stimmung. In Anbetracht der Tatsache, dass Patienten in der Palliativmedizin sich in einer sehr schweren Lebenslage befinden, ist eine Stimmungshebung nicht unbedingt negativ. Vor allem muss man Folgendes dagegen halten: Werden die Schmerzen nicht behandelt, kommt zu

Klassische Vorurteile gegen Opiate:
Morphin verkürzt das Leben!

Klassische Vorurteile gegen Opiate:
Morphin verursacht eine psychische Veränderung!

Palliativmedizin

1 den grundsätzlichen seelischen Schmerzen noch ein starker
2 körperlicher Schmerz hinzu. Und dies wirkt sich allemal
3 negativ auf die Psyche aus.

Klassische Vorurteile gegen Opiate:

Wenn ich schon Morphin bekomme, dann ist das Leben sowieso bald zu Ende!!

Morphin ist nicht das Mittel für das Lebensende! Es ist schon korrekt, dass oft Patienten mit schweren Erkrankungen, die sicherlich zum Tod führen werden, auch die stärksten Schmerzen haben und daher Morphin benötigen. Aber das Lebensende rückt nicht deswegen näher, weil man das Mittel einnimmt, sondern weil die Erkrankung fortschreitet.

Auf der anderen Seite gibt es viele Patienten mit chronischem Schmerz anderer Ursachen, wie schweres Rheuma, die über viele Jahre mit Morphin behandelt werden, weil dies Medikament sicherer ist als viele andere Schmerzmittel.

Der Körper stellt selbst eine Substanz her, die so ähnlich ist wie Morphine – die Endorphine (s.o.). Es gibt kein anderes Schmerzmittel, das einer natürlicherweise im Körper vorkommenden Substanz so ähnlich ist. Daher ist die Einnahme von Morphinen ein vergleichsweise geringerer Eingriff als bei anderen Medikamenten.

Wirkung und Nebenwirkung von Morphin

Morphine setzen sich an den Schaltzentren der Schmerzübertragung im Rückenmark und im Gehirn fest und blockieren diese. Man kann sich Morphin wie kleine Magneten vorstellen. Sie werden angezogen von Schmerzsignalen in den Schaltzentralen des Rückenmarks, von Euphoriezentren des Hirns und vom Atemzentrum, und zwar in der hier beschriebenen Reihenfolge.

Das heißt: Liegen starke Schmerzen vor, wird alles Morphin erst einmal die Schmerzübertragung bekämpfen. Wird mehr Morphin gegeben als Schmerzübertragungsstellen aktiv sind, tritt eine leicht euphorisierende Wirkung ein, die bei höherer Dosierung zu Schläfrigkeit und schließlich zu Verringerung der Atmungsaktivität führt.

1 Die Spanne zwischen Schmerzlinderung bis Atemschwächung ist sehr breit. Erst bei sehr schwachen Menschen, zum Beispiel in der Sterbephase, kann eine Atemdämpfung bei geringeren Dosen eintreten, weil durch den Sterbeprozess das Atemzentrum schon schwach ist. Ob deswegen auf Schmerzlinderung in dieser schweren Phase des Lebens verzichtet werden soll, muss letztendlich der Patient entscheiden. Wir finden das Absetzen jedoch unmenschlich. Wenn überhaupt verkürzt Morphin das Leben um ein paar Stunden, höchstens Tage. Das Absetzen würde qualvolle letzte Stunden verursachen.

Die einzige, immer auftretende Nebenwirkung von Morphin ist Hartleibigkeit. Ihr muss von vorneherein mit Medikamenten vorgebeugt werden, die für die gesamte Dauer der Morphinbehandlung zusätzlich eingenommen werden müssen (s. S. 70 und Kapitel 5).

Zu Anfang der Einnahme von Morphin können Übelkeit und Müdigkeit auftreten, die nach Tagen oder Wochen der regelmäßigen Einnahme wieder abklingen. Ihr Arzt gibt Ihnen Bedarfsmedikamente für diese Zeit.

Bei sachgerechter dauerhafter Einnahme hat Morphin, abgesehen von Hartleibigkeit, keine Nebenwirkungen. Somit ist es sicherer als alle anderen Schmerzmittel auf dem Markt. Sachgerecht steht für: in den korrekten Abständen, richtigen Dosierungen und unter ärztlicher Kontrolle.

