



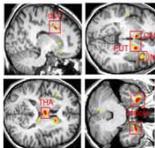
**KLINIKUM**  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

**15. Suchtforum**  
**6. April 2016**

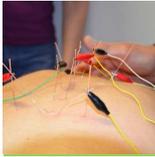


## SCHMERZTHERAPIE ZWISCHEN STANDARDS UND INDIVIDUELLER PROBLEMLAGE

Priv.-Doz. Dr. med. Dominik Irnich  
Interdisziplinäre Schmerzambulanz  
Campus Innenstadt  
Klinik für Anaesthesiologie  
LMU München





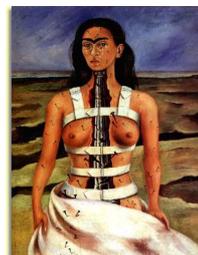


### Interessenkonflikte

- Leiter des Fortbildungszentrum der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur (DÄGfA)
- Aufwandsentschädigungen für Unterricht an Kammern, Universitäten und öffentlichen Institutionen
- Keine Auftragsforschung
- Keine Beraterverträge
- Keine pharma-gesponserten Vorträge

## ZUNAHME VON SCHMERZPATIENTEN

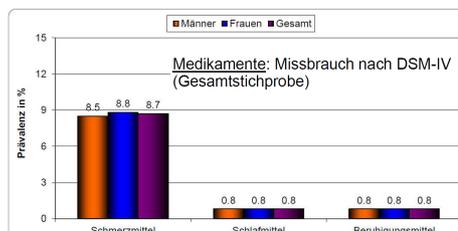
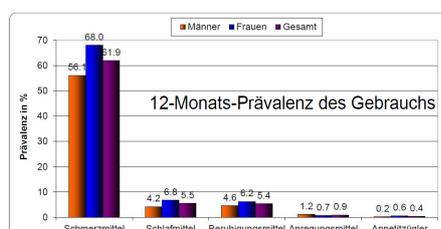
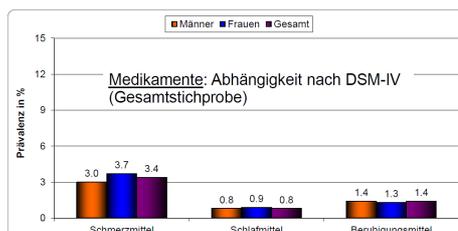
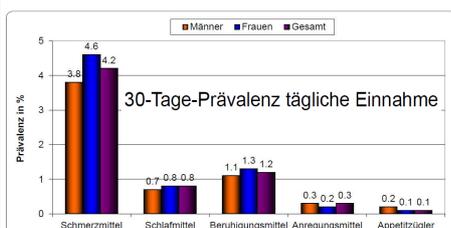
- Ca. 23 Mio. Deutsche (28 %) berichten über chronische Schmerzen
- 95 % davon haben CNTS
- Ca. 6 Mio. Deutsche erfüllen die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, beeinträchtigenden Schmerzes
- Ca. 2,2 Mio. Deutsche leiden unter chronischer, nicht tumorbedingter Schmerzen mit starker Beeinträchtigung und assoziierten psychischen Beeinträchtigungen (Schmerzkrankheit)
- Deutliche Zunahme von jungen Menschen mit chronischen Schmerzen



Deutsche Schmerzgesellschaft, 2015  
Albers et al. 2015

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## SUCHTSURVEY 2012



<http://esa-survey.de/>

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## PRÄVALENZ DES SUBSTANZMISSBRAUCHES BEI SCHMERZPATIENTEN

- 1,4 – 2,3 Mio Medikamentenabhängige (Pabst et al. 2013, BGM 2015)
- Prävalenz einer Sucht unter chronischen Schmerzpatienten 3,2 – 16% (Kouyanou et al. 1997, Turner et al. 1982)
- Prävalenz des Opioidmissbrauches zwischen 0 und 62% (Sipos et al. 2000)
- 30% Analgetikabusus bei somatoformen Störungen (Egle et al. 2000)

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

### Deutsches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Ärzteschaft | Gegründet 1872 | Ausgabe A

#### Schmerzexperten finden Risiken einer Opioid-Abhängigkeit vernachlässigbar

Freitag, 4. März 2016

Oberursel – Die [Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin](#) (DGS) hat die Opioid-Abhängigkeit bei Schmerzpatienten als „ein überschätztes Problem“ bezeichnet. Obwohl sich Opioide weltweit durch Wirksamkeit und Verträglichkeit gegenüber vielen Formen von Schmerzen etabliert hätten, bestehe eine weit verbreitete Opioidphobie, so DGS-Vizepräsident Johannes Horlemann.

