

## Umgang mit „Schmerzmitteln“

Michael Schünemann

1.

Für eine große Anzahl von Kollegen gestaltet sich der Umgang mit ärztlicherseits verordneten Medikamenten als schwierig. Bei vielen herrscht Unwissenheit, Unsicherheit oder einfach nur übergroßer Respekt vor der Ins-

titution Arzt und seinen "Erfüllungsgehilfen", sprich seinen Medikamenten. Auf der anderen Seite gibt es sicherlich genügend Kollegen, die die Sache zu "locker" nehmen und eventuell wichtige Allopathika einfach absetzen.

Um eine für den Patienten sinnvolle und vor allem sichere Handlungsgrundlage zu erhalten, ist

neben einer anständigen eigenen Diagnostik und Einschätzung auch eine fundierte Kenntnis der allopathischen Medikamente und der diesen Arzneien zugrunde liegenden Denkmodelle vonnöten. Nicht nur um solche Medikamente zu verteufeln und abzusetzen, sondern vor allem auch, um die eigene Arznei damit kompatibel zu gestalten und um deren Nutzen und Schaden einschätzen zu können. Denn klar ist, dass ein im Asthmaanfall gegebenes Kortikoid lebensrettend sein kann, während ein Kortikoid als Dauermedikament beim Asthmatiker aber unter Umständen schädlich - auch für das Asthma an sich - sein kann.

Aktivierung der Nozizeptoren

~  
afferente Fasern

Thalamus

Cortex

Limbisches System

Schmerzwahrnehmung

Schmerzentstehung (schematisch)

Gerade bei therapeutischen Fragen gibt es immer mehrere Meinungen. Daher werde ich keine therapeutischen Angaben zu den jeweiligen Allopathika machen, lediglich deren Grundkonzept, deren Nutzen und deren Risiken aufzeigen. Falls sinnvolle Kombinationen mit Homöopathika denkbar sind, weise ich darauf hin.

### Schmerz

Wenn es um "Schmerzmittel" geht, muss man sich erst in Erinnerung bringen, was es mit dem Schmerz auf sich hat: Was ist Schmerz? Wozu gibt es ihn? Welche Folgen hat er? Und was kann gegen den Schmerz getan werden?

Schmerz ist ein rein subjektiv zu bewertendes "Gefühl", eine Wahrnehmung des Individuums. Er dient in aller Regel als Hinweis auf erlittene Verletzungen und soll in der Folge Schutz- oder Gegenmaßnahmen einleiten.

Da er als rein subjektiv einzustufen ist, kann aus der Schilderung einer Schmerzintensität kein Rückschluss auf das tatsächliche Geschehen erfolgen. Lediglich auf den Leidensdruck, der durch das "Passierte" entsteht. Somit ist der Schmerz kein Gradmesser für eine tatsächliche körperliche, seelische oder geistige Verletzung. Er weist ausschließlich auf die Verletzung der Integrität des Individuums hin und kann so z. B. eine Verletzung des Egos anzeigen.

Als Qualität der sinnlichen Wahrnehmung lässt sich der Schmerz lediglich individuell quantifizieren. Somit kann es nicht *die* Schmerztherapie geben; sie muss neben der kausalen Ausrichtung immer auch individualisiert sein.

Wir unterscheiden heute zwischen akutem und chronischem Schmerz.

Der akute Schmerz hat immer noch die oben genannte Funktion als Hinweis auf Verletzungen der Körperlichkeit und/oder der Person. Er soll durch seine Qualität, Intensität, Art und Lokalisation helfen, gezielt und rasch auf die Verletzung und deren Ursache zu reagieren, um weitere Verletzungen zu verhindern bzw. den Schaden möglichst gering zu halten.

Der chronische Schmerz wird heute als eigenständige Erkrankung angesehen. Man spricht davon, wenn ein Schmerzzustand länger als sechs Monate persistiert und/oder länger als die zu erwartende Heilungszeit anhält. Ein chronischer Schmerzzustand führt neben einem erhöhten Leidensdruck zunehmend zu einer veränderten Interpretation der Priorität im Hypothalamus und so in aller Regel zu einer Erniedrigung der Schmerzschwelle, wodurch sich ein Teufelskreis ergibt, der zum Erhalt der Schmerzsymptomatik führt.

Bis es von der Verletzung zur Schmerzempfindung kommt, kann die Individualität sich mehrmals modulierend einbringen.

Eine verletzte Zelle setzt - als Zeichen ihrer Verletztheit oder Zerstörung - immer Arachidonsäure und Cyclooxygenase frei. Dieses Enzym wandelt Arachidonsäure in das Prostaglandin E<sub>2</sub> um. Auch herbeigeleitete Leukozyten setzen Cyclooxygenase frei, um den Prostaglandin-Gehalt rasch ansteigen zu lassen. Die Cyclooxygenase aus der verletzten Zelle wird als COX-1, diejenige aus den eingewanderten Leukozyten als COX-2 bezeichnet.

Das entstandene Prostaglandin E<sub>2</sub> vermittelt und ermöglicht u. a. Entzündung und Fieber. Aber auch die Selbstregulation des Immunsystems wird so erregt und ermöglicht.

Durch die Degranulation von Mastzellen kommt es zur Freisetzung von Histamin und zur Aktivierung spezifischer Rezeptoren, den Nozizeptoren (Schmerzrezeptoren). Diese freien Nervenendigungen im Gewebe dienen der Aufnahme von Schmerzreizen.

