



Der Schmerzmittel-Super-Gau

In Akutphasen von Krankheiten und im Rahmen der Intensivmedizin sind Schmerzmittel ein Segen. Leider nicht im Bereich chronischer Erkrankungen. Man findet diese Medikamente längst frei verkäuflich in Supermarktgaleen. Natürlich ist es ein schönes Gefühl, wenn z. B. Zahnschmerzen oder Menstruationsbeschwerden stark nachlassen und sich irgendwann in Luft auflösen. Der Mensch hat sich jedoch so sehr an den schnellen Griff zu den Schmerzstillern gewöhnt, dass er über die negativen Wirkungen, die solche Mittel mit sich bringen, nicht mehr nachdenkt. Viele schlucken die Hemmer seit Jahren regelmäßig, oft mehrmals pro Monat. Für andere gehören sie einfach zum täglichen Leben dazu. Sowieso, wenn chronische Schmerzen am Bewegungsapparat im Spiel sind. Fakt ist aber: Es wird zu wenig wirklich kompetente Diagnostik betrieben.

Viele Schmerzmittel, vor allem gegen Erkältung, Kopfwahl, Glieder-/Rückenschmerzen und Regelbeschwerden, können längst rezeptfrei erworben werden. Wie oft höre ich in der Praxis: „Dann werf’ ich halt immer eine Ibu ein.“ Kein Wunder, dass der jährliche deutsche Apotheken-Umsatz allein bei Schmerzmitteln die 500-Millionen-Euro-Umsatzmarke übersteigt. Zudem werden Schmerz-Pillen mittlerweile auch im Supermarkt, direkt neben Kaugummi und Deos, angeboten.

Acetylsalicylsäure (ASS) ist das beliebteste Schmerzmittel überhaupt. Schon Hippokrates empfahl 500 v. Chr. den Extrakt aus der Weidenrinde. Durch Felix Hoffmann wurde ASS dann 1897 industriell synthetisiert. Heute stellen weltweit ca. 200 Hersteller pro Jahr aus nahezu 50 000 Tonnen ASS etwa 150 Milliarden Pillen her.

Eine Recherche der Schmerzlinik Kiel ergab, dass allein in Deutschland jährlich über

11 Millionen Packungen Thomapyrin verkauft werden. Doch laut Cochrane Collaboration (internationales Netzwerk unabhängiger Wissenschaftler) ist gerade dieses Kombi-Mittel aus Acetylsalicylsäure, Coffein und Paracetamol keinesfalls unproblematisch. Coffein verstärkt den schmerzmildernden Effekt scheinbar nur sehr gering. Dafür überwiegen die Nebenwirkungen. Durch den anregenden Effekt von Coffein werden Patienten geradezu verführt, das Präparat öfter einzunehmen.

Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) ist die wichtigste Schweizer Institution zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung. Sie wurde 1952 als privatrechtliche Stiftung gegründet, um die nötige Unabhängigkeit für die Förderung der Forschung sicherzustellen, und unterstützt im Auftrag des Bundes hauptsächlich die Grundlagenforschung. Der Fonds-Bericht zu Schmerzmitteln zeigt: Sie machen nicht nur schmerzfrei, sondern führen oft auch zu Herzinfarkt und Schlaganfall. Zu diesem Ergebnis kommt eine umfangreiche Meta-Analyse mit 31 klinischen Studien an 116 429 Patienten. Geforscht wurde mit Naproxen, Ibuprofen, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Rofecoxib und Lumiracoxib. Bei älteren Patienten mit Beschwerden an Muskeln und Skelett kommen diese Mittel ständig zum Einsatz. Aber gerade dieser Personenkreis ist häufig bereits mit Herz-Kreislaufproblemen vorbelastet. Letztendlich bringt diese Art von Schmerztherapie eine bis zu vierfach erhöhte Herz-Kreislaufsterblichkeit mit sich. Die Spitze der Tabelle wird von Diclofenac (Voltaren) angeführt. Das günstigste Risikoprofil weist der Wirkstoff Naproxen auf. Jedoch sind hier wiederum die Nebenwirkungen im Magen-Darmtrakt erheblich.

Generell konnte gezeigt werden, dass sowohl herkömmliche als auch neuere Schmerzmittel das Risiko, an Herz-Kreislaufproblemen zu sterben, drastisch erhöhen. Auch nicht untersuchte und nicht erwähnte andere Schmerzmittel seien nicht nebenwirkungsfrei, heißt es. Gerade bei Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat wird vor der Einnahme von Schmerzmitteln jeglicher Art streng gewarnt.

