

Facharzt für Palliativmedizin gefordert

— Die Einführung eines Facharztes für Palliativmedizin könnte dazu beitragen, den wachsenden Bedarf an palliativmedizinisch qualifizierten Ärzten zu befriedigen. Gleichzeitig wäre sie ein wichtiger Schritt, um die palliativmedizinische Forschung voranzubringen, sagte Professor Roman Rolke, Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Aachen anlässlich des Aachener Hospizgespräches in Stolberg. Er kritisierte, dass es an den mehr als 30 Universitätskliniken in Deutschland gerade einmal neun Lehrstühle für Palliativmedizin gibt. Die Einrichtung neuer Lehrstühle

könnte durch eine Anfangsfinanzierung aus Förderprogrammen des Bundesforschungsministeriums unterstützt werden, schlägt er vor. Nachwuchs ist auch für die palliativmedizinische Forschung vonnöten. Junge Mediziner engagieren sich aber häufig in dem Gebiet, in dem sie ihren Facharzt machen. Seine Hoffnung: Durch eine Ausweitung der palliativmedizinischen Forschung können bislang eher vernachlässigte Bereiche in den Fokus genommen werden. Handlungsbedarf sieht der Mediziner etwa in der Transition von Heranwachsenden mit lebenslimitierenden Erkrankungen in die

Erwachsenen-Palliativmedizin. Viele der Patienten werden bis zu ihrem 18. Lebensjahr in Kinderkliniken versorgt. In die Kindermedizin passen die meisten dann nicht mehr, die Hausärzte sind durch die seltenen Störungen häufig überfordert, so Rolke. Gezielte Forschung könnte klären, welche der jungen Patienten sich für den Übergang in die Erwachsenen-Palliativmedizin eignen. Gleichzeitig müsse erprobt werden, wie man die dort tätigen Ärzte und Pflegeteams am besten für den Umgang mit den Krankheitsbildern schulen kann.

Ilse Schlingensiepen

107. Aachener Hospizgespräch am 3.2.2018 in Stolberg; Veranstalter: Grüenthal

Schmerzgedächtnis muss überschrieben werden

— Die wiederholte Aktivierung durch schmerzhaft Reize führt an den Nervenzellen zu molekularen Veränderungen. Durch eine leichtere Erregbarkeit der Neuronen entsteht ein Schmerzgedächtnis mit der Folge, dass Schmerzen selbst dann wahrgenommen werden, wenn die auslösende Ursache längst beseitigt ist. Wie Professor Walter Ziegglängsberger, Emeritus am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, bei einem von Hexal ausgerichteten Fortbildungskongress erläuterte, entwickelt sich eine gesteigerte Schmerz-

empfindlichkeit entweder auf Basis einer verringerten Reizschwelle der Nozizeptoren (primäre Hyperalgesie) oder durch neuroplastische Veränderungen im Zentralnervensystem, die zu einer zellulären Hyperaktivität auf Rückenmarksebene führen (sekundäre Hyperalgesie). An der Entstehung des Schmerzgedächtnisses sind unter anderem das Mittelhirn, thalamische, limbische und kortikale Strukturen beteiligt, ebenso die Nervenzelle mit ihren Dendriten und Spines, an denen sich die Synapsen befinden. Informationen werden in den

Dendriten und Spines durch Modulation der synaptischen Übertragung gespeichert. Im Rahmen des Schmerz-Lernprozesses kommt es in der Nervenzelle zu einer De-novo-Proteinsynthese, die das morphologische Korrelat des Schmerzgedächtnisses darstellt. Die Therapie chronischer Schmerzen wird dadurch erschwert, dass das Gehirn keine Löschtaste hat, so Ziegglängsberger. Wie er betonte, sei chronischer Schmerz kein andauernder Akutschmerz, sondern die Folge nozizeptiver Aktivierung. Analgetika lindern nur akuten Schmerz, für chronischen Schmerz existiert kein spezifisches Medikament. Vielmehr erfordert er eine multimodale Schmerztherapie aus medikamentösen und psychotherapeutischen Maßnahmen (**Abb. 1**), die durch neuen „Input“ zu Re-Learning mit Überschreibung des Schmerzgedächtnisses mit positiven Erfahrungen führt. Damit könne etwa bei chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates Vermeidungsverhalten, Schonhaltung oder Inaktivität reduziert und körperliche Aktivität gefördert werden.

Chronischer Schmerz ist chronischer Stress, der fast immer auch mit Angsterkrankungen, affektiven Störungen wie Depression und Schlafstörungen assoziiert ist, so Ziegglängsberger. Depressionen können Folge der Schmerzen sein oder auch einen Risikofaktor für die Schmerz-Chronifizierung darstellen.

Dagmar Jäger-Becker

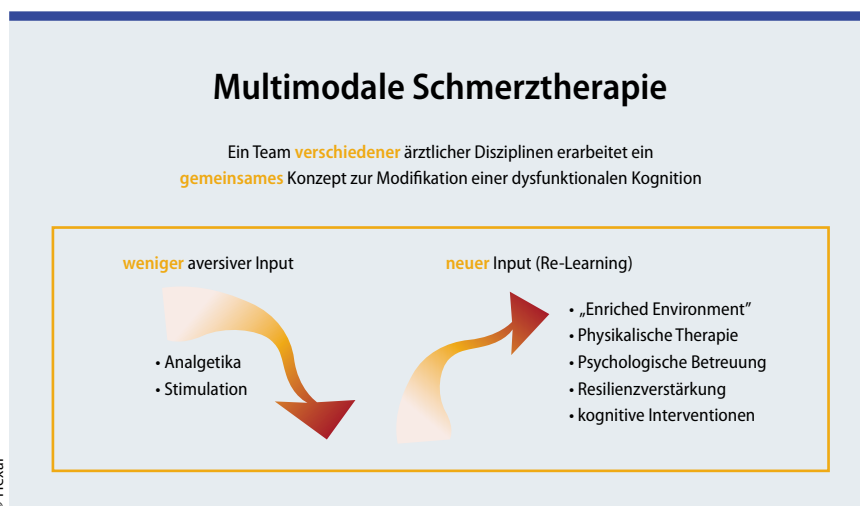


Abb. 1: Eine multimodale Schmerztherapie sollte aus medikamentösen und psychotherapeutischen Maßnahmen bestehen.

Hexal-Kongress Praxisnah, Frankfurt, 10.11. 2017; Veranstalter: Hexal