Medikamente gegen Schmerzen – WHO Stufenplan

Die WHO (=Welt-Gesundheits-Organisation) hat einen so genannten 3-Stufenplan aufgestellt, in dem die Schmerzmittel je nach ihrer Wirkung in 3 Gruppen eingeteilt werden.

31 Stufe I	Nicht-Opiate (herkömmliche Schmerzmittel)
32 Stufe II	Mittelstarke Opiate
33 Stufe III	Starke Opiate

Die WHO spricht sich ausdrücklich für die Verwendung von Opiaten, also Morphin, bei starken Schmerzen aus.

36



Nebenwirkungen

Bedarfsmedikamente sind Medikamente, die Sie nur nehmen, wenn Sie konkrete Beschwerden haben. Zum Beispiel bei Übelkeit.

1 **Stufe I: Nicht-Opiate (herkömmliche Schmerzmittel)**
 2 In dieser Stufe gibt es zwei Medikamentengruppen. Die
 3 einen wirken auf Entzündungsmechanismen ein, so genann-
 4 ten Entzündungshemmer. Sie hemmen Entzündungs-
 5 vorgänge im Körper und verringern dadurch Schmerzen.
 6 Klassische Vertreter dieser Gruppe sind Diclofenac und
 7 Ibuprofen, so wie ASS (Aspirin). ASS wird wegen der ver-
 8 gleichsweise schwachen Wirkung und der hohen Neigung zu
 9 Magenblutungen nicht in der Palliativmedizin verwendet.

10

Stufe I – Nicht Opiate	
„Entzündungshemmer“ Sie hemmen Entzündungsvorgänge und lindern dadurch Schmerzen. Allen gemeinsam sind Nebenwirkungen auf den Magen in mehr oder weniger starker Ausprägung.	Diclofenac – bekannt geworden unter dem Namen Voltaren.
	Ibuprofen Es gibt in dieser Gruppe unzählige neuere Medikamente auf dem Markt.
Reine Schmerzmittel Keine Wirkung auf Entzündung Starke Fiebersenkungswirkung Keine Nebenwirkungen auf den Magen	Paracetamol (in hohen Dosierungen leberschädlich)
	Metamizol – bekannt als Novalgin. stärkstes nicht opioidartiges Schmerzmittel. Gute Wirkung bei Koliken (Darm, Niere) Kann das Knochenmark schädigen.

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

Stufe II: Mittelstarke Opiate

27 Diese Medikamente können allein oder zusammen mit den
 28 Medikamenten der Stufe I verabreicht werden.
 29 Die Hauptvertreter dieser Gruppe sind Codein, Tramadol
 30 und Tilidin. Da ihre Wirkungsdauer sehr gering ist, müs-
 31 ten sie in sehr kurzen Zeitintervallen (alle 2 - 4 Stunden) genom-
 32 men werden. Die Hersteller haben eine Lösung gefunden
 33 und so genannte Retard-Präparate (DHC für Codein,
 34 Tramadol Retard, Valoron Retard für Tilidin) entwickelt, so
 35 dass die Wirkungszeit dieser Opiate auf 8 - 12 Stunden
 36 erhöht werden konnte. Ihr Einsatz in der dauerhaften Be-
 handlung von Schmerzen ist dadurch stark angestiegen.

In einigen Situa-
 tionen können die
 Schmerzmittel der
 Gruppe I und
 Opiate ihre jeweili-
 gen Wirkungen
 sinnvoll unter-
 stützen und
 verstärken.

Stufe III: Starke Opiate

2 Auch diese Medikamente können allein oder zusammen mit
 3 den Medikamenten der Stufe I verabreicht werden.
 4 Der Hauptvertreter dieser Gruppe ist das Morphin, weil es
 5 von allen das effektivste mit den geringsten Nebenwirkungen
 6 ist.
 7 Es gibt Morphin als Retard-Tabletten mit einer Wirkdauer
 8 von 8 – 12 Stunden, als Zäpfchen, als Spritze für die Verab-
 9 reichung unter der Haut (wirkt langsam aber lang anhaltend),
 10 in den Muskel (wirkt schneller) oder in die Vene (wirkt sofort,
 11 jedoch nicht sehr lange). Morphin wird über die Niere ausge-
 12 schieden. Bei Nierenerkrankungen müssen daher geringere
 13 Mengen verabreicht werden!
 14 Weitere Präparate mit ihren besonderen Eigenschaften
 15 werden in der nachfolgenden Tabelle vorgestellt.