### Deutsches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Ärzteschaft | Gegründet 1872 | Ausgabe A

#### US-Behörde schränkt Verordnung von Opioiden in der Schmerztherapie ein

Donnerstag, 17. März 2016

Atlanta – Eine Epidemie von Drogentoten, die an einer Überdosis von ärztlich rezeptierten Opioiden gestorben sind, hat die US-Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zu einer Leitlinie veranlasst, die die Verordnung der Schmerzmittel durch Allgemein- und Zahnärzte an Patienten einschränken soll, die nicht an fortgeschrittenem Krebs oder anderen unheilbaren Krankheiten leiden.

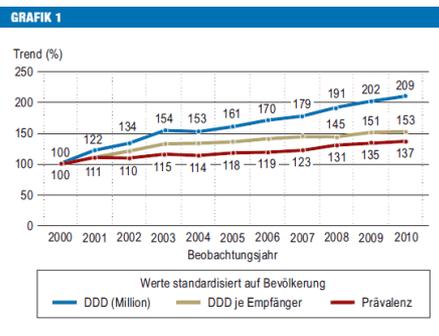
KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

# Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010

Ingrid Schubert, Peter Ihle, Rainer Sabatowski

Deutsches  
Ärzteblatt

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 4 | 25. Januar 2013



**Opioide 2000–2010\***: Veränderungsrate (%) für Prävalenz, verordnete Menge in definierten Tagesdosen (DDD) und DDD je Empfänger  
 \* Standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands zum 31.12. des Vorjahres; das Jahr 2000 stellt den Ausgangswert für die Berechnung der Entwicklung dar.

2000 - 2010

3 Kennziffern

Zunahme der Patienten (+ 37 %)

Anstieg der Zahl der Tagesdosen (+ 109 %)

Zunahme der Tagesdosen je Opioidempfänger (+ 53,4 %)

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

# Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010

Ingrid Schubert, Peter Ihle, Rainer Sabatowski

Deutsches  
Ärzteblatt

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 4 | 25. Januar 2013

**TABELLE 2**

**Behandlungsprävalenz (%) nach WHO-Stufe<sup>1</sup> und Zubereitung im Vergleich der Jahre<sup>2</sup>**

	2000			2010			Veränderung 2000–2010
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Gesamt
WHO-Stufe 2	2,53 %	3,71 %	3,13 %	3,00 %	4,23 %	3,63 %	+ 18,7 %
nichtretardiert	2,14 %	3,13 %	2,65 %	1,55 %	2,22 %	1,89 %	- 28,8 %
retardiert	0,60 %	0,91 %	0,76 %	1,76 %	2,45 %	2,11 %	+ 178,6 %
WHO-Stufe 3	0,32 %	0,41 %	0,37 %	1,00 %	1,61 %	1,31 %	+ 257,8 %
nichtretardiert	0,08 %	0,07 %	0,08 %	0,19 %	0,19 %	0,19 %	+ 146,0 %
retardiert/Pflaster	0,29 %	0,38 %	0,33 %	0,96 %	1,56 %	1,26 %	+ 278,9 %
WHO-Stufe 2 + 3	2,68 %	3,90 %	3,31 %	3,68 %	5,35 %	4,53 %	+ 37,0 %
nichtretardiert	2,19 %	3,18 %	2,70 %	1,70 %	2,36 %	2,04 %	- 24,4 %
retardiert/Pflaster	0,82 %	1,20 %	1,02 %	2,52 %	3,71 %	3,13 %	+ 207,9 %

Angaben standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands zum 31.12. des Vorjahres  
<sup>1</sup> Zuordnung der in dieser Untersuchung eingeschlossenen Opiode in die WHO-Stufen (siehe eSupplement)  
 WHO-Stufe 2: zum Beispiel Tramadol, Tilidin/Naloxon, WHO-Stufe 3: zum Beispiel Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin  
<sup>2</sup> Doppelnennungen möglich

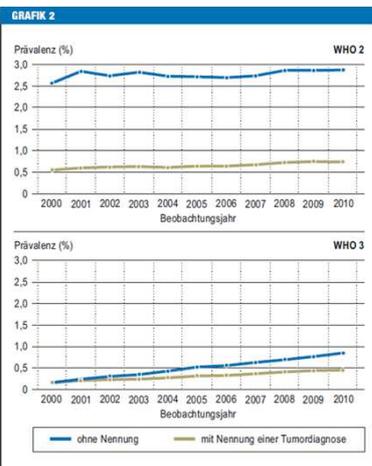
KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010

Ingrid Schubert, Peter Ihle, Rainer Sabatowski

Deutsches  
Ärzteblatt

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 4 | 25. Januar 2013



### Retardierte Opiode WHO-Stufe 3

2000  
gleiche Behandlungsprävalenz von  
Tumorpatienten und Patienten ohne  
Tumorerkrankungen

