



Wieder volles Haus: Zum 5. Gesundheitsforum waren rund 200 Zuhörer ins Bad Salzunger Klinikum gekommen.

Fotos (6): Heiko Matz

## Angemerkt

## Es macht Spaß

Von Ute Weilbach

Ob das Knie, der Bauch, die Schulter oder das Herz krank sind und es schmerzt – Informationen über Krankheiten und die Heilungsmöglichkeiten werden dankbar entgegengenommen. Auf den Fragebögen zur Auswertung des gemeinsamen Gesundheitsforums von Klinikum, *Südthüringer Zeitung* und *Freies Wort* und stehen viele Lobesworte der Zuhörer. Ob es regnet oder schneit, immer mehr kommen und nutzen die Gelegenheit, die Vorträge der Fachärzte zu hören und ihre ganz konkreten Fragen zu stellen. Dabei verzeihen sie auch, wenn den Medizinern so mancher Fachbegriff durchrutscht. Nur aufhören soll es nicht. Deshalb das Versprechen, die nächsten Foren sind geplant, sie machen nicht nur viel Arbeit, sondern längst Spaß, den Medizinern, den Zuhörern und den Journalisten.

## Schmerzfrei aus der OP erwachen Schmerz wird im Klinikum „gemessen“

**Vortrag | Dr. Schneider zur perioperativen Akutschmerztherapie**

Auf die Möglichkeiten der perioperativen (im zeitlichen Umfeld einer Operation liegend) Akutschmerztherapie ging Dr. med. Roland Schneider, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin am Klinikum, ein. Früher, erinnerte er, sei der Patient nach der Operation auf die Station verlegt worden und habe, wenn er dann Schmerzen verspürte, nach der Schwester geklingelt. „Diese ging den Arzt fragen und kam irgendwann vielleicht mit einer Spritze wieder.“ Die man in das Gesäß bekam, „nicht gerade angenehm.“ Inzwischen habe man das Konzept grundsätzlich geändert und greife auf drei Möglichkeiten zurück: die enterale Verordnungsform von Medikamenten, also die Gabe von Tabletten oder Zäpfchen; die parentale (intramuskulär) Verordnungsform, also intravenös oder über Spritzenpumpen und das regionalanästhesiologische Verfahren. Auf letztgenanntes ging Annette Weih, Fachärztin für Anästhesiologie, ein.

Heute, informierte Dr. Schneider die interessierten Zuhörer, gehe man grundsätzlich anders vor. Der Anästhesist verschaffe sich einen Überblick über die Operation, „denn es gibt unterschiedliche Schmerzqualitäten“. Der Schmerz sei individuell, da könne man eine kleine oder große Menge an Schmerzmitteln benötigen. Oft wähle der Anästhesist eine Kombination aus Substanzklassen. Bereits am Morgen der Operation erhalte der Patient mit der Beruhigungstablette das ausgewählte Schmerzmittel. Und auch während des Eingriffs gebe der Arzt das Schmerzmittel, das nach der Operation wirken soll. „Im Idealfall kommt der Patient im Aufwachraum ohne Schmerzen



Dr. Schneider

zu sich“, erklärte Dr. Schneider. Werde die Schmerztherapie optimiert, könne der Patient schmerzfrei nach Hause oder auf die Station. Der Anspruch, den man an die eigene Arbeit stellt: „Kein Patient soll auf die Station verlegt werden und noch Schmerzen haben.“

Der Komfort für die Patienten: Sie haben einen kontinuierlichen Wirkspiegel, „brauchen also nicht wegen Schmerzen nach dem Pflegepersonal zu rufen“. Zum Einsatz kommen beispielsweise mikroprozessorgesteuerte Infusionspumpen, die individuell für jeden Patienten programmiert werden können. So könne je nach Bedarf Schmerzmittel selbst abgerufen werden. Eine Überdosierung, nahm der Mediziner Ängste, sei nicht möglich. „Wir sind froh, dass es diese Methode gibt, weil der Patient so unabhängig ist“, erklärte er. Diese Pumpen könnten übrigens auch bei Kindern eingesetzt werden. „Auch Kinder haben Schmerzen.“