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

Weitere Präparate der Stufe III	
Buprenorphin (=Temgesic)	besonders gut geeignet für Patienten, die nicht mehr schlucken können, wird im Mund direkt ins Blut übernommen.
Fentanyl (=Durogesic)	Als Pflaster mit einer Wirkdauer von 72 Stunden. Alle 2 - 3 Tage muss das Pflaster gewechselt werden. Der Wirkungseintritt dauert sehr lange, daher nur geeignet zur Behandlung gleich bleibender, nicht sehr starker Schmerzen
L-Methadon (=L-Polamidon)	Alternative zum Morphin bei nach den ersten Wochen nicht abklingenden Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Müdigkeit.
Weitere	Oxycodon (Oxygesic) und Hydromorphon (Palladon), beide dem Morphin sehr ähnlich.

Hilfsmedikamente

37 Diese Gruppe Medikamente wird auch „Ko-Analgetika“ oder
 38 „Adjuvantien“ genannt.
 39 Medikamente gegen Epilepsie und Depressionen haben als
 40 zusätzliche Wirkung eine gute Linderung bei neuropathi-
 41 schen Schmerzen (durch Nervenschädigung, s. S. 55). Her-
 42 kömmliche Schmerzmittel wirken bei dieser sehr unangeneh-
 43 men Art von Schmerz kaum. Meist erschrecken die Patien-

Neuropathischer Schmerz

1 ten, wenn sie den Beipackzettel lesen: sie denken, sie haben
 2 nun eine Depression oder ein Krampfleiden (Epilepsie). Sie
 3 erhalten das Medikament aber nicht gegen Epilepsie oder
 4 Depression, sondern zur Schmerzlinderung.
 5 Typische Nebenwirkungen dieser Medikamentengruppen
 6 sind vorübergehende Müdigkeit und Schwindel, bei Antide-
 7 pressiva zusätzlich Mundtrockenheit und Harnverhalt. Ein
 8 Harnverhalt ist die Unfähigkeit der Blase, sich zu entleeren,
 9 in diesem Fall, weil der Blasenmuskel durch das Medika-
 10 ment geschwächt ist.
 11 Carbamazepin (Tegretal) kann außerdem das Blutbild beein-
 12 flussen, regelmäßige Laborkontrollen sind nötig.
 13 Gabapentin (Neurontin) kann einen gestörten Bewegungsab-
 14 lauf und Übelkeit verursachen, bei besonders hartnäckigen
 15 neuropathischen Schmerzen ist dies Medikament sehr gut
 16 geeignet.

Kortison

17 Tumore im Schädelbereich verursachen beim Wachsen
 18 einen erhöhten Druck, da hier kein Raum zum Ausweichen
 19 für das Gewebe rund um den wachsenden Tumor ist. Starke
 20 Kopfschmerzen und unkontrolliertes Erbrechen sind die
 21 Folgen. Zu jeder Phase der Tumorentwicklung besteht die
 22 ideale Behandlung gegen den Druck in Kortison, es kommt
 23 in der Regel das Präparat Dexamethason zum Einsatz.
 24 Kortison ist generell geeignet zur Behandlung für alle
 25 Formen von Schwellung um einen Tumor herum und zur
 26 Schmerzlinderung bei Lebermetastasen. Bei vielen Tumorar-
 27 ten wird Kortison bereits in frühen Stadien der Entwicklung
 28 gegeben, weil es das Tumorwachstum verlangsamt, wie bei
 29 vielen Lymphgewebetumoren.
 30 Eine angenehme Nebenwirkung für viele Patienten ist, dass
 31 Kortison den Appetit anregt.
 32 Kortison sollte nicht schlagartig abgesetzt, sondern „ausge-
 33 schlichen“ werden, das bedeutet, circa alle 4 Tage wird die
 34 Dosis halbiert. Kortison ist mit Vorsicht anzuwenden bei
 35 Patienten mit Blutzuckererhöhung (Diabetes), Osteoporose,
 36 Magengeschwüren und schweren Infektionen.