2010  
Behandlungsprävalenz bei Patienten  
ohne Tumorerkrankungen annähernd  
doppelt so hoch wie bei  
Tumorpatienten

besonders starker Anstieg im  
Verordnungsvolumen von Fentanyl

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010

Ingrid Schubert, Peter Ihle, Rainer Sabatowski

Deutsches  
Ärzteblatt

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 4 | 25. Januar 2013

- 2010: 75 % aller Opioid-Tagesdosen für CNTS-Patienten
- CNTS-Patienten Verdoppelung der Tagesdosen bei den retardierten WHO-3-Opioiden (2000: 16 % versus 2010: 33 %)
- Anteil der Langzeitbehandlungen (> 90 Tage) stieg von 4,3 % auf 7,5 %
- Da Morphin keinen nachweisbaren klinisch relevanten Unterschied in der Effektivität und Toxizität zu Oxycodon oder Hydromorphon aufweist, wird der Verbrauchsanstieg vor allem mit intensivem Marketing erklärt

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010

Ingrid Schubert, Peter Ihle, Rainer Sabatowski

Deutsches  
Ärzteblatt

100 Jahre Deutsches Ärzteblatt | 100 Jahre Deutsches  
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 4 | 25. Januar 2013

- Intensivierung der Opioidtherapie bei CNTS-Patienten
- zunehmende Langzeittherapie
- hoher Anteil nichtretardierter Opioide bei CNTS-Patienten
- Keine wesentlichen Änderungen bei Tumorpatienten

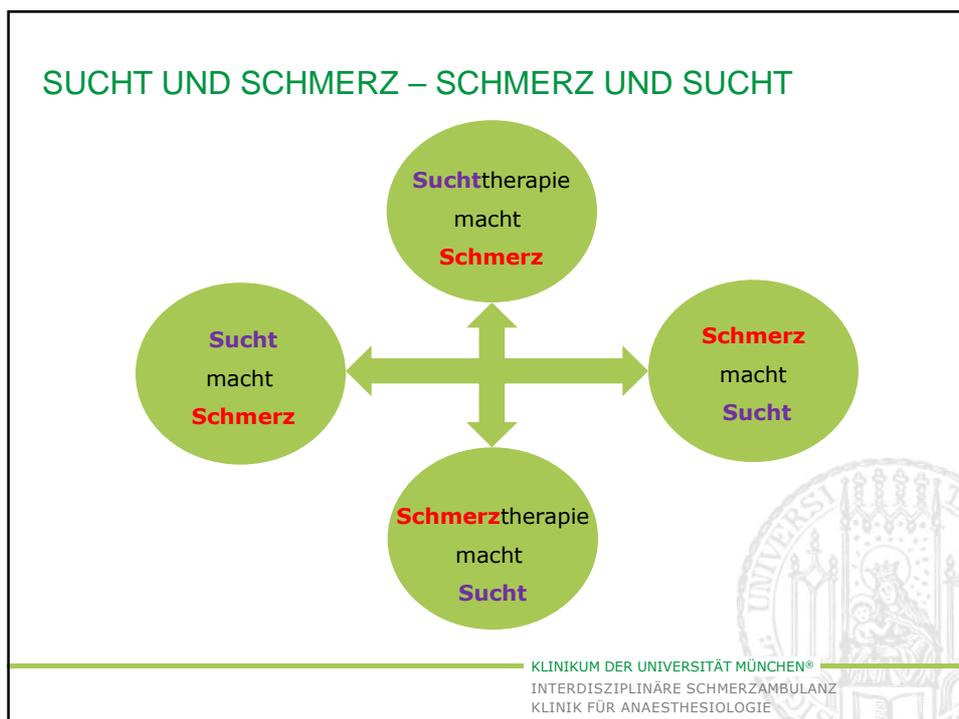
KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

**JPSM** JOURNAL OF  
PAIN AND  
SYMPTOM  
MANAGEMENT  
*Advancing Palliative Care, Hospice, and Symptom Research*

Passik et al. Aberrant Drug-Related Behavior Observed During Clinical Studies Involving Patients Taking Chronic Opioid Therapy for Persistent Pain and Fentanyl Buccal Tablet for Breakthrough Pain. 2011; 41,1,116-125

- Retrospektive Analyse von fünf Studien, in denen buccales Fentanyl zur Behandlung von Durchbruchschmerzen bei Nicht-Tumorschmerzpatienten verabreicht wurde
- „Aberrant drug behavior“ bei 11% der Patienten mit negativer Suchtanamnese  
z.B. unerlaubtes Weiterreichen der Opioide an Dritte, Rezeptfälschungen, unautorisierte Dosissteigerungen

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE



## SCHMERZ UND SUCHT

**Definition der Abhängigkeit nach ICD 10 (3 von 7 Kriterien)**

- Wunsch/Zwang nach Substanzkonsum
- Kontrollverlust
- ~~Einnahme zur Verhinderung von Entzugssymptomen~~
- ~~Toleranzentwicklung~~
- Unfähigkeit definierte Konsummuster einzuhalten
- ~~Vernachlässigung anderer Interessen~~
- Fortgesetzter Konsum trotz negativer Folgen

**Therapie von  
Schmerzpatienten  
mit  
Opioiden  
(und  
Pregabalin)**

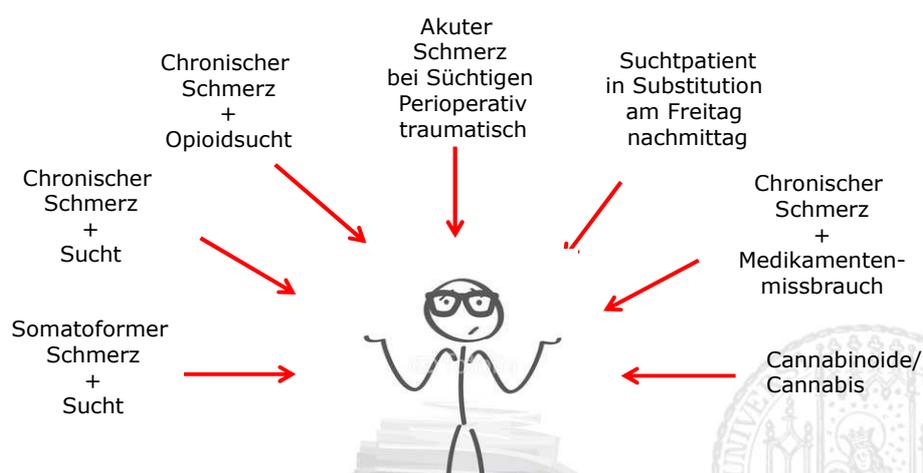
KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## PROBLEME DER ANALGETISCHEN BEHANDLUNG SUCHTKRANKER

- Geringerer Erfolg z.B. Antidepressiva (Fishbain et al. 1998)
- Therapiemanagement  
z.B. Compliance (Fishbain et al. 1992, Sipos et al., 2000)
- Substanzen mit Abhängigkeitspotential z.B. Opiode, Pregabalin, Ketamin, Propofol
- Toleranzentwicklung

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## SCHMERZBEHANDLUNG VON SÜCHTIGEN

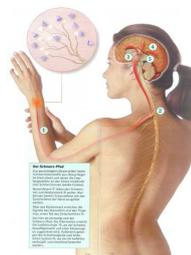


KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## NOZIZEPTION UND SCHMERZ

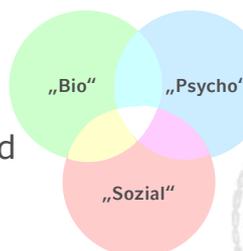
### Nozizeption

bezeichnet die Aktivität der peripheren bzw. zentralen Nervenfasern, die zum Schmerz führen kann



### Schmerz

ist ein Bewußtseinszustand



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## DER CHRONISCHE SCHMERZ

Periphere Sensibilisierung



Zentrale Sensibilisierung



Emotionaler Distress

Krankheitseinstellungen

Individuelle Schmerzbewältigungsstrategien

Erhöhte psychophysiologische Reagibilität

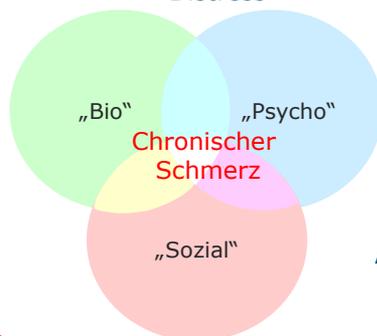
Angst

Depression

Somatisierung

Lernen

Konditionierung



Begutachtung

Beziehungen

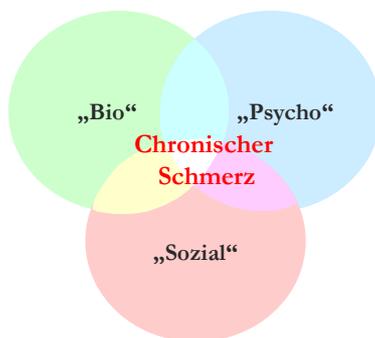
Isolation

Arbeitsplatz

Familien

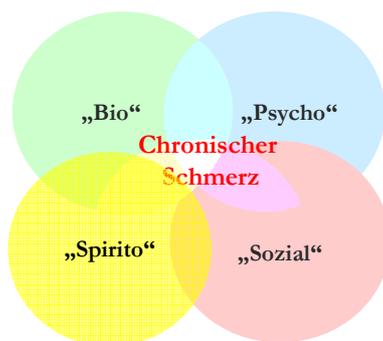
KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## DAS BIO-PSYCHO-SPIRITO-SOZIALE MODELL



