

DER DEUTSCHE SCHMERZ- UND PALLIATIVTAG 2013

24. Deutscher interdisziplinärer Schmerz- und Palliativkongress · Frankfurt/Main · 06. bis 09. März 2013



Schmerzmedizin gegen die Pein der späten Jahre

Schmerztherapie flächendeckend verfügbar machen /
Experten fordern Bedarfsplanung

(FRANKFURT, 06. MÄRZ 2013) Ältere Menschen leiden häufiger unter chronischen Schmerzen, erhalten aber seltener eine gute Schmerztherapie. Dies belegt eine Vielzahl von Studien. „Wir müssen der Unterversorgung der Patienten endlich ein Ende bereiten und Schmerzmedizin breit verfügbar machen“, formuliert Tagungspräsident Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe die zentrale Forderung des 24. Deutschen Schmerz- und Palliativtages, der vom 6.-9. März in Frankfurt/Main stattfindet. Denn eine wirksame Prävention und frühzeitige Behandlung von Schmerzen in jedem Alter ist das beste Mittel gegen die Pein der späten Jahre.

Der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung wächst unerbittlich: Im Jahr 2010 waren 21 Prozent der Bundesbürger älter als 65 Jahre. Im Jahr 2060 wird jeder Dritte dieser Altersgruppe angehören. „Zwar wächst die Zahl der Menschen, die nicht nur länger, sondern auch länger gesund leben“, erklärt Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, „doch für viele Menschen ist Alter gleichbedeutend mit Gebrechen und Schmerz.“ Deren Zahl werde ebenfalls weiter steigen, wenn das Gesundheitssystem nicht an die Herausforderungen des demografischen Wandels angepasst wird, so der Göppinger Schmerzmediziner weiter.

Schmerzforscher und Schmerzmediziner haben in den letzten Jahren moderne Diagnose- und Therapiekonzepte entwickelt, welche die Chronifizierung von Schmerzen verhindern können, wenn sie frühzeitig zum Einsatz kommen. Dadurch müsste sich auch dem Schmerz im Alter vorbeugen lassen – hoffen die Experten. Verfügbar sind auch Strategien, um selbst starke chronische Schmerzen zumindest zu lindern.

Unter dem thematischen Dach „Schmerz und Alter“ stehen diese Strategien daher im Mittelpunkt des Deutschen Schmerz- und Palliativtages. Es geht um Diagnostik, Therapie und Prävention verschiedenster Schmerzformen, etwa Kopf-, Rücken- und Gelenkschmerzen. Breiten Raum nehmen auch jene Faktoren ein, die – nicht nur im Alter – die Chronifizierung von Schmerzen fördern: Soziale Isolation, Einsamkeit, Angst und Depression.

Viele Untersuchungen zeigen, dass chronischer Schmerz mit zunehmendem Alter häufiger wird. Bis zu zwei Drittel der Senioren sind betroffen. Zwar sind bei Älteren manche Schmerzen seltener, z.B. Kopfschmerz und Migräne. Dafür leiden sie aber häufiger unter Rücken-, Gelenk- und Nervenschmerzen. Hinzu kommen zahlreiche Erkrankungen, die mit Schmerzen einhergehen. Doch viele Ältere glauben noch immer, dass Schmerz zum Alter dazugehört und sprechen darum nicht darüber.

IM ALTER SINKT DIE SCHMERZTOLERANZ. Dabei haben Experten keinerlei Zweifel, dass Ältere genau so schmerzempfindlich sind wie Jüngere. Ganz im Gegenteil: im Alter sinkt die Schmerztoleranz, alte Menschen können Schmerzreize schlechter aushalten als junge. Denn die Schmerzverarbeitung verändert sich mit den Jahren. Die körpereigene Schmerzhemmung wird schwächer, das Schmerz verarbeitende System verliert an Plastizität: Wird es aktiviert, dauert es länger, bis es wieder zur Ruhe kommt. Selbst die bei manchen Senioren erhöhte Schmerzschwelle für leichte Schmerzen birgt Risiken: Sie beeinträchtigt die Warnfunktion des Schmerzes, Erkrankungen werden dann oft nicht bemerkt. Der sogenannte „stumme Herzinfarkt“, der ohne die klassischen Beschwerden auftritt, ist dafür ein Beispiel.

Die Behandlung von Schmerzen im Alter ist auch für Experten nicht einfach. Genau so wie Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, sind alte Menschen nicht einfach nur ältere Erwachsene. Viele

leiden an mehreren behandlungsbedürftigen Erkrankungen und müssen entsprechend viele Medikamente einnehmen. „Wir müssen darum bei alten Menschen auf Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamenten achten“, sagt Müller-Schwefe.