Die Reizung eines Schmerzrezeptors führt immer zur Irritation umliegender Schmerzrezeptoren, so dass sich der Schmerz in einem größeren Areal bemerkbar macht. Außerdem regt die Reizung von Nozizeptoren deren Vermehrung im entsprechenden Gebiet an, wodurch die Schmerzempfindlichkeit hier steigt. So kann eine erneute Schädigung noch früher erkannt werden, allerdings wird so bereits einer eventuellen Chronifizierung der Weg gebahnt.

Der Schmerzreiz wird über afferente Fasern des zentralen und vegetativen Nervensystems dem Thalamus zugeleitet. Je nach Reizlage und Stimmung kann bereits hier der Schmerz, oder besser gesagt die spätere Schmerzempfindung, stark variiert werden. Schon hier wird die Individualisierung der Reaktion vorbereitet.

Der Thalamus erkennt die Schädigung des Systems, einerlei ob endogen oder exogen, und leitet die Information weiter an das limbische System und die Großhirnrinde. Nach der Einbringung des aktuellen psychischen Zustandes und dem Abgleich mit Erfahrungen der Rasse und des Individuums kommt es schließlich zur stark individualisierten Schmerzempfindung. Hier wird aber nicht nur das Schmerzempfinden individuell geregelt, sondern auch alle anderen mit dem Schmerz in Verbindung stehenden körperlichen Reaktionen wie Herz- und

Atemfrequenz, Blutdruckregulation, Variation von Sensibilität und Irritabilität und das Auslösen von Fluchtreflexen.

Nervenzellen können über die Konditionierung lernen. Auch der Thalamus lernt über Nachregulation. So will sich der Organismus in der Zukunft besser schützen. Aus dieser Konditionierung und aus dem "Gelernten" des Thalamus kann aber auch eine Art Fehlinterpretation entstehen - das Schmerzgedächtnis. Dieses geht z. T. mit tatsächlichen Veränderungen im Gewebe und sogar im Gehirn einher, wodurch ein einfaches "Löschen" oft unmöglich wird. Das Schmerzgedächtnis ist unter Umständen Ursache, zunehmend aber in jedem Fall Bedinger eines chronischen Schmerzzustandes.

Neben dem über Nozizeptoren vermittelten Schmerz gibt es den Schmerz durch Schäden oder die Zerstörung des Nervensystems selbst, wie es bei Unfällen, Amputationen oder Infektionen (z. B. Herpes zoster) stattfinden kann. Hier kommt es zur andauernden oder intermittierenden Irritation der afferenten Fasern und so zur Schmerzvermittlung.

Natürlich bedarf auch der akut auftretende Schmerz immer wieder einer therapeutischen Hilfestellung. Allerdings sind die chronischen Schmerzsyndrome in unserer Praxis wesentlich häufiger und in der Therapie auch problematischer.

So wenig wir es allermeist mit akuten Schmerzen zu tun haben werden, so wichtig ist es doch, zu erkennen und dem Patienten zu vermitteln, dass jeder akute Schmerz über die Zeit chronifizieren kann und so in jedem Fall behoben werden muss. Dies geschieht am sinnvollsten durch Behebung der Ursache. Als Therapeut sollte man aber bei Bedarf auch eine entsprechende Schmerzmittel-Einnahme zulassen. Wir können als Behandler ja nicht entscheiden, wie hoch der Leidensdruck tatsächlich ist, und gleichzeitig möchten wir einer Chronifizierung vorbeugen.

Lieber akzeptiere ich als Heilpraktiker eine wie auch immer geartete akute Schmerztherapie und flankiere sie vielleicht sogar, als dass ich im Nachhinein eine Dauereinnahme von oft "schweren" Medikamenten mittragen und mitverantworten muss.

In den meisten Fällen haben wir es in der täglichen Praxis mit chronischen Schmerzsyndromen - zu tun.

Grobe Einteilung in fünf chronische Schmerzsyndrome:

2. Entzündungsschmerz, wie er bei verschiedenen chronischen Entzündungen auftritt
3. neuralgische Schmerzen, sie entstehen durch Schädigung/Verletzung von Nerven selbst
4. spastische Schmerzen durch rezidivierende oder intermittierende Nozizeptor-Reizung bei Kontrakturen der glatten Muskulatur
5. Regulationsschmerz durch Fehlregulationen der Regelsysteme selbst, z. B. Vegetativum, Neurotransmitterfreisetzung oder Einstellung der Ruhespannung der Skelettmuskulatur
6. psychosomatische Schmerzen

Bezüglich der Therapie beziehe ich mich lediglich auf oral und transdermal zu verabreichende Mittel, da eine klinische Therapie bei chronischen Schmerzen mittels Injektionen oder per infusionem in aller Regel entweder in Endstadien von Erkrankungen oder stationär erfolgt und uns Heilpraktikern nicht wirklich zugänglich sein wird.

Da inzwischen eine sehr große Zahl verschiedener Wirkstoffe auf dem Markt ist, können im Rahmen dieses Beitrags nur die wichtigsten, in unseren Praxen relevanten Mittel, Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen beleuchtet werden - ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Generell gilt: Ein Schmerz ist dann behandlungsbedürftig, wenn der Patient so sehr darunter leidet oder davon beeinträchtigt ist, dass er Hilfe sucht. Nur weil der eine mit einer Nierenkolik noch selbst ins Krankenhaus fährt, muss ein anderer mit einer akuten Gastritis nicht auch noch tanzen.

Sätze wie "Hab dich nicht so" oder "Reiß dich zusammen" sind bei Schmerzen nicht legitim. Genauso wie der Versuch, eine Leidensgemeinschaft zu bilden, "hatte ich auch schon", hier wenig hilfreich sein wird. Der Schmerz des anderen lindert nämlich nicht den eigenen!

