Schmerztherapie ausländischer Patienten

Kultur oder Sprache als Hürde?

— Im Umgang mit Patienten anderer Kulturen besteht in der schmerzmedizinischen Praxis bei so manchem eine gewisse Befangenheit. Ist mehr Kultursensibilität erforderlich? Zumindest kam Dr. Andreas Kopf, Hochschulambulanz für Schmerz- und Palliativmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin zu dem Fazit, dass es wohl eher um eine Sozio- als eine Kultursensibilität gehe. Der Behandler solle sich hüten, das „Fremde zu exotisieren“, forderte er beim Schmerzkongress in Mannheim. Aus Kopfs Sicht kommt es vielmehr darauf an, behand-

lerseitige Stereotypen zu vermeiden, praktische Kommunikationshürden wie fehlende Dolmetscherdienste zu überwinden und im Erstkontakt die Erwartungen und Einstellungen des Patienten gut zu erfassen. Hier kann ein 2014 publizierter Interviewleitfaden Hilfestellung geben (Bachmann V et al. Erfahrungen russischsprachiger Migranten beim Hausarzt, Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 8771–876). Er gibt Tipps zur induktiven Gesprächsführung, die Rückschlüsse auf Krankheitsnarrative und individuelle Erklärungsmodelle für Schmerzen ermöglicht.

In der Versorgung von Migranten gibt es aber auch ganz konkrete biologische und genetische Faktoren, die für eine Schmerztherapie von Bedeutung sind. Dazu zählen vor allem Genpolymorphismen und -mutationen, welche die Metabolisierung von Medikamenten beeinflussen und damit auch deren Wirkung beziehungsweise Nebenwirkungsprofil. Wie Professor Ulrike Stamer, Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie des Inselspitals der Universität Bern berichtete, können sogenannte „poor metabolizer“ für CYP2D6, die im Mittelmeerraum häufiger sind, Codein und Tramadol nicht in die aktiven Metaboliten

umwandeln. Sie weisen dadurch keine oder eine reduzierte Analgesie auf. Umgekehrt kann es bei „ultra rapid metabolizern“, die in Ostafrika, Äthiopien, dem Nahen Osten und Ozeanien fast ein Drittel der Bevölkerung ausmachen, zu einer Atemdepression wie bei einer Überdosierung kommen. Dies sei wichtig im Kopf zu behalten, wenn der Erfolg der Schmerztherapie evaluiert werde, so Stamer. Denn eine genetische Testung auf Genotypen wird es so bald nicht geben.

Dr. Wiebke Kathmann

© picture-alliance / dpa

Gefährlicher Trend

Schlafmittel für Kleinkinder

Mediziner und Behörden warnen vor einem gefährlichen Trend: Schlafmittel für Kleinkinder. „Es kann – auch in niedrigen Dosen – zum Atemstillstand kommen“, sagte Hermann Josef Kahl, Sprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Außerdem könnten die Mittel abhängig machen. „90 bis 95 Prozent der Kinder sind gesund, haben nur einen anderen Schlafrhythmus.“

(dpa)

Chronischer Bauchschmerz

Update zur Pharmakotherapie

— Bei den meist diffusen chronischen abdominalen Schmerzen ist die Lokalisation oft schwer zu finden. Ob eine maligne Erkrankung, eine chronische Entzündung oder Ischämie, eine Stoffwechselerkrankung oder ein Reizdarmsyndrom dahinter steckt, muss differenzialdiagnostisch geklärt werden, erinnert Dr. Viola Andresen vom Israelitischen Krankenhaus Hamburg auf dem Deutschen Schmerzkongress. Gemäß eines Stufenschemas sollte mit peripheren Analgetika begonnen werden, wobei klassische nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) aufgrund ihrer gastroenterologischen Nebenwirkungen ungern gegeben würden. Auch Paracetamol (keine Dauertherapie wegen Hepatotoxizität) und Coxibe

(potenzielle kardiale Nebenwirkungen) seien generell nicht an Bord. Dagegen werde Metamizol gern gegeben, da es auch spasmolytisch und damit gut bei Koliken wirke. Reichen periphere Analgetika nicht aus, kommen in Stufe zwei und drei schwach beziehungsweise stark wirksame Opioide – gegebenenfalls in Kombination mit peripheren Analgetika – zum Einsatz. Dies gelte allerdings nur, wenn die gastrointestinale Funktion nicht bereits durch eine Obstipation eingeschränkt sei. Dann sollte zusätzlich ein PAMORA (peripher agierender μ -Opioid-Rezeptor-Agonist) gegeben werden, um die Effekte an den gastrointestinalen μ -Rezeptoren auszuschalten, riet Andresen. Als weitere, in der Gastroenterologie ver-

© Robert Kneschke / fotolia.com

wendete Therapieansätze nannte Andresen Muskelrelaxanzien wie Butylscopolaminumbromid bei Krämpfen und Koliken sowie Gabapentin, Pregabalin oder Amitriptylin bei neuropathischer Schmerzkomponente. Invasive Verfahren, wie ein Periduralkatheter oder die bildgebungsgestützte Blockade des Truncus coeliacus, zum Beispiel bei Schmerzen im Zusammenhang mit einem Pankreaskarzinom, kommen nur im Notfall zum Einsatz.

Dr. Wiebke Kathmann