1 Schmerzen haben oft Verspannungen in den umliegenden
 2 Muskeln zur Folge. Der Patient nimmt Schonhaltungen ein,
 3 was auf die Dauer andere Bereiche überlastet. Muskelver-
 4 spannungen an sich können auch sehr schmerzhaft sein.
 5 Medikamente sind in der Regel nicht sehr hilfreich. Sollte
 6 Krankengymnastik, Wärme, TENS (s.u.) nicht helfen, ist ein
 7 Versuch mit so genannten Muskelrelaxantien möglich.
 8 Koliken sind krampfartige Schmerzen. Sie treten in den so
 9 genannten „Hohlorganen“ des Bauchs auf, wie Darm, Blase,
 10 Harnleiter, Galle. Bei starker Verwachsung nach Operation
 11 oder Bestrahlung des Bauchraumes, oder bei Tumoren, die
 12 den Darm oder die Harnleiter einengen, können diese
 13 Koliken sehr unangenehme Schmerzen verursachen. Oft
 14 werden sie von Erbrechen, Schweißausbruch, Blutdruckab-
 15 fall begleitet. In diesen Fällen ist die Gabe von so genannten
 16 Spasmolytika (Buscopan) sinnvoll. Am besten wirken sie,
 17 wenn sie gespritzt werden.
 18 Einige Tumore greifen das Knochenmark an, entweder, weil
 19 sie dort direkt angesiedelt sind (Blutkrebs, Plasmozytom)
 20 oder, weil sie Knochenmetastasen verursachen. Zudem gibt
 21 es Patienten, die Osteoporose haben, unabhängig vom
 22 Tumor oder durch die Behandlung bedingt (zum Beispiel
 23 durch Kortison). Liegen unter diesen Bedingungen Knochen-
 24 schmerzen vor, kann man den Knochenabbau durch Medi-
 25 kamente stoppen, durch so genannte Biphosphonate. Sie
 26 müssen langsam als Infusion gegeben werden, in der Regel
 27 alle 3 – 4 Wochen.

Behandlung der Nebenwirkungen

30 Wie oben erwähnt, kann in den ersten Tagen nach Beginn
 31 der Behandlung mit Opiaten **Übelkeit** auftreten. In der Regel
 32 wird vom Arzt für diese Zeit Haloperidol (Haldol) oder Meto-
 33 chlopramid (MCP) vorbeugend verordnet. Nach 7 Tagen
 34 kann man das Mittel meistens absetzen.
 35 Entzündungshemmer und Kortison verursachen oft **Magen-
 36 schleimhautschäden**, und zwar umso häufiger, je länger

Muskel-
verspannung

Koliken

Osteoporose,
Knochen-
metastasen



1 das Medikament genommen wird. Hat ein Patient bereits
 2 früher ein Geschwür gehabt oder bekommt er unter der
 3 Behandlung Magenschmerzen, muss für die Zeit der
 4 Einnahme des magenschädlichen Mittels ein Säureblocker
 5 gegeben werden.
 6 Opiate verursachen **Hartleibigkeit** während der gesamten
 7 Zeit, in der sie genommen werden. Es stehen auf dem Markt
 8 etliche Präparate zur Behandlung der Hartleibigkeit zur Ver-
 9 fügung, viele Menschen kennen Produkte wie Glaubersalz
 10 oder Rizinusöl. Ihre Anwendung kann Koliken und Schmer-
 11 zen verursachen. Keine dauerhafte Anwendung!
 12 Weniger anstrengend für den Patienten sind sanftere Abführ-
 13 mittel, wie Macrogol, Laxoberal und Liquedipur. Sie erhöhen
 14 den Flüssigkeitsgehalt im Darm (Achtung, immer ausrei-
 15 chend trinken!). Obstinol ist ein Öl, dadurch wirkt es als
 16 Gleitmittel.
 17 Sollten diese Medikamente einzeln oder kombiniert keine
 18 zufrieden stellenden Ergebnisse bringen, muss zusätzlich
 19 mit Einläufen oder Glycerinzäpfchen gearbeitet werden. Bil-
 20 det sich ein kompletter Kotstau mit so genannten Kotsteinen,
 21 müssen diese mit der Hand aus dem Enddarm geholt
 22 werden, um wieder eine Darmentleerung zu ermöglichen.

Eine gute Unter-
 stützung bei der
 Vorbeugung
 gegen Hartleibig-
 keit besteht in viel
 trinken, ballast-
 stoffreich essen
 und Bewegung.