## Ärztliche Schmerztherapie

Die ärztliche Schmerztherapie erfolgt in aller Regel nach dem dreistufigen Schema der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Es wurde entwickelt, um Therapeuten einen Leitfaden für die Behand-

lung von Schmerzpatienten an die Hand zu geben und um für eine möglichst rasche Schmerzfreiheit zu sorgen, bevor sich ein chronischer Schmerzzustand mit eventueller Ablage im Schmerzgedächtnis etablieren kann.

#### Stufe 1

An erster Stelle sollte immer ein Therapieversuch mit Nicht-Opioiden stehen. Sie setzen eher in der Peripherie an, also nicht im zentralen Nervensystem. Sie können bei Bedarf mit Co-Analgetika, z. B. zur Schmerzdistanzierung oder zur Behandlung von Nebenwirkungen, kombiniert werden.

#### Stufe 2

Sind die in Stufe 1 eingeleiteten Maßnahmen nicht ausreichend, werden zusätzlich - nicht stattdessen - schwach wirkende Opioide gegeben. Die Ergänzung mit Co-Analgetika kann weiter verfolgt werden.

#### Stufe 3

Hier werden die schwach wirkenden Opioide durch stark wirkende Opioide ersetzt.

Nach den Vorgaben der WHO sind Nicht-Opioide den Opioiden vorzuziehen und es sollte eine orale Einnahme bevorzugt werden.

Um eine Chronifizierung zu verhindern, sollten Schmerzmittel regelmäßig und konsequent eingenommen werden. Dies gilt im Übrigen nicht nur für klinisch verordnete Medikamente (s.o.), sondern

genauso für unsere schmerzbezogene Therapie. Nur eine regelmäßige Einnahme kann einen Schmerzzustand beheben.

## Nicht-Opioide

Darunter versteht man peripher ansetzende Analgetika, die keine Auswirkung an den Opioid-sensiblen Rezeptoren, vor allem an den u-Rezeptoren des zentralen Nervensystems, haben. Diese Mittel wirken beinahe alle auch fiebersenkend und antiphlogistisch. In der täglichen Praxis haben wir es mit folgenden Mitteln/Mittelgruppen zu tun:

- Metamizol
- Paracetamol
- nicht steroidale Antirheumatika (NSAR)
- Muskelrelaxanzien

## Metamizol

Der Wirkstoff firmiert auch unter "Novaminsulfon" und ist in nahezu jeder Darreichungsform erhältlich. Die häufigste Variante sind Tropfen, die sehr gut variabel dosiert werden können. Metamizol wirkt fiebersenkend und ist bei mittleren bis starken Schmerzen im Einsatz. Außerdem wirkt es spasmolytisch auf die glatte Muskulatur, weshalb es gerne bei organbezogenen Schmerzen aller Hohlorgane angewandt wird. Es hat eine recht zuverlässige Wirkung und wird allermeist gut vertragen.

Die häufigsten für den Patienten unmittelbar erkennbaren Probleme macht das Metamizol bezüglich der Tonusminderung in der glatten Muskulatur. Mittel- und langfristig kann es mehr oder weniger zur "Erschlaffung" aller Hohlorgane kommen. Außerdem sollte bei längerer Anwendung das Differentialblutbild kontrolliert werden, um eine eventuelle Agranulozytose frühzeitig zu erkennen. In diesem Falle muss das Mittel gewechselt werden!

Für eine bessere Dauerverträglichkeit, z.B. bei arben- oder Tumorschmerzen, bietet sich, solange das Mittel nicht entbehrlich ist, eine Unterstützung der Funktion von Leber und Milz an. Mit Gw8 Chelidonium cp S JSO können wir die Leberfunktion stützen und/ oder mit Solunat Nr. 18 die Milzfunktion.

Sambucus-cp Fluid hat sich hervorragend bewährt und bewahrt die glatte Muskulatur vor der Erschlaffung.

## Paracetamol

Der Wirkstoff war ein "Hausmittel", besonders in der Fiebertherapie und in der Therapie der Infekt-Rheumatoide, auch in der Kinderpraxis. Da Paracetamol bei Nichtbeachtung der Maximaldosis (4-10 g/d oder ca. 150 mg/kg Körpergewicht beim Erwachsenen) sehr rasch lebertoxisch wirken kann und infolgedessen bereits Todesfälle aufgetreten sind, wurde es doch allmählich von anderen "Schmerz- und Fiebermitteln" verdrängt.

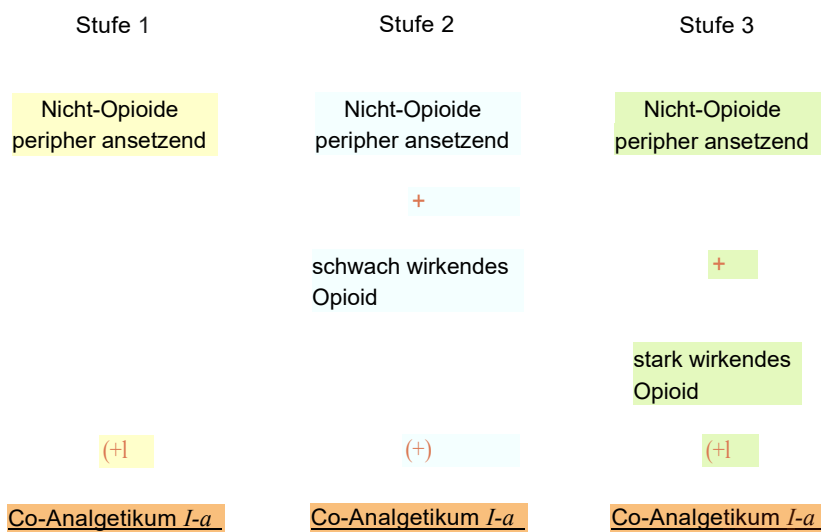
Das Mittel ist fiebersenkend und wirksam bei leichten bis mittleren Schmerzen. Manche Hersteller kombinieren Paracetamol mit Coffein, um eine bessere Paracetamol-Wirkung zu erlangen und/ oder um die Paracetamol-Dosis niedriger halten zu können.