Wissenschaftler um Prof. C. Nathan DeWall, University of Kentucky, schenken jedem ihrer Probanden einen Becher, gefüllt mit Paracetamol. Die Probanden sollten die Schmerzhemmer frei verkaufen und den Preis nach eigenem Ermessen festlegen. Jedoch musste die Hälfte der Probanden zuvor selbst eine Tablette Paracetamol schlucken. Das Ergebnis: Diejenigen, die zuvor Paracetamol eingenommen hatten, verlangten für den Becher durchweg ein Drittel weniger als jene, die den Schmerzhemmer nicht eingenommen hatten. Die Wissenschaftler vermuten, dass Paracetamol nicht nur Fieber und Kopfschmerzen, sondern auch die Angst vor Verlustschmerz lindert. Eine Studie der Ohio State University zeigte zudem, dass Menschen unter Paracetamol emotional stark abstumpften. Dieser Personenkreis reagierte auf verheerende Bilder (verstümmelte Kinder in Kriegsgebieten), die man ihnen zeigte, relativ gleichgültig. Fest steht auch, dass Paracetamol ein hohes Risiko für ein akutes Leberversagen mit sich bringt, berichtet die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA. Es werden Fälle beschrieben, bei denen sich die Haut geradezu blasenförmig ablöste. Und es wird im Laufe der Jahre nach Einnahme von Paracetamol von nicht wenigen Todesfällen berichtet. Bei Arthrosen und Rückenschmerzen kommt das British Medical Journal zum Ergebnis, dass Paracetamol zudem nur gering wirkt.

ASS (in Aspirin enthalten) und Ibuprofen wirken zwar stärker gegen Schmerzen als Paracetamol, jedoch haben diese Mittel aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) noch weiterreichende Nebenwirkungen. So wird u.a. vermutet, dass sie emotional noch stärker dämpfen als Paracetamol. Und: Sie schalten das Enzym Cyclooxygenase aus. Gut bei Entzündungen, schlecht für Magen und Darm. Etwa 30 % aller Krankenhausaufenthalte bei Patienten (immer m/w) über 65 gehen auf das Konto solcher NSAR. Die Gründe sind Magen- und Darmgeschwüre, so die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Darüber hinaus kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ibuprofen auch die Blutgerinnung stört.

In Dänemark haben Wissenschaftler das nationale Krankenregister unter die Lupe genommen – mit dem Ergebnis, dass nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAR) sich negativ auf das Herz-Kreislaufsystem auswirken. Diese Nebenwirkungen konnten übrigens durchweg bei allen möglichen Schmerzmitteln gezeigt werden.

Herzinfarktpatienten haben durch diese Schmerzhemmer ein um 30 % höheres Risiko für einen erneuten Infarkt. Übrigens auch dann, wenn sie lediglich sporadisch zu diesen Blockern greifen. Dabei erhöht sich das Sterberisiko analog. Fakt ist, dass das erhöhte Todes- und Infarktrisiko auch noch 5 Jahre nach einem Infarkt auftritt.

Eine sichere Dosierung gibt es bei Schmerzmitteln nicht. Es steht fest, dass alle NSAR (z. B. Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol, Diclofenac usw.) mit diesem Risiko verbunden sind. Sie lindern Schmerzen, indem sie die Wirkung körpereigener Prostaglandine hemmen. Über denselben Mechanismus werden aber auch Schutzfaktoren, u.a. für die Gefäße, gebildet. Die Schmerzmittel hemmen also auch die Bildung dieser Schutzfaktoren.

Arzt-Kommentare auf einem Internet-Portal signalisieren einfach nur Hilflosigkeit. Einer schreibt: „Meines Erachtens senkt aber Aspirin das Herzinfarktrisiko.“ Ein weiterer: „Interessant, aber wir dürfen nicht vergessen, dass die Lebensqualität steigt, wenn die Schmerzen verschwinden.“ Noch einer: „Guter Hinweis, aber was tun?“ Diese Reaktionen sind allzu verständlich.

Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, sagte in einer SternTV-Sendung wortwörtlich: „Bei Röntgen, CT und Kernspin findet man praktisch immer etwas in den Bildern. Letztendlich ist dann aber oft das Bild die Krankheit und nicht die Funktionsstörung. Und wenn man anschließend nicht trotzdem nochmal richtig untersucht, dann führt das meist in die Irre. Leider werden solche Untersuchungen nicht bezahlt.“ Und folglich nicht gemacht! Fatal! Und genau das ist der Punkt: Es wird