Überblickstabelle der Medikamente bei Schmerzen

Grundmedikation			Bedarfs- medikation
Schmerzmittel	Medikamente gegen Nebenwirkungen	Ggf. Hilfsme- dikamente ge- gen Schmerzen	Medikamente gegen Schmerzpitzen
WHO Stufe I	Ggf. Magen!	Antiepileptika / Antidepressiva	WHO Stufe I
WHO Stufe II +/- Stufe I	Übelkeit die ersten Tage, Hartleibigkeit immer!	Kortison, Spas- molytika, Biphos- phonate	WHO Stufe II
WHO Stufe III +/- Stufe I			WHO Stufe III
Regelmäßige Einnahme! Zeitschema beachten!			Einnahme kurz vor oder bei Schmerzereignis

Weitere Maßnahmen bei Schmerzen

1 Die Akupunktur ist eine sehr lange bekannte Form aus der
 2 chinesischen Tradition, Schmerzen zu behandeln. Bei tumor-
 3 bedingten Schmerzen sind sie eher selten wirksam. Aber
 4 durchaus bei begleitenden Schmerzen, wie Muskelverspan-
 5 nungen. An den entsprechenden Akupunkturpunkten kann
 6 auch der geschulte Patient selbst elektrische Stimulations-
 7 geräte anbringen (TENS), um regelmäßig die Wirkung der
 8 Akupunktur zu erreichen.
 9 Für aufgeschlossene Patienten ist ein Versuch mit Akupunk-
 10 tur und bei Wirksamkeit mit TENS über längere Phasen
 11 sinnvoll, damit die Gesamtmenge der benötigten Schmerz-
 12 mittel verringert werden kann. Allerdings reicht Akupunktur
 13 oder TENS in der Regel nicht als einzige Maßnahme aus.
 14 Bei Patienten, deren Schmerzen mit den beschriebenen
 15 Medikamenten nicht zu lindern sind, können Eingriffe
 16 durchgeführt werden, die die schmerzleitenden Nervenbah-
 17 nen dauerhaft beschädigen. Der Nerv kann entweder
 18 chirurgisch durchtrennt werden, mit einer Spritze betäubt
 19 (Betäubungsmittel) oder dauerhaft zerstört werden (so ge-
 20 nannte Neurolyse). Außerdem kann man am Rückenmark
 21 Sonden einführen, die mit einem Pumpsystem Betäubungs-
 22 mittel oder Morphine direkt an die Nervenbahnen spritzen.
 23 Alle diese Verfahren sind für den Patienten sehr aufwändig
 24 und mit der Möglichkeit schwerer Nebenwirkungen (wie stär-
 25kere Dauerschmerzen!) verbunden. Die Wirkdauer ist
 26 beschränkt (manchmal nur Tage, bis Monate). Daher sollen
 27 sie nur angewendet werden, wenn alle anderen Maßnahmen
 28 voll ausgeschöpft wurden.
 29 Wir eine chirurgische Maßnahme zur Schmerzblockade
 30 geplant, muss das Morphin verringert werden. Denn: Wird
 31 der Schmerz plötzlich blockiert, werden die „Magneten“
 32 Morphin frei (s. S. 64) und können zum Atemstillstand
 33 führen. Der Arzt muss darauf vorbereitet sein!
 34 Einige Tumore verursachen durch ihr Wachstum starke
 35 Schmerzen. Auch wenn keine Heilung in Aussicht gestellt
 36

Zusätzlich zur
 Schmerztherapie
 können „Haus-
 mittel“, wie eine
 Wärmflasche,
 Massage und
 Einreibungen die
 Schmerzen
 lindern.

**Akupunktur,
 TENS**

**Eingriffe,
 Pumpsysteme,
 Nervenblockade**

**Chemotherapie
 Bestrahlung**

1 werden kann, ist eine Chemotherapie oder Bestrahlung, je
2 nach Tumorart, auch eine Möglichkeit, Schmerzen zu ver-
3 ringern. Besonders geeignet ist die Bestrahlung bei Kno-
4 chenmetastasen.

5

6 **Psychische Unterstützung**

7 Es gibt eine Reihe an Techniken, die der Patient erlernen
8 kann, um eine Verringerung des Schmerzerlebens zu errei-
9 chen. Dazu gehören Entspannung, angenehme Vorstellung
10 (s.o. bei Endorphinen) oder Suggestion. Alle diese Maßnah-
11 men benötigen Ruhe und Konzentrationsfähigkeit in der
12 Lernphase, was bei starken Schmerzen nicht leicht fällt.
13 Beherrscht ein Patient so eine Technik, ist er in der güns-
14 tigen Lage, dass er unabhängig vom Arzt oder Pflege-
15 personal sich selbst bei Schmerzspitzen helfen und sogar
16 erreichen kann, die Medikamentenmengen zu verringern.