Paracetamol wird in aller Regel nicht als Dauermedikament angewandt, daher ist hier eine flankierende Behandlung nicht wirklich sinnvoll. Allerdings sollten wir Patienten eindringlich auf die Dosisproblematik hinweisen.

Ein Wort zur fiebersenkenden Therapie: Ob ein Fieber belastend oder gar schädlich ist oder nicht, hat nur sekundär mit der tatsächlichen Temperatur zu tun. Erstens entstammt der Ausdruck "Febris" dem Mittelalter, als es noch gar keine exakte Messmöglichkeit für Temperatur gab, und beschreibt eher eine Pulsqualität als die alleinige Erwärmung des Körpers.

## WHO-Stufenschema

in der Schmerztherapie



Zum Zweiten ist jedes Fieber, das sich als zentral reizend zeigt, ungeachtet der tatsächlichen Körpertemperatur, zu senken, um Schäden im zentralen Nervensystem zu vermeiden. Mit welchen Mitteln hier gearbeitet wird, steht auf einem anderen Blatt.

Kurz gesagt: Fieber ist nicht per se "schlecht", aber eben auch nicht automatisch "gut"!

### NSAR

Die nicht steroidal Antirheumatika (NSAR) haben eine dem Cortisol ähnliche Wirkung, sind aber *keine* Abkömmlinge davon. Hier werden die COX-Hemmer zusammengefasst. Diese greifen in die Umwandlung von Arachidonsäure in Prostaglandin E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) ein, indem sie die Wirkung der Cyclooxygenase (COX-1/COX-2) hemmen oder gar unterbinden und so die Schmerzvermittlung erst gar nicht beginnt. Daher wirken diese Mittel nicht nur analgetisch, sondern zugleich antiphlogistisch und damit auch mehr oder weniger abschwellend (PGE<sub>2</sub> vermittelt schließlich die Entzündlichkeit mit all ihren Symptomen).

Die Hauptunterschiede innerhalb der Wirkstoffgruppe beziehen sich auf die Dauer und die Intensität ihrer Wirkung. Außerdem unterscheiden sie sich in ihrer Selektivität. Während die selektiven COX-Hemmer nur COX-2 hemmen, hemmen die nicht selektiven COX-Hemmer sowohl COX-1 als auch COX-2. Die gängigsten Wirkstoffe sind hier ASS, Ibuprofen, Diclofenac und Naproxen sowie Ketoprofen und Indometacin. Durch die Hemmung von COX-1 hemmen sie alle mehr oder weniger die Gerinnung. Am deutlichsten ist dieser Effekt bei ASS, weshalb es auch in der Infarktprophylaxe verwendet wird.

Aus dieser Gruppe haben sich ASS und - als Ersatz zu Paracetamol - das Ibuprofen als "Hausmittel" etabliert. Durch ihre unspezifische Wirkung sind diese

Mittel universell bei allen Entzündlichkeiten und "verwandten" Zuständen einsetzbar.

ASS ist generell und Ibuprofen bis 400 mg rezeptfrei. Beide sind in der Selbstmedikation sehr weit verbreitet. Diclofenac gilt als ein "Klassiker" bei rheumatoiden Beschwerden und wird zunehmend in die Selbstmedikation kommen, da niedrige Dosierungen bis 25 mg seit 2007 rezeptfrei erhältlich sind.

### ASS

Wie alle nicht selektiven COX-Hemmer wirkt es entzündungswidrig, Fieber senkend, abschwellend und gerinnungshemmend. Schon bei niedrigen Dosen wird die Entstehung von PGE<sub>2</sub> be- oder verhindert. Daher kommt es unter ASS häufig sehr bald zu einer akuten iatrogenen hyperaziden Gastritis, die ihrerseits oft rasch zu Blutungen oder gar zu Ulzerationen führt. ASS ist hier aber nicht nur als Säure im Magen problematisch, also als Stoff, der den Magen passieren muss, sondern auch in seiner Wirkung im Stoffwechsel. Daher sind "Protekt-Mittel" sicherlich nicht immer die richtige Lösung, sondern eher der Wechsel des Wirkstoffes.

Eine regelmäßige oder auch nur häufige Einnahme von ASS, auch in niedrigen Dosierungen (z. B. 100 mg/d), sollte immer mit einem echten "Magenschutz" begleitet werden. In der ärztlichen Praxis sind damit die Protonenpumpenhemmer (PPI) gemeint. In der naturheilkundlichen Praxis kann diese Funktion sehr gut von einem Haferschleim (nur mit Wasser und Schmelzflocken, ohne Öl, ohne Salz, ohne Würze) morgens vor dem Frühstück 3 EL und einem Gw15 Condurango cp JSO, 3-mal täglich 20 Globuli, sehr effektiv geleistet werden.

Obwohl lange nicht alle Wirkmechanismen von ASS geklärt sind und immer wieder über eine Verschreibungspflicht diskutiert wurde, hält sich das Mittel

scheinbar durch gute Argumentation völlig ohne Beschränkung in der Selbstmedikation. Es liegt sicherlich auch in unserer Verantwortung, Patienten auf die Problematik der Gerinnungshemmung und der Magenbelastung hinzuweisen.