„Schmerzen sind gar nicht so schlimm, aber sie können ganz schön wehtun“. Dieser Kindermund, sagte Dr. med. Joachim Barthels, spiegelte die gesamte Bandbreite zum Thema Schmerzen wider. Drei Schmerz-Formen benannte er: akuter Schmerz, chronischer Schmerz und chronische Schmerzkrankheit. Dem Schmerz seien drei Komponenten zuzuordnen: der körperliche Faktor, der psychische Faktor und der soziale Faktor. Die Literatur spreche von einer Schmerzspirale. Beginnend beim Schmerz, der zu Mobilitätseinschränkungen führe, diese wiederum zu Hilflosigkeit, diese zur sozialen Isolation, Vereinsamung und Inaktivität. „Das führt dann wieder zu Schmerz und zu einem Teufelskreis“, so der Chefarzt

der Abteilung für Physikalische Therapie. Der Schmerz sei ein Krankheitssymptom. Deshalb, rät der Facharzt, „sollte man zum Arzt gehen oder sich eine Kliniküberweisung holen“. Für die Diagnostik und Festlegung der Therapie sei ein ausführliches Gespräch immer Ausgangspunkt. „Wir fragen genau, wo der Schmerz auftritt, wollen wissen, wie er um sich greift“. Erst danach folge die klinische Untersuchung. Aus beiden resultiere die Diagnose, die wiederum Ausgangspunkt für die Therapie sei. „Das alles kann manchmal zeitlich sehr aufwendig sein.“ Man brauche aber die umfangreiche Anamnese, oft sogar Schmerz-Tagebücher.

Im Klinikum arbeite man mit einer Visuellen Analogskala, die

den eigentlich nicht greifbaren Schmerz sichtbar machen soll. Der Schmerz werde unterteilt von 0 bis 10, wobei die letzte Zahl einen Schmerz beschreibe, „wo man schon brüllen muss“. In den fünf Jahren, in denen man die Schmerzskala bereits einsetze, habe man erkennen können, „dass die Patienten ihre Schmerzen gut einschätzen können.“ Die Skala habe sich bewährt, Ärzte erhalten so bei der Visite sofort einen Hinweis. So könne man eine Therapie

einleiten. Strukturierte Schmerztherapie bedeute im Klinikum, dass Festlegungen getroffen und Verantwortlichkeiten organisiert werden. Der Schmerz werde erfasst, der Patient aufgeklärt. Die Leitlinien der Schmerztherapie seien allen Mitarbeitern zugänglich. Bei einem akuten Schmerz „sorgen wir für eine rechtzeitige und ausreichende Therapie“. Chronische Schmerzen müssten neben der Therapie oft auch mit Medikamenten behandelt werden. Das Bad Salzunger Klinikum zähle zu den „Schmerzfürsorgenden Krankenhäusern“, aber wir werden es nie schaffen, jeden Patienten schmerzfrei zu bekommen“. Und manchmal sei der Schmerz wegen seiner Warnfunktion auch wichtig. mö



Dr. Barthels

## Gezielt Schmerzen ausschalten

**Vortrag | Annette Weih über invasive Formen der Schmerztherapie**

Invasiv, sagt Annette Weih, Fachärztin für Anästhesiologie am Klinikum, klinge immer so unangenehm. Weil es piksen kann. Einige Blockaden, erklärt sie, würden in Narkose gelegt. Die Blockaden können gezielt Schmerzen in einem bestimmten Bereich des Körpers ausschalten. Die Vorteile der invasiven Formen der Schmerztherapie: Während der Operation würden Wachheit und Schutzreflexe nicht beeinträchtigt und es komme zu keiner Manipulation der Atemwege. Und auch nach dem Eingriff gebe es Vorteile: kaum Übelkeit oder Erbrechen, geringerer Schmerzmittelbedarf, frühere Nahrungsaufnahme. Als Nachteile zählte sie die längere Vorbereitungszeit und die Versagerquote.