17 Wir können nicht oft genug wiederholen, dass die Unter-
18 stützung der Psyche des Schmerzpatienten, des „Palliativ-
19 Patienten“ sehr wichtig ist. Schmerzen sind sehr zermür-
20 bend, die Krankheit an sich ist es auch.

21 Hilfreich ist oft schon das Gespräch mit Außenstehenden,
22 wie ehrenamtlichen Hospizhelfern oder Besuchsdienstmitar-
23 beitem. Wie eingangs erwähnt kann das Gespräch mit dem
24 Seelsorger bei spirituellen Fragen Entlastung spenden. Der
25 Besuch eines Seelsorgers bedeutet nicht, dass der Tod
26 bevorsteht, was viele Menschen vor der Bitte um einen
27 Besuch zurückschrecken lässt. Seelsorger sind ausgebildete
28 Ansprechpartner, die unter Schweigepflicht stehen. Wird der
29 Pastor erst „zum Schluss“ gerufen, kann der Patient seine
30 dringendsten Fragen nicht mehr klären.

31 Selbsthilfegruppen zeigen den Betroffenen, dass sie mit
32 ihrem Schmerz, ihrer Krankheit und ihren Sorgen nicht allein
33 da stehen, dass es viele Menschen in ähnlichen Situationen
34 gibt. In dieser Umgebung fällt es meist leichter, eigene
35 Ängste und Probleme zu Wort zu bringen, mit denen man
36 die Angehörigen nicht zusätzlich belasten möchte.



1 Einige Patienten benötigen über alle oben erwähnten Maß-
2 nahmen hinaus professionelle psychologische Hilfe. Das
3 bedeutet in der Regel nicht eine komplette Psychoanalyse,
4 da hierfür oft weder Zeit noch Kraft bleibt. Therapeutische
5 Gespräche, in denen der Patient seine Ängste zur Sprache
6 bringen und zusammen mit dem Therapeuten versuchen
7 kann, ihre Ursprünge zu verstehen, sind sehr hilfreich.
8 Allerdings werden es Gespräche niemals schaffen, die Angst
9 vor den bevorstehenden Entwicklungen gänzlich zu nehmen,
10 höchstens werden sie bewirken, dass der Patient leichter
11 damit umgehen kann.

12

13 **Wo erhalte ich Hilfe und Rat?**

14 Bleiben Sie mit Ihrem Schmerz nicht allein. Schmerzlinde-
15 rung ist ein wichtiges Ziel, das auch der Patient selbst immer
16 wieder persönlich in Angriff nehmen muss.

17 Der erste Ansprechpartner ist immer wieder Ihr Arzt, sei es
18 der Hausarzt, der Schmerztherapeut oder Ihr Onkologe.

19 Auf der Suche nach Gesprächen können Sie sich sowohl an
20 die Gemeinde vor Ort wenden oder an den nächstgelegenen
21 Pflegedienst. Der berät Sie auch wenn Sie ihn nicht zur
22 Pflege einsetzen.

23 Volkshochschulen bieten immer wieder Kurse für Entspan-
24 nungstechniken an.

25 Ihre Krankenkasse kann Sie über Angebote informieren, wie
26 Selbsthilfegruppen, Kurse, Gesprächstherapie.

27 Termine für Selbsthilfegruppen werden in der Presse
28 bekannt gegeben.

29 Das Naheliegendste fällt den Menschen manchmal am
30 schwersten: Freunde sind oft bereich, uns als Gesprächs-
31 partner zur Seite zu stehen, wenn wir sie nur ansprechen!
32 Wir sollten sie außerhalb unserer gewohnten Umgebung
33 treffen, um ungestört zu sein. Oder wir sollten bei Bedarf
34 darum bitten, dass unsere nächsten Verwandten dieses
35 vertrauliche Gespräch achten und sich nicht dazu setzen.

Sprechen Sie den Arzt an, wenn Sie noch Schmerzen haben. Der Arzt kann Ihren Schmerz nicht mit anderen Messmethoden erfassen, als durch das Gespräch.