Immer wieder hört man, ASS würde eine bessere Durchblutung ermöglichen, weil das Blut "dünner" würde. Dieses Bild mag zwar als Erklärung gegenüber dem Patienten dienlich sein, ist aber falsch: Das Blut wird nicht wirklich dünner und kann so besser durch irgendwelche Gefäße. Es wird an der intravasalen Gerinnung gehindert und so kann vielleicht die vorhandene Durchblutung erhalten werden - immerhin.

### Ibuprofen

Im Vordergrund stehen die entzündungswidrige und die fiebersenkende Wirkung. Die Hemmung der Gerinnung ist lange nicht so stark ausgeprägt wie bei ASS. Dennoch sollte man Ibuprofen, besonders in höheren Dosen, vor Operationen vermeiden.

Unter den NSAR hat Ibuprofen sicherlich die breiteste Anwendung. Der Wirkstoff ist bis 400 mg rezeptfrei und gilt bei vielen als "Hausmittel" in der Schmerz- und Entzündungsbehandlung, besonders auch bei Erkrankungen von Kindern.

Natürlich ist die Kombination der Wirkansätze, z. B. bei einer akuten Otitis media, sehr hilfreich. Man darf aber nie vergessen, dass das Mittel zugleich die zur Abwehr von Erregern notwendige Entzündung mindert. Dadurch wird eine finale Abwehrreaktion erschwert oder gar verhindert. Sicher ist eine wiederholte Ibuprofen-Gabe in einem akuten Infektgeschehen der Heilung nicht wirklich zuträglich und leistet einer etwaigen Chronifizierung Vorschub. Patienten, aber auch Mütter und Väter, die ihren Kindern Schmerzen ersparen wollen, sollten wir darauf hinweisen: "Notbremse ja, Therapie nein."

Rats-Apotheke in Gröningen



**RATS- ApOTHEKE**

Naturheilpraxis 9/2014

Ihr Homöopathieexperte für Individualrezepturen wie Nasenreflexöl, Baunscheidttöle, Kantharidensalbe, Schröpfmassagesalbe u. v. m.!

Besuchen Sie uns im Internet unter [www.rats-apotheke-groeningen.de](http://www.rats-apotheke-groeningen.de)

und finden Sie weitere Spezialitäten für Ihre Naturheilpraxis!

Dr. Ulrike Schröder e.K., Friedensplatz 11  
39397 Gröningen, Tel.: 039403-264

E-mail: [groeningerratsapotheke@t-online.de](mailto:groeningerratsapotheke@t-online.de)  
[www.rats-apotheke-groeningen.de](http://www.rats-apotheke-groeningen.de)

Unterstützung der Nieren- und Leberfunktion bei Schmerzmittelgaben

Stützung der Nierenfunktion:

- Orthosiphon-Tee, morgens 2 Tassen oder
- St6 Solidago cp JSO, morgens 20 Globuli oder
- Solunat Nr. 16, morgens 21 Tropfen oder
- Solidago Synergion, morgens 20 Tropfen.

Stützung der Leberfunktion:

- Gw8 Chelidonium cp S JSO, 3-rilal täglich 10 Globuli oder
- Biochemie Nr. 6 Kalium sulfuricum D6, 3-mal täglich 5 Tabletten.

Ibuprofen harmoniert mit einer naturheilkundlichen Infekttherapie dennoch recht gut, besser als ASS. Die Einzeldosis sollte 800 mg nicht überschreiten!

In der Dauermedikation, wie bei rheumatoiden Erkrankungen oft üblich, sollte regelmäßig die Funktion von Nieren und Leber kontrolliert werden. Bei Auffälligkeiten in den Laborwerten muss die Einnahme gestoppt werden! Schon im Vorfeld sollte die Funktion von Nieren und Leber medikamentös unterstützt werden.

### Diclofenac

Der Wirkstoff gilt als Analgetikum für schwache bis mittelstarke Schmerzen und findet hauptsächlich Verwendung in der Therapie "rheumatoider", eher chronischer Beschwerden. Ein Vorteil dabei ist sicherlich die hohe Zuverlässigkeit in der Wirkung. Hier liegt aber zugleich eines der Hauptprobleme, die wir in der Praxis mit diesem Wirkstoff haben. Der Patient wird nur sehr ungern auf die "gute" Wirkung verzichten.

Aber Diclofenac hat in der Langzeittherapie auch eine "zuverlässig" nierentoxische Wirkung, die zu irreversiblen Nierenschäden führen kann. Diese enden im Extremfall an der Dialyse.

Wir müssen hier natürlich nicht mit der Angst des Patienten arbeiten, sollten aber darauf hinarbeiten, dass der Patient erstens möglichst ohne Nierenschaden durch die Schmerzbehandlung kommt (o.g. Nierenstütze) und dass er zweitens

möglichst ohne Dauermedikation mit Diclofenac auskommt.

Ein Schmerz muss möglichst bald behoben werden, um die Ablage im Schmerzgedächtnis zu verhindern. Dazu kann es durchaus nötig sein, auch ein Diclofenac in höherer Dosis (100 mg/d) für vielleicht zwei Wochen zu nehmen. Daran wird keine gesunde Niere scheitern.

In aller Regel sollte bei einer parallel erfolgten naturheilkundlichen Behandlung der Schmerz auch ohne Dauermedikation mit Diclofenac beherrschbar sein. Gegen eine Einnahme zur Vermeidung von Schmerzspitzen ist sicher nichts einzuwenden.

Patienten mit anhaltender Diclofenac-Einnahme bekommen bei mir immer eine die Nierenfunktion stützende Arznei, wie sie im Kasten beschrieben ist. Bei Patienten, die über längere Zeit Diclofenac ohne Stütze für die Nierenfunktion genommen haben, sollte die Niere substanzial "gehalten" und geschont werden: Gw6 Vincetoxicum cp JSO, 3-mal 20 Globuli mit Solidago Synergion, morgens 20 Tropfen ist hier eine gute Kombination.