Anschaulich erklärte die Ärztin die Blockademöglichkeiten für die oberen Extremitäten, zum Beispiel über einen Punkt oberhalb des Schultergelenkes oder im Achselbereich. Diese Formen eignen sich bei Schultergelenkspiegelungen oder Eingriffen unterhalb des Ellenbogens. Gleiches zeigte sie für Blockaden im Bereich der unteren Extremitäten auf. Da ist beispielsweise eine Blockade an der Leiste möglich, die gleich drei Nerven im Lendenbereich erreicht. Diese Variante werde oft auch mit der Ischiadicusblockade gewählt. „Dann sind alle Eingriffe am Bein möglich.“ Über Operationen unterhalb

des Bauchnabels kommt die Spinalanästhesie infrage. Dabei werde die harte Rückenmarkshaut zerstochen.



Annette Weih

Bei Operationen im Bauchraum oder bei der schmerzarmen Entbindung greife man auf die Periduralanästhesie zurück. Bei allen Methoden, erläuterte Annette Weih, könne es zu Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Komplikationen kommen. mö

## Opiate mit wenigsten Nebenwirkungen

**Vortrag | Dr. Christiane Kotlebova referierte über das Thema „Angst vor Opiaten?“**

Die Angst vor Opiaten, also den Abkömmlingen des Morphins mit starker schmerzlindernder Wirkung, und den dazugehörigen Vorurteilen wollte M.U.Dr. (Universität Bratislava) Christiane Kotlebova den Zuhörern nehmen. Sie ging davon aus, dass die Weltgesundheitsorganisation ein WHO-Stufenschema erarbeitet hatte, das heute als Leitfadengelte. Neben der schmerzlindernden Wirkung hätten Opiate Nebenwirkungen, zu denen sie unter anderem Atemdepression, Müdigkeit, Übelkeit und

Erbrechen, Verstopfung und Abhängigkeit zählte. Wichtig sei die Behandlung unter ärztlicher Anleitung oder Aufsicht. Während Verstopfungen zu 90 bis 100 Prozent belegt seien, wären es bei Übelkeit und Erbrechen



Dr. Kotlebova

rund 20 Prozent, bei Verwirrtheit nur zwei und bei Halluzination nur ein Prozent.

Opiate sollten zum Beispiel nicht bei Kopfschmerzen, Schmerzzacken oder bei seelischen Leiden verabreicht werden. Sie machte auch auf die Kombination, unter anderem mit Antirheumatika, Antiepileptika und Antidepressiva, aufmerksam. Wichtig sei auf alle Fälle die verantwortungsvolle Zusammenarbeit von Arzt und Patienten, so auch beim Lösen des Schmerzgedächtnisses. Vorurteile gegen Opiate sei-

en unbegründet. Wichtig sei der Grundsatz: „So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig!“ Fragen gab es zur Dauer der Einnahme von Opiaten, worauf Dr. Christiane Kotlebova antwortete, dass es auch ein Leben lang sein könne. Opiate hätten die wenigsten Nebenwirkungen auf einzelne Organe. Eine psychische Abhängigkeit sei nicht gegeben. Sie riet, beim Absetzen eine langsame Reduzierung vorzunehmen und die Dosis nicht einfach wegzulassen, sondern das Medikament „auszuschleichen“. hn