nicht richtig untersucht, sondern schnell zum Radiologen überwiesen. Anschließend werden Massagen und Schmerzpillen verschrieben. Und schon sitzt man in der Falle einer chronischen Erkrankung. Ein anderer Aspekt ist, dass der Schmerzpatient geradezu penetrant erwartet, dass er schnell zum bildgebenden Verfahren geschickt wird, schreibt die Ärztezeitung am 15. November 2016 zum Problem. Hier ist die qualifizierte Aufklärung durch den Hausarzt vonnöten. Voraussetzung ist natürlich, dass dieser sich auch wirklich auskennt. Wie oft erlebe ich, dass Patienten 10 Bilder und mehr in die Praxis mitbringen und mir gleich zu Beginn der Behandlung den Schmerzauslöser genau zeigen und erklären. Da fällt mir jedes Mal der Ausspruch von Jeremias Gott-helf (Albert Bitzios, Erzähler, 1797-1854) ein: „Der Mensch kennt alle Dinge dieser Erde, nur den Menschen kennt er nicht.“ In über 80 % der Fälle kommen Schmerzen am Bewegungsapparat lediglich von muskulären Verspannungen, sogenannten Dysbalancen. Also von Fehllhaltung und zu wenig Bewegung. „Über 80 % der Operationen am Bewegungsapparat werden rein aus monetären Gründen gemacht, sind völlig überzogen und unsinnig“, stellt Dr. Martin Marianowicz (München/Bad Wiessee), einer der renommiertesten Wirbelsäulenspezialisten Europas, fest.

Interessanterweise sind die meisten Schmerzen dann auch tatsächlich mit ein paar rich-

tigen Handgriffen wie weggeblasen. Darüber staune ich in der eignen Praxis immer wieder selbst.

Das richtige Schmerzverständnis ist gefragt – nicht die Schmerzpille.

Merkwürdigerweise denkt gerade beim Patienten 50+ niemand an Osteoporose. Im Schnellgang wird Schmerzpatienten eloquent eine Akupunktur nach der anderen verkauft. Oder es wird aus lauter Hilflosigkeit auf Teufel komm raus lediglich entsäuert. Ach ja, und dann gibt es noch die Schüßler-Salze, hier hapert es allenthalben an Fachwissen. Die International Osteoporosis-Foundation (IOF) warnte in ihrem Jahresbericht (20.10.2016) vor einem „Osteoporose-Tsunami“. Bereits 2007 sprach der „Osteoporose-Papst“ Prof. Dr. Rainer Bartl (LMU München) am Welt-Osteoporose-Tag von jährlich 4,6 Milliarden Euro Schaden. Dabei meinte er Kassenleistungen, die eingespart werden könnten, wenn nur richtig aufgeklärt und rechtzeitig vorgesorgt würde. Insgesamt sind Schmerztabletten größtenteils die absolut falsche Therapie. Damit fährt man, in vielerlei Hinsicht, über kurz oder lang geradewegs in die Hölle.

Besonders bei Fibromyalgie ist nicht der Schmerzstiller, sondern Feingefühl gefragt. „Man weiß genau, dass in weit über 20% der Fibromyalgie-Fälle Missbrauch in der frühen Kindheit der Auslöser ist. Oft im engsten Familienkreis“, bestätigt Dr. Müller-Schwefe in SternTV. Hier sind in erster Linie sehr gute Psychologen/innen gefragt.

Weitere Therapien, u.a. Homöopathie aus erfahrener Therapeutenhand, sind hier natürlich außerordentlich hilfreich. Bei immer wiederkehrenden Kopfschmerzen und Migräne ist die Pestwurz ein Versuch wert. Der Effekt erstreckt sich laut klinischen Studien auch auf die Blutgefäßkrämpfe. Sie enthält zwar potenziell schädliche Alkaloide, also pflanzeigene Giftstoffe, doch diese werden bei der Herstellung der Extrakte ausgewaschen. Generell unerlässlich ist die hochdosierte Gabe von **Omega-3-Öl (2-4g tgl.)**, berichtet Prof. Dr. Clemens von Schacky (Kardiologe, LMU München) in der Weiterbildung. Schacky ist weltweit führend in der Omega-3-Forschung. Mikroentzündungen (IL-6) werden dadurch herunterreguliert. Schmerzattacken treten meistens weniger häufig auf und fallen nicht mehr so stark aus. Darüber hinaus: Denken Sie immer an eine gute Vitamin-D3-Versorgung. Die 25-OH-Vit.D3-Spiegel meiner Patienten liegen bei über 50 bis 80 ng/ml. Bei gene-

rell sehr gutem Erfolg. Vergessen Sie auch den Vitamin-B-Komplex nicht. Setzen Sie auf hochnormale Vitamin-B12-Spiegel, Sie können Vitamin B12 nicht überdosieren („Sidea“ ist das einzige Produkt am Markt, mit ganz natürlichem Vitamin B12). Gerade bei entzündlichen Prozessen (z. B. entzündliches Rheuma) modulieren Enzyme das Immungeschehen. Durch Lysozym wirkt Innovazym ca. 100-mal stärker als Wobenzym.