### Selektive COX-2-Hemmer

Eine relativ neue Wirkstoffgruppe, die keinen guten Start hatte - man erinnert sich an Vioxx®. Der vermeintliche Vorteil, dass nur COX-2 aus den Leukozyten gehemmt wird und die Hemmung der COX-1 mit all ihren unerwünschten Auswirkungen auf Gastrointestinaltrakt, Nieren und Blut unterbleibt, hat sich nicht gezeigt. In der Theorie mag das so stimmen, in der Praxis zeigen sich aber bei den heute oral verfügbaren Wirkstoffen Celecoxib (Celebrex) und Etoricoxib (Arcoxia) doch ganz ähnliche Nebenwirkungen, wie wir sie bei den nicht selektiven COX-Hemmern haben. So sind diese Mittel nur eine weitere Variante in der COX-Hemmer-Palette. Sie sollten in der Langzeittherapie ebenfalls mit einer Stütze für die Nieren- und Leberfunktion flankiert werden.

### Zentral wirkende Muskelrelaxanzien

Der gängige Wirkstoff Flupirtin verringert die Übertragungsrate von Schmerzimpulsen im zentralen Nervensystem. Dadurch wird der Schmerz weniger wahrgenommen. Dieser Effekt nutzt den

gleichen Mechanismus wie die Vermittlung des Ruhetonus der Skelettmuskulatur. Daher kann eine Schmerzlinderung auch durch Muskelrelaxanzien erreicht werden; idealerweise bei Schmerzzuständen, die mit einer erhöhten muskulären Spannung einhergehen, wie z. B. beim akuten Lumbago. Sie werden aber auch bei Migräne, Spannungskopfschmerz, schmerzhafter Menstruation und in der Tumoranalgesie angewandt.

Der Magen ist im naturheilkundlichen Sinne der Tonusvermittler. Da die Muskelrelaxanzien gerade die Vermittlung des Tonus hemmen, kommt es nicht nur zu Müdigkeit und Antriebslosigkeit, sondern eben auch zu Überreizungen im Gastrointestinaltrakt. Daher sind diese Medikamente in aller Regel auch keine Dauermedikation. Falls doch dauerhaft oder häufiger notwendig, sollte unbedingt die Magenfunktion bezüglich der allgemeinen Grundspannung gestützt werden. Als sehr gute Begleittherapie erweist sich hier [sostoma] S mit 3-5-mal täglich 2 Tabletten, sowohl bezüglich der Magen-Darm-Symptomatik, aber auch um den Allgemeinzustand bis hin zum Affektverhalten zu stabilisieren.

Wegen seiner lebertoxischen Wirkung ist Flupirtin im letzten Jahr von der Europäischen Arzneimittelagentur und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in seiner Anwendung stark eingeschränkt worden. Für uns bedeutet das: Patienten mit vorbelasteter Leber sollten dieses Mittel nicht nehmen und Patienten, die Flupirtin schon einmal über längere Zeit genommen haben, haben eventuell Leberschäden davongetragen. In jedem Fall ist es sinnvoll, die leberbezogenen Laborparameter zu erheben.

### Schwach wirkende Opioide

Sie wirken im zentralen Nervensystem und sind im Gegensatz zu den NSAR weder fiebersenkend noch entzündungswidrig. Neben der Schmerzlinderung haben sie aber noch weitere, meist dämpfende Eigenschaften - vornehmlich im zentralen Nervensystem. Sie wirken allgemein psychisch dämpfend und so wiederum zusätzlich schmerzdistanzierend.

Bei allen Opioiden besteht mehr oder weniger Suchtgefahr. Bei manchen Wirkstoffen werden daher gezielte Antidote zur Verringerung des Suchtpotentials bei-

gemischt. Andere werden auch als Ersatzstoffe in der Suchttherapie verwendet.

In der Schmerztherapie finden sie nach dem WHO-Schema Stufe 2 Verwendung für mittel starke bis sehr starke Schmerzen verschiedenster Genese bis hin zu Tumorschmerzen. Da alle Opioide eine Erschlaffung der Darmmuskulatur bewirken, ist Obstipation die häufigste und auffallendste Nebenwirkung. Daher finden diese Mittel aber auch Anwendung bei unstillbaren Durchfällen.

Tilidin und Tramadol sind die bei uns am häufigsten mitgebrachten Mittel. Bei Tilidin ist ein Antidot beigemischt, um es für Rauschgiftsüchtige unbrauchbar zu machen. Dadurch ist hier die Obstipationsneigung weniger stark ausgeprägt als bei Tramadol. Dafür hat es eine stärkere zentral dämpfende Wirkung.

Neben der erwähnten Obstipation treten hier in unterschiedlicher Stärke zentrale Sedierung bis hin zu Verwirrtheitszuständen mit pseudodementiellen Symptomen, also Orientierungsstörungen, Dyslalie, Unruhe, Konzentrationsstörungen usw. auf.

Der Zusammenhang mit der Mitteleinnahme ist anamnestisch oft nur über das Umfeld zu eruieren. Wir sollten daran denken und darauf aufmerksam machen. Hier bringt keine „Demenzbehandlung“ die Lösung, hier muss der verordnende Arzt die Dosis oder das Mittel ändern.

Opioide werden häufig als Langzeittherapie eingesetzt und wir können sie unsererseits gut flankieren. Vordringlich ist es, die Verstopfung möglichst erträglich zu gestalten.