## Chronifizierung birgt Gefahren

**Vortrag | Dr. Joachim Barthels zum Wettlauf mit der Zeit**

Davon, dass es allein in Deutschland sechs bis acht Millionen chronische Schmerzpatienten gibt, ging Dr. Joachim Barthels in seinem Vortrag „Schmerztherapie im Wettlauf mit der Zeit“ aus. Die Probleme lägen dabei in Funktionsstörungen, chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. So sei es nicht selten, dass Patienten mit sechs bis acht Diagnosen kämen. Falsch sei auf alle Fälle die Vorstellung, „Was von allein kommt, geht auch allein!“ Die Wissenschaft habe die Erfahrung, dass das periphere Nervensystem durch Schmerzen empfindlicher werde. Es komme letztendlich zu einer mehrfachen Speicherung des Schmerzes im Gehirn. Nervenzellen veränderten sich und

es komme zu fortlaufenden Reizungen. Und selbst wenn die Ursachen beseitigt seien, könne der Schmerz weiter empfunden werden (Chronifizierung). Und das sei sehr schwer zu „löschen“.

Dr. Barthels schlussfolgerte daraus, dass die Schmerzvermeidung und die -therapie frühzeitig notwendig seien. Diese Chronifizierung gäbe es bei Spannungskopfschmerz, Migräne, Rückenschmerz, Gürtelrose und entzündlichen Gelenkerkrankungen. Zum Zusammenhang Schmerz und Psyche stellte er fest: „Freude vermindert das Schmerzempfinden, aber Ärger verstärkt es.“ Es seien dabei die körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren zu beleuchten.

Als medizinische Grundsätze formulierte er dabei: Diagnose vor Therapie, kausale vor symptomatischer Behandlung und rasche Schmerztherapie – beginnend schon beim Hausarzt. Ziel sei die Vermeidung der oben genannten Chronifizierung, eine Steigerung der Lebensqualität und die Rückgängigmachung des sozialen Rückzuges. In diesem Zusammenhang nannte er zum Beispiel Physiotherapie und Akupunktur.

Man setze in der Schmerztherapie sowohl auf die Schul- als auch auf die Alternativmedizin und habe damit gute Erfolge, antwortete er auf eine Frage aus dem Publikum. Wichtig sei das adäquate Mittel für jeden Patienten. hn

## Zusammenspiel vieler Faktoren

**Vortrag | Dirk Klaus Cichy zu „Wenn die Seele schmerzt“**

Die Verbindung von Psyche und Schmerz beleuchtete in seinem Vortrag Dirk Klaus Cichy beim 5. „Talk im Klinikum“. Wenn ihn der Arzt bei Schmerzproblemen auf die Psyche oder das soziale Umfeld anspreche, solle der Patient nicht blocken, was oft geschehe – so sein Credo. Äußerungen wie „Ich bin doch nicht verrückt!“ seien nicht selten. Ein Arztwechsel sei das Falsche, denn die Psyche gehöre dazu: „Es geht hier um ein kompliziertes Zusammenspiel von organischen, psychischen und sozialen Faktoren.“

Schmerz finde im Gehirn statt, so würden negative Emotionen oft als Schmerz wahrgenommen. Risikofaktoren für die erwähnte Chronifizierung seien zum Beispiel Passivität und Hilflosigkeit, Selbstvorwürfe und Schmerzerfahrungen aus der Kindheit,



Dirk Klaus Cichy

ein übersteigertes Leistungsideal sowie soziale Probleme und Belastungen in der Familie oder im Beruf. Zum Zusammenhang von Schmerz und Depression

meinte er, dass Schmerz die Depression verstärkte und Depression den Schmerz. Aus diesem Teufelskreis komme man ohne Hilfe nicht heraus. Zur Behandlung gehöre eine angemessene Akzeptanz der Erkrankung. Auch Leistungseinbußen müsse man anerkennen und die eigenen Ressourcen stärken. Und man müsse sich helfen lassen! Er machte auf die „mehrdimensionale Behandlung“ aufmerksam. Man solle dabei auch keine Angst vor Antidepressiva haben. Auf die Vererbung von Depressionen angesprochen, meinte Dirk Klaus Cichy, dass es dafür keine Hinweise gebe. Allerdings seien Häufungen zu beobachten, wenn die Eltern schon darunter litten. hn