Auch bei der Wahl des richtigen Schmerzmittels haben die Ärzte es nicht leicht: Sogenannte Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) – Schmerz- und Entzündungshemmer wie Ibuprofen oder Diclofenac – sind für Ältere oft ungeeignet. Sie verursachen Nebenwirkungen in Magen und Darm, beeinträchtigen die Nierenfunktion und erhöhen nicht nur das Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen sondern dürfen bei hohem Blutdruck, koronarer Herzerkrankung und eingeschränkter Nierenfunktion gar nicht gegeben werden Paracetamol kann die Funktion der Leber beeinträchtigen. Opiate haben zwar keine Organtoxizität, verursachen aber ebenfalls unerwünschte Nebenwirkungen wie Verstopfung, Übelkeit und Erbrechen. Aufgrund ihrer sedierenden Wirkung steigt auch das Sturzrisiko. Es kommt also entscheidend darauf an, bei der Therapie von älteren Patienten das jeweils individuell beste Medikament oder eine Medikamentenkombination zu wählen.

SCHMERZMEDIZIN IST MEHR ALS MEDIKAMENTE. Doch Medikamente alleine sind noch keine Schmerztherapie. „Aktivierungs- und Trainingskonzepte werden viel zu selten eingesetzt, obwohl sie auch bei Älteren gut wirksam sind“, kritisiert Müller-Schwefe. Es sei erwiesen, so der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, dass eine multimodale Schmerztherapie die Lebensqualität verbessert, weil sie Patienten in ihrer Autonomie stärkt, die Schmerzintensität reduziert und den Patienten hilft, ihre Schmerzen besser zu bewältigen.

Eine moderne Schmerzbehandlung kann so verhindern, dass alte Menschen immobil, behindert und hilfebedürftig werden. Ist der Schmerz unter Kontrolle, können sie sich wieder altersgerecht bewegen und ihre Autarkie erhalten oder wiederherstellen. Eine multimodale Therapie besteht aus sorgfältig ausgewählten Medikamenten, Trainings-, Bewegungs- und Psychotherapie, die an die speziellen Bedürfnisse dieser Patienten angepasst sind. „So können mitunter ungeahnte Ressourcen mobilisiert werden“, weiß Müller-Schwefe.

MEHR SCHMERZMEDIZINER ERFORDERLICH. Damit Patientinnen und Patienten von diesen Möglichkeiten profitieren können, muss Schmerzmedizin flächendeckend zur Verfügung stehen. Dies ist jedoch trotz aller Bemühungen der Fachgesellschaften in den letzten Jahren nicht der Fall. „Wir laufen in eine menschliche und medizinische Katastrophe, weil wir zulassen, dass immer mehr Menschen in Arbeitsunfähigkeit und soziale Isolation geraten, weil die Möglichkeiten der modernen Schmerzmedizin nicht genutzt werden“, prognostiziert Müller-Schwefe.

Etwa 5.500 bis 6.000 Schmerzspezialisten wären erforderlich, um jene 1,5 bis 1,8 Millionen Patienten mit problematischen Schmerzerkrankungen flächendeckend zu versorgen, deren Schmerzen sich verselbstständigt haben und zur eigenständigen Schmerzkrankheit geworden sind. Doch tatsächlich gibt es von diesen hoch spezialisierten Schmerztherapeuten, die ausschließlich Schmerzpatienten behandeln, kaum mehr als 2000 – Tendenz weiter fallend.

SCHMERZMEDIZIN MUSS EIGENSTÄNDIGES FACH WERDEN. „Wir brauchen dringend eine Bedarfsplanung für die Schmerzmedizin“, fordert darum Müller-Schwefe. Diese findet bislang nicht statt, weil die Schmerzmedizin kein eigenständiges Fachgebiet der Medizin ist. Beides muss sich ändern – davon sind alle schmerztherapeutischen Gesellschaften und Organisationen überzeugt. „Wir brauchen den Facharzt für Schmerzmedizin“, so Müller-Schwefe. „Die Versorgung der Patienten muss sich an deren Bedarf und nicht an falschen gesundheits- und standespolitischen Rahmenbedingungen orientieren.“ Fortschritte, die wir in der Schmerzmedizin in den letzten Jahren gemacht haben, werden nur dann bei den Patienten ankommen, wenn die Schmerzmedizin als eigenständiges und gleichwertiges Fach mit entsprechenden Lehr- und Weiterbildungsinhalten an den Universitäten auf allen Ebenen der medizinischen Lehre und Forschung etabliert ist, so der Präsident der Fachgesellschaft.