Neben Quellstoffen oder auch Lactulosesirup sollten auch Glyzerinzäpfchen bereitgehalten werden. Bewährt haben sich Alumina Synergon, 3-mal täglich 2 Tabletten und auch Gw8 Chelidonium cp S JSO, 5-mal täglich 20 Globuli. Oft hilft es auch, Sambucus-cp Fluid über dem Colonverlauf morgens und abends im Uhrzeigersinn einzureiben.

### Stark wirkende Opioide

Klassisch werden diese Mittel in der Schmerztherapie nach WHO-Stufenschema Stufe 3 eingesetzt. Sie werden also bei chronischen, vornehmlich tumorbedingten oder extrem starken Schmerzen zusätzlich zu einem Nicht-Opioide verordnet.

In letzter Zeit sehen wir aber immer öfter den Einsatz dieser Mittel als vermeintlich harmloses "Schmerzpflaster" auch in der Therapie von Schmerzen, die nicht von Tumoren ausgelöst werden, obwohl die Wirksamkeit von Opioiden hier ohnehin nur wenig relevant ist.

"Schmerzpflaster" kommen immer dann zum Einsatz, wenn eine Tabletteneinnahme nicht regelmäßig oder überhaupt nicht möglich ist oder gewährleistet werden kann. Sie haben den Vorteil, dass sie in aller Regel nur alle drei Tage gewechselt werden müssen, was für Patienten, Angehörige und Pflegedienste leichter zu bewerkstelligen ist als eine tägliche, vielleicht sogar mehrmalige stundengenaue Tabletteneinnahme. Zumal diese Mittel häufig mit Bewusstseinsstörungen und Orientierungsproblemen, auch bezüglich der Zeit, einhergehen.

In unseren Praxen haben wir es hauptsächlich mit folgenden stark wirkenden Opioiden zu tun. Ihnen allen gemein sind die allgemeinen Nebenwirkungen der Opioide mit verschiedenen Schwerpunkten. Wir sind in solchen Fällen neben der flankierenden Therapie allermeist als Berater und Beobachter mit eingebunden. Daher sollte man zwar wissen, womit man es zu tun hat, in die Verordnung oder die Dosierung sollten wir aber nicht aktiv eingreifen, da sonst eine für den Patienten unter Umständen gefährliche und für den Verordner völlig unübersichtliche Situation entstehen kann.

### Morphin

Morphin (z. B. MST<sup>®</sup>) wird hauptsächlich über die Niere ausgeschieden. Daher müssen wir auf die Nierenfunktion (St6 Solidago cp JSO, morgens 25 Globuli) und auf Nierenschäden achten (Gw6 Vincetoxicum cp JSO, 3-mal täglich 20 Globuli). Bei einer nicht beachteten oder erkannten Nierenschwäche besteht hier eine echte Vergiftungsgefahr!

### Oxycodon

Bei Oxycodon (z. B. Oxygesic<sup>®</sup>, Targin<sup>®</sup>) gibt es nur eine geringe Nierenbelastung. auch die Leberbelastung ist nur in sehr hohen Dosen relevant. Daher ist der Wirkstoff auch bei alten Patienten noch in wirksamen Dosen zu geben. Allerdings besteht ein sehr hohes Suchtpotential!

### Buprenorphin

Der Wirkstoff Buprenorphin (z. B. Temgesic<sup>®</sup>) ist ein gutes Beispiel dafür, dass in die Dosierung solcher Mittel nicht unweisend eingegriffen werden darf! Bei Buprenorphin kommt es sonst unter Umständen zum "Ceiling-Effekt". Das heißt, dass eine Anhebung der Dosis um das Zweifache oder Dreifache nicht auch automatisch eine Verdopplung oder Verdreifachung der Wirkung, wohl aber der Nebenwirkungen haben kann.

### Fentanyl-Pflaster

Eine Besonderheit bei der Anwendung der Fentanyl-Pflaster (z. B. Durogesic<sup>®</sup>) ist hier öfter zu beobachten: Die Wirkung lässt offensichtlich schon vor dem dritten Tag stark nach. Etliche Schmerztherapeuten lassen daher die Pflaster schon nach zwei Tagen wechseln.

### Co-Analgetika

Dieser Begriff beschreibt Medikamente, mit denen Schmerzmittel in ihrer Wirkung unterstützt oder deren Nebenwirkungen gedämpft werden können. Hier könnte natürlich "alles" stehen. In den meisten Fällen kommen unsere Patienten aber mit folgenden Wirkstoffgruppen zu uns:

- Glucocorticoide
- Antidepressiv
- Antiepileptika/ Antikonvulsiva

### Glucocorticoide

Glucocorticoide hemmen die Freisetzung von Arachidonsäure. Dadurch sind sie einerseits entzündungswidrig, andererseits aber auch als Co-Analgetikum zu sehen. In aller Regel werden sie bei viszeralen oder rheumatoiden Schmerzen angewandt. Immer, wenn eine Entzündung als Hauptverursacher eines Schmerzes feststeht, kann das Glucocorticoide rasch für Entlastung sorgen.

Eine "Stoßtherapie" mit hohen Einzelgaben, aber eher kurzer Dauer wird meist mit Protonenpumpenhemmern (PPI) begleitet, um einer akuten Gastritis oder gar einem Magengeschwür vorzubeugen, und hat selten dauerhafte Nachteile für den Patienten. Bei einer Dauerbehandlung mit meist niedrigeren Dosierungen lohnt es, den Magen vor einer chroni-

chen Gastritis zu schützen. Hier sind die Prazole nur bedingt brauchbar, da sie bei einer Hypoazidität eher kontraindiziert sind.

Gw15 Condurango cp JSO, 3-mal täglich 20 Globuli oder Solunat Nr. 19, 3-mal täglich 4 Tropfen, können hier eine schöne Ergänzung sein und den Magen "schützen".

