

**Pressekonferenz zum 15. Suchtforum in Bayern
„Schmerz(medizin) trifft Sucht(medizin) – Schmerzmittel zwischen
Fluch und Segen?!“,
06. April 2016, Zentrum für Pharmaforschung Großhadern, München**

**Statement Priv.-Doz. Dr. Heiner Vogel,
Vorstandsmitglied der PTK Bayern**

Schätzungen zufolge liegt die Prävalenz von chronischen Schmerzerkrankungen in Deutschland bei ca. 17 % (Breivik et al., 2006). Ein chronisches Schmerzsyndrom bzw. eine chronische Schmerzerkrankung entsteht, wenn Schmerz seine eigentliche Warn- und Schutzfunktion verliert und ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt. Die Ursache der Schmerzen (z. B. Erkrankung oder Folge einer Operation etc.) lässt sich meist nicht mehr feststellen oder besteht nicht mehr, sodass eine ursächliche Behandlung zumeist nicht möglich ist. Die Nerven senden anhaltend Schmerzimpulse an das Gehirn, obwohl kein Reiz mehr vorhanden ist. Die Nervenzellen haben eine Art Schmerzgedächtnis entwickelt.

Chronische Schmerzen können mit daraus resultierenden körperlichen (z. B. eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen etc.), psychischen (depressive Symptome, Angststörungen, somatoforme Störungen, Vermeidung von Bestimmten wichtigen Aktivitäten etc.) und sozialen (Rückzug, Isolation, Gefährdung des Arbeitsplatzes etc.) Beeinträchtigungen einhergehen und sehr belastend für Betroffene sein. Subjektive Beeinträchtigungen und objektive Organschädigungen korrelieren häufig nicht miteinander und eine komplette Heilung von chronischen Schmerzen ist vielfach nicht möglich. Eine multimodale Schmerztherapie, bei der verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen, ist bei chronischer Schmerzen daher das Mittel der Wahl (vgl. Arnold et al., 2009). Ziel hierbei ist die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit mit Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der betroffenen Patient/innen (Arnold et al., 2009) und somit auch eine Verbesserung der Lebensqualität. Unverzichtbar ist dabei, dass mit dem Patienten zuvor ein bio-psychosoziales Störungsverständnis erarbeitet wurde und dass auf dieser Grundlage gemeinsam mit ihm realistische Therapieziele und ein sachgerechter Therapieplan entwickelt wurden, die die verschiedenen Behandlungsbausteine sinnvoll integrieren. Die

Medikation mit verschiedenartigen Analgetika kann bei entsprechender Indikation ebenfalls ein Bestandteil einer multimodalen Schmerztherapie sein.

In der S3-Leitlinie „Opioid, Langzeitanwendung zur Behandlung bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2014) ist dargestellt, bei welchen Erkrankungen eine Medikation mit opioiden Analgetika indiziert ist und bei welchen Erkrankungen auf diese Medikamente auch im Rahmen einer multimodalen Therapie verzichtet werden sollte. So stellt die Behandlung mit opioiden Analgetika z. B. bei allen primären Kopfschmerzen (z. B. Migräne, Spannungskopfschmerz), Schmerzen bei funktionellen/somatoformen Störungen, beim Fibromyalgiesyndrom, bei chronischem Schmerz als (Leit-)symptom psychischer Störungen sowie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine Kontraindikation dar, da hier ein negatives Nutzen-Schadenverhältnis (u. a. hohes Abhängigkeitspotenzial) vorliegt.

Speziell Patient/innen mit einer möglichen Indikation für die Gabe von Opioiden aufgrund von Schmerzen und gleichzeitiger (aktueller) Substanzabhängigkeit stellen in ihrer Behandlung eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Eine enge interdisziplinäre Abstimmung bezüglich schmerz- und suchtttherapeutischer Behandlungselemente ist hierbei wesentlich und der Einsatz von psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen einerseits und medizinisch-somatischen Interventionen andererseits unerlässlich, um die komplexe, durch bio-psycho-soziale Wechselwirkungen geprägte Symptomatik erfolgreich behandeln zu können.