Anstatt die Krankenkassen das ganze Jahr hindurch mit endlosen Massagen zu belasten, sollte man auch an manuelle Möglichkeiten denken, die überwiegend schnell greifen. Nicht umsonst sagt Klaus Eder, leitender Physiotherapeut des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und des Deutschen Fußballbundes: „Bei der Therapie nach Liebscher-Bracht handelt es sich um eine Therapie, wie ich es noch nie vorher erlebt habe. Ich halte diese Therapie für die beste und direkteste schmerztherapeutische Maßnahme.“ Und Prof. Ingo Froboese (Sporthochschule Köln) stieß ins selbe Horn: „Die Schmerzpatienten spüren mit Liebscher-Bracht bereits nach der ersten Behandlung signifikant weniger Schmerzen. Es ist Zeit für ein Umdenken in der herkömmlichen Schmerztherapie.“ Es gibt so viele Möglichkeiten, wir müssen es nur tun.

Wir restaurieren keine Antiquitäten, sondern behandeln kranke und chronisch schmerzgeplagte Menschen. Menschen, die ihre Krankenkassenbeiträge pünktlich bezahlen und privat in die Tasche greifen. Der Therapeut lebt von Patientengeldern. Der Praxisalltag zeigt jedoch auch: Inkompetenz, Zeitmangel, Geldgier und Hochmut sind bei Heilungsprozessen absolut hinderlich. Das Leben und Wohlbefinden der Patienten hat oberste Priorität!

Spezialisierung ist einerseits gut, andererseits verlässt sich längst jeder auf den anderen. So richtig zuständig fühlt sich meist niemand. Prof. Wolf Mutschler (LMU München) äußerte sich in FOCUS Online so: „Das Problem ist, dass sich z. B. die Unfallchirurgen für die Therapie nicht zuständig fühlen. Sie sehen die Verantwortung in der Rehabilitation, nach dem Knochenbruch. Die Reha-Ärzte wiederum glauben, dass der Hausarzt zuständig sei, und so weiter.“ Das ist mittlerweile in allen Bereichen so. Fazit: Letztendlich bleibt der Patient oft, ohne es zuerst zu merken, auf der Strecke. Daran wird sich auch in Zukunft nichts ändern.

In diesem ganzen Desaster sehe ich aber eine gewaltige Chance für den versierten Thera-

peuten. Auch unter den Heilpraktikern gibt es nämlich einige verdammt gute. Das ist auch der Tenor in Berliner Regierungskreisen. Zu Recht. Meines Erachtens ist es aber wichtiger denn je, dass der Heilpraktiker fachlich und kompetent Diagnosen stellen und in vielen Bereichen die Therapie dann auch selbstständig weiterführen kann. Schließlich kommt der Patient zum Heilpraktiker, weil er mit seinem Vorbehandler nicht zufrieden war. Es reicht nicht, wenn man lediglich weiß, wie man Krankheit buchstabiert. Diesbezüglich schaue ich vielen Ärzten und Heilpraktikern aber nicht auf die Hände. Nur wer fachlich sehr gut ist, kann häufig schon lange im Voraus verhindern, dass hilfeschuchende Menschen irgendwann zum Schmerzmittel greifen. In allen anderen Fällen ist das oberste Ziel, dass dies möglichst bald wieder endet.

Mit Besorgnis blicke ich auf die Therapeuten, die sich teure Geräte anschaffen, die ihnen dann die Diagnosen mitsamt der richtigen Mittel ausspucken sollen. Ich frage mich mittlerweile: Ist der Heilpraktiker ebenfalls auf dem Weg zur Apparatedizin? Diagnose und Behandlung laut Gerät, aber erklären kann man nicht mehr, warum man etwas tut? Vielleicht stimmen die Diagnosen dann ja wenigstens wieder mit den bildgebenden Verfahren überein. Nur, der Patient bleibt dann gänzlich auf der Strecke. Das kann es doch nicht sein. Wir alle haben es in der Hand.

Horst Boss
Heilpraktiker,
Medizinjournalist



horstboss@t-online.de

Quellen

Schjerning Olsen, Dr. Anne-Marie et al., Kopenhagener Universitätsklinik, *circulation*, 2011; 123:2226-2235

Oxford Journal: Social Cognitive and Affective Neuroscience
<http://scan.oxfordjournals.org/content/early/2016/05/02/scan.nsw057.abstract>

DocCheck <http://news.doccheck.com/de/133054/paracetamol-schmerzstillter-und-empathiekiller/Cardiovascular-safety-of-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-a-network-meta-analysis>.

Sven Trelle et al; *British Medical Journal* online doi: 10.1136/bmj.c7086
<http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7086>