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## AKUTER VERSUS CHRONISCHER SCHMERZ- UNTERSCHIEDE

### Akuter Schmerz (Symptom einer Krankheit)

- Verlauf Tage bis Wochen
- Warnfunktion
- Somatische Abklärung notwendig
- Eindeutige Ursache die Regel
- Behandlung der Ursache
- psychosoziale Faktoren vorhanden, aber untergeordnet

### Chronischer Schmerz (Eigenständige Krankheit)

- Verlauf länger als normaler Heilungsprozeß
- Keine Warnfunktion mehr
- Fixierung auf somatische Abklärung (Arzt/Patient) schädlich
- Verschiedene Ursachen möglich (bio-psycho-sozial)
- Behandlung der Symptome
- psychosoziale Faktoren wesentlich

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## DER CHRONISCHE SCHMERZPATIENT

Chronische Schmerzpatienten sind charakterisiert durch

- hohen Chronifizierungsgrad
- lange Schmerzdauer
- 80% Dauerschmerz
- hohen Leidensdruck
- depressive Zustände und Resignation
- eine Vielzahl an vegetativen Begleiterscheinungen
- hohe Komorbiditäten
- intensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- Vor-Operationen bei ca. 40%
- deutliche Einschränkung der Lebensqualität (SF36, PDI)
- vielfache sozialmedizinische „Verstrickungen“
- somatisches Krankheitsverständnis bei sehr starken psycho-sozialen Krankheitseinflüssen

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## CHRONISCHER SCHMERZ

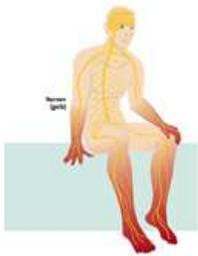
eine persönliche Angelegenheit



dynamisch



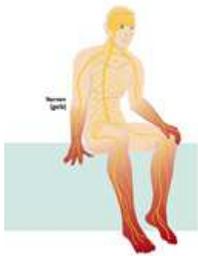
immer subjektiv



komplex



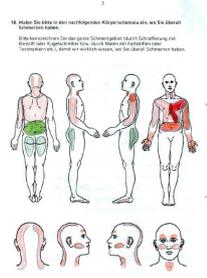
dysfunktional



leidvoll und fordernd



affektiv



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE



**Interdisziplinäres Assessment zur multimodalen Schmerztherapie**

Indikation und Leistungsumfang

H.-R. Casser · B. Arnold · I. Gralow · D. Irnich · K. Klimczyk · B. Nagel · M. Pflugsten · M. Schiltenswolf · R. Sittl · W. Söllner

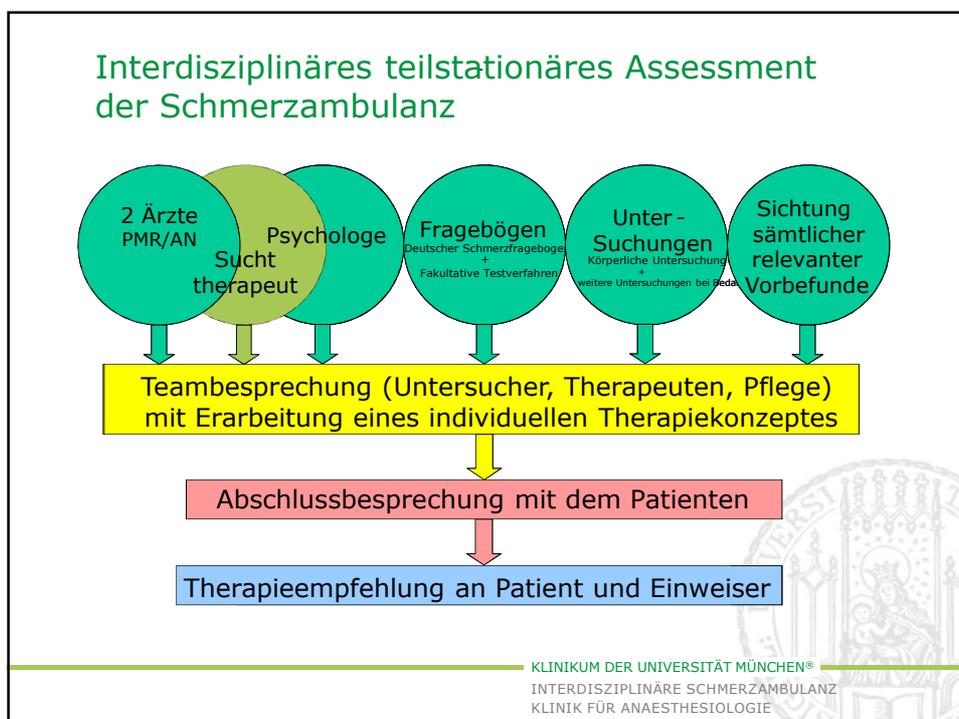
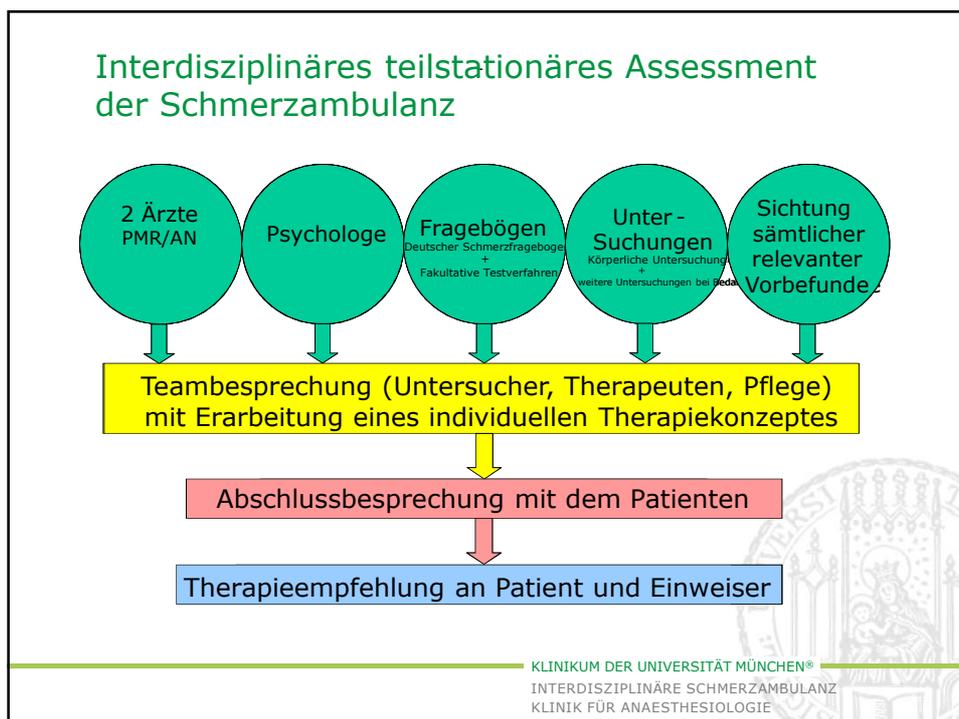
Schmerz 2013 · 27:363–370

### Indikation zur „Multidisziplinären algesiologischen Diagnostik (OPS 1-910)“

Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, die mindestens 3 Merkmale aufweisen:

- Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer unimodalen Schmerztherapie, eines operativen Eingriffes oder Entzugsbehandlung
- Medikamentenabhängigkeit oder Fehlgebrauch
- Gravierende psychische Begleiterkrankung
- Gravierende somatische Begleiterkrankung

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE



## SCHMERZDIAGNOSE

Relevante somatische Erkrankungen inklusive Bewertung der Haupt-Befunde

Relevante psychologische Diagnosen und psychologische Faktoren, die als relevant für der Aufrechterhaltung der Schmerzerkrankung und Schmerzverarbeitung erachtet werden

Relevante soziale Faktoren

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE



## WUNSCHZIEL

# Schmerzfreiheit !

**Aber es gibt für kein einzelnes Therapieverfahren den Nachweis einer langfristigen Wirksamkeit bei chronischen Schmerzen!**

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE



## MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE - OPS 8-918

Gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise  
 aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung  
 Somatische, körperlich und psychologisch übende und  
 psychotherapeutische Verfahren mit identischem Therapieziel  
 Interdisziplinäres Therapeutenteam unter ärztlicher Leitung  
 Kleingruppen maximal 8 Patienten  
 Gemeinsame Beurteilung bei regelmäßigen vorgeplanten  
 Teambesprechungen

DGSS ad hoc Kommission Multimodale  
 Schmerztherapie  
 Arnold B. et al., Schmerz 2009.23:112-120  
 Nationale Versorgungsleitlinie  
 Kreuzschmerz 2010

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

Schmerz 2013 - 27:363-370  
 DOI 10.1007/s00482-013-1337-7  
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.  
 Published by Springer-Verlag Berlin  
 Heidelberg - all rights reserved 2013



### Übersichten

Schmerz 2014  
 DOI 10.1007/s00482-014-1471-x  
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published  
 by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights  
 reserved 2014