### Antidepressiva

(Trizyklische) Antidepressiva werden vor allem bei Nervenschmerzen mit brennendem Charakter oder auch bei schmerzhaften Missempfindungen als Zusatz verwendet. Außerdem werden diese Mittel zur "Schmerzdistanzierung" eingesetzt. Leider haben sie allermeist auch Wesensveränderungen im Gepäck, weshalb Patienten oft versuchen, aus dieser Therapie wieder zu entkommen. Dann müssen wir auf eventuelle Absetzsyndrome verweisen und auf ein fachgerechtes Ausschleichen und Absetzen in Zusammenarbeit mit dem Verordner drängen!

Viele Neuralgien lassen sich mit Curare Hanosan, 5-mal täglich 20 Tropfen, und Rhododendron cp-Fluid, 2-mal täglich äußerlich einreiben, sehr gut lindern, so dass das Co-Analgetikum oft nicht mehr gebraucht wird. Dabei darf anfangs das Antidepressivum nicht einfach durch ein Homöopathikum ersetzt werden, die Mittel sollten zunächst parallel genommen werden. Nach frühestens drei Wochen kann eine Reduktion der Antidepressiva angedacht werden. Auch hier gilt, dass der behandelnde Arzt mit einbezogen werden sollte!

### Antiepileptika/Antikonvulsiva

Diese Mittel werden ebenfalls besonders bei Nervenschmerzen verwendet und hier besonders bei Neuralgien mit einschließendem Charakter.

Wie der Name sagt, sind Co-Analgetika im Sinne des WHO-Schemas als Ergänzung zu den jeweiligen Schmerzmitteln zu sehen. Leider ist in den letzten Jahren zunehmend zu beobachten, dass besonders Antidepressiva oder Antiepileptika als alleinige Schmerztherapie verordnet werden. In solchen Fällen weise ich den Patienten in aller Regel darauf hin, dass dies nicht lege artis ist, und empfehle ihm einen ausgesprochenen Schmerztherapeuten. Bisher wurde dort in allen Fällen

auf das WHO-Schema Rücksicht genommen.

In der Praxis kommt recht oft die Frage, ob Schmerzmedikamente kombiniert werden könnten. Auch hier sollte immer auf einen Schmerztherapeuten oder Palliativmediziner verwiesen werden. Die Kombination verschiedener Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen kann sowohl zur Kumulation als auch zur gegenseitigen Hemmung führen. Außerdem werden Nebenwirkungen noch schwerer kalkulierbar.

Ganz generell kann man aber sagen, dass die Kombination von mehreren NSAR nicht sinnvoll sein wird. Bei Paracetamol gibt es die Mischung mit NSAR bereits in Fertigpräparaten. Hier sollte nicht in Eigenregie kombiniert werden! Metamizol wird in der Onkologie häufig mit Opioiden kombiniert, mit NSAR ist eine Mischung unüblich.

### Fazit

Wie bei den einzelnen Mitteln beschrieben, gilt bei einer längerfristigen Schmerztherapie besonderes Augenmerk auf Leber, Nieren und Magen-Darm-Trakt, sowohl funktional als auch bezüglich der Gewebssubstanz.

Unsere Aufgabe sollte es nicht sein, mit Schmerzmitteln zu hantieren, sondern sie entweder entbehrlich oder in ihren Aus- und Nebenwirkungen erträglich zu machen.

(Diagramme vom Verfasser)

### Quellen und Literatur

Vorträge Dr. Schweyen-Ott, München, Josef AngererSchule, 1986-1988  
Hunnius, Curt (Begr.); Ammen, Hermann P.T. (Hrsg.): Hunnius Pharmazeutisches Wörterbuch, 10., überarbeitete und erweiterte Auflage 2010; ISBN 978-3-11-020632-6  
Psyhyrembel: Therapeutisches Wörterbuch; de Gruyter, 2001, ISBN 3110168286  
Psyhyrembel: Klinisches Wörterbuch 2014, ISBN 978-3-11-030509-8  
Rote Liste 2013, ISBN 978-3-939192-70-1  
<http://flexikon.doccheck.com/de/WHO-Stufenschema>  
<http://de.wikipedia.org/wiki/Schmerz>  
<http://de.wikipedia.org/wiki/Schmerztherapie#>  
W,\w.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5637

### Anschrift des Verfassers

Michael Schünemann  
Heilpraktiker  
Alte Straße 18  
90451 Jürnberg

Online-Recherche zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln

Identifizierung von Tabletten

[www.gelbe-liste.de/gelbe-liste-ident](http://www.gelbe-liste.de/gelbe-liste-ident) hilft beim Identifizieren von Präparaten, die Patienten möglicherweise mitbringen bzw. einnehmen.

Der Zugang ist mittels DocCheck-Passwort möglich.

Pharmakokinetik und Stoffwechselwege von Arzneimitteln

Rote Liste® Fachinfo-Service" bietet u. a. Fachinformationen zu Arzneimitteln.

Der Zugang ist über DocCheck-Passwort möglich.

[www.rote-liste.de](http://www.rote-liste.de), [www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)

Für Kreuzreaktionen und Verträglichkeit von Arzneimitteln

Das inzwischen kostenpflichtige Modul i.fox" ([www.ifap.de](http://www.ifap.de)) ermöglicht einen digitalen Arzneimittel- Therapie-Sicherheitscheck. Berücksichtigt werden u. a. Kontraindikationen und Arzneimittelwechselwirkungen.

Das Modul ist zwar für Ärzte und Apotheker konzipiert, kann aber auch von Heilpraktikern genutzt werden.