B. Arnold<sup>1</sup> · T. Brinkschmidt<sup>2</sup> · H.-R. Casser<sup>3</sup> · A. Diezemann<sup>4</sup> · I. Gralow<sup>5</sup> ·  
 D. Irnich<sup>6</sup> · U. Kaiser<sup>7</sup> · B. Klase<sup>8</sup> · K. Klimczyk<sup>9</sup> · J. Lutz<sup>10</sup> · B. Nagel<sup>11</sup> · M. Pflingsten<sup>12</sup> ·  
 R. Sabatowski<sup>13</sup> · R. Schesse<sup>14</sup> · M. Schiltenswolf<sup>15</sup> · D. Seeger<sup>16</sup> · W. Söllner<sup>17</sup>

- <sup>1</sup> Abteilung für Schmerztherapie, Klinikum Dachau, Dachau
- <sup>2</sup> Allgemeinklinik, München
- <sup>3</sup> DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Mainz
- <sup>4</sup> Schmerzambulanz und Schmerz-Tagesklinik, Klinik für Anesthesiologie, operative  
 Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster
- <sup>5</sup> Interdisziplinäre Schmerzambulanz, Klinik für Anesthesiologie,  
 Klinikum der Universität München, München
- <sup>6</sup> UniversitätsSchmerzCenter, Universitätsklinikum Carl Gustav  
 Carus, Technische Universität Dresden, Dresden
- <sup>7</sup> Interdisziplinäres Schmerzzentrum, mita Fachklinik Erzenberg, Hopfen am See
- <sup>8</sup> Interdisziplinäre Schmerztherapie, Zentralambulanz, Bad Berka, Bad Berka
- <sup>9</sup> Schmerzambulanz und -ambulanz, Zentrum für Anesthesiologie, Rettungs-  
 und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen
- <sup>10</sup> Bereich konservative Orthopädie, Schmerztherapie, Klinik für Orthopädie  
 und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg
- <sup>11</sup> Klinik für Psychoonkologische Medizin & Psychotherapie und Interdisziplinäre Schmerzambulanz,  
 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Nürnberg

H.-R. Casser · B. Arnold · I. Gralow ·  
 D. Irnich · K. Klimczyk · B. Nagel ·  
 M. Pflingsten · M. Schiltenswolf · R. Sittl ·  
 W. Söllner

### Interdisziplinäres Assessment zur multimodalen Schmerztherapie. Indikation und Leistungsumfang

Schmerz 2012 - [jvn]:[afp] - [alp] DOI 10.1007/s00482-012-1207-8  
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012

B. Nagel · M. Pflingsten · T. Brinkschmidt · H.-R. Casser · I. Gralow · D. Irnich · K. Klimczyk ·  
 R. Sabatowski · M. Schiltenswolf · R. Sittl · W. Söllner · B. Arnold · für die Ad-hoc-Kommission  
 „Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft“

### Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie. Ergebnisse einer Befragung von schmerztherapeutischen Einrichtungen

### Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome

Ein Konsensuspapier der  
 Ad-hoc-Kommission Multimodale  
 interdisziplinäre Schmerztherapie  
 der Deutschen Schmerzgesellschaft  
 zu den Behandlungsinhalten

Sicherung von Qualität und  
 Interdisziplinarität

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHME  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## OPS 8-918 MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE

Dieser Kode erfordert die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren:

- Psychotherapie (Verhaltenstherapie)
- Spezielle Physiotherapie
- Entspannungsverfahren
- Ergotherapie
- medizinische Trainingstherapie
- sensomotorisches Training
- Arbeitsplatztraining
- Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE - ANFORDERUNGEN

Miteinander kommunizierendes Team

gemeinsamen „Philosophie“ der Behandlung

konsistente Botschaften

realistische Hoffnung auf Besserung der Beschwerden

professionelle, wertschätzende, empathische und ressourcenorientierte therapeutische Haltung aller Teammitglieder

integriertes Zusammenwirken verschiedener somatischer, psychosomatisch/psychologischer, physio- und ergotherapeutischer Behandlungsansätze

Interventionelle Verfahren sind kein regelhafter Bestandteil

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## ZIELE DER MULTIMODALEN SCHMERZTHERAPIE

- Schmerzlinderung
- Desensibilisierung des nozizeptiven Systems
- Harmonisierung vegetativer Dysfunktionen
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- physische und psychische (Re-)Aktivierung
- Förderung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses
- Reduktion dysfunktionaler Muster der Schmerzbewältigung
- Erkennen und Reflexion schmerzmodulierender Faktoren (zwischenmenschliches Erleben und Verhalten)
- Balance von Anspannung und Entspannung
- Erkennen und Stärken eigener Ressourcen
- Motivation zum selbstverantwortlichen Krankheitsmanagement

ad hoc Kommission Multimodale Schmerztherapie

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE – PROGRAMME DER LMU



Interdisziplinäre Schmerzambulanz  
 Leitung: PD Dr. S. C. Azad / Dr. E. Kraft

Klinik für Anaesthesiologie  
 Direktor: Prof. Dr. B. Zweifler  
 Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin  
 und Rehabilitation  
 Kommissarischer Direktor:  
 Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson



Tagesklinik  
 für Fibromyalgie



Münchener  
 Naturheilkundliches  
 Schmerzintensivprogramm  
 MNS

Interdisziplinäre Schmerzambulanz  
 Campus Innenstadt

Leitung: Priv. Doz. Dr. D. Brisch – Dr. A. Winkelmann

des Klinikums der Universität München

Klinik für Anaesthesiologie  
 Direktor: Prof. Dr. G. Ziefler  
 Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin  
 und Rehabilitation  
 Direktor: Prof. Dr. G. Stucki



In Zusammenarbeit mit der  
**SBK**

Münchener Naturheilkundliches  
 Schmerzintensiv Programm-Rücken  
 (MNS-R)



Diagnostik und Therapie  
 für Patienten  
 mit Rückenschmerzen

Eine Kooperation der  
 Siemens Betriebskrankenkasse  
 und dem Klinikum der LMU München  
 Interdisziplinäre Schmerzambulanz  
 Campus Innenstadt

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

Seminare    Qigong    Meditation    Rhythmik

Atemtherapie    Tuina    Akupressur    Physiotherapie

Psychotonik    Akupunktur in der Gruppe    Analgetika

Wickel    Kunsttherapie    Ernährung    Güsse    Neuraltherapie

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

astib

**Arbeitsgemeinschaft  
schmerztherapeutischer Einrichtungen in Bayern e.V.**

[Startseite](#)

[Über uns](#)

**Beteiligte Kliniken und Einrichtungen**

[Aktuelles](#)

[Multimodale Schmerztherapie](#)

[Arbeitsgruppen / Projekte](#)

[Service](#)

[Termine](#)

[Galerie](#)

[Links](#)

[Kontakt](#)

[Impressum](#)

**Kliniken und Einrichtungen in Bayern mit multimodalem Schmerztherapieangebot**

Auf der folgenden Karte sind alle in ASTIB organisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen verzeichnet, sogar die im fernen Oberfranken. Beim Klicken auf die Ortsmarken werden Kontaktdaten eingeblendet, meist auch mit einem Link auf die Startseite der Einrichtung und zum Versenden einer Email-Nachricht.

**Aktuelles**

**Stellenanzeigen:**

**Arzt/Ärztin für die Schmerztagesklinik im Klinikum Weiden**  
Näheres [hier](#).

Ausserdem sucht die **Schmerztagesklinik im Klinikum Weiden** zum 1.1.2013 eine/n Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten/in. Hier gehts zur Ausschreibung.

Und auch die **Interdisziplinäre Schmerztagesklinik München Schwabing** sucht zum 1.1.2013 eine/n psychologischen Psychotherapeuten/in. Die Ausschreibung steht [hier](#) zum download zur Verfügung.

**Aktuelle Veranstaltungsinfos**

**Symposium in Enzensberg bei Füssen**  
Unter dem Motto "Schmerz und Sexualität: Ein Widerspruch?" veranstaltet die Fachklinik Enzensberg die 7. Enzensberger Schmerztag am Samstag, den 10.11.2012 und Sonntag, den 11.11.2012. Weitere Infos sind [hier](#).

## SCHMERZTHERAPIE - GRUNDSÄTZE

Multimodal – Interdisziplinär

Physiotherapie, Psychotherapie, Nicht-medikamentöse  
Therapieverfahren (z.B. TENS, Akupunktur), meditative  
Bewegungstherapien (Qigong, TaiChi, Yoga), Sporttherapie

Deeskalierend (cave: Überdiagnostik, Invasivität)

Engmaschige Therapiekontrolle

Angemessene und gemeinsame vereinbarte Zieldefinition

Motivation zur aktiven Mitarbeit (Arzt-Patientenbeziehung)

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

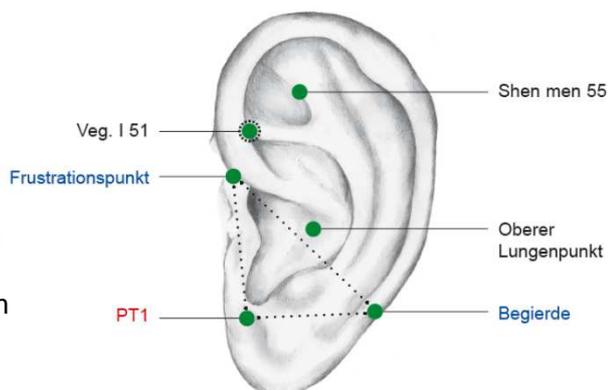
## AKUPUNKTUR IN SCHMERZ- UND SUCHTTHERAPIE

analgetisch

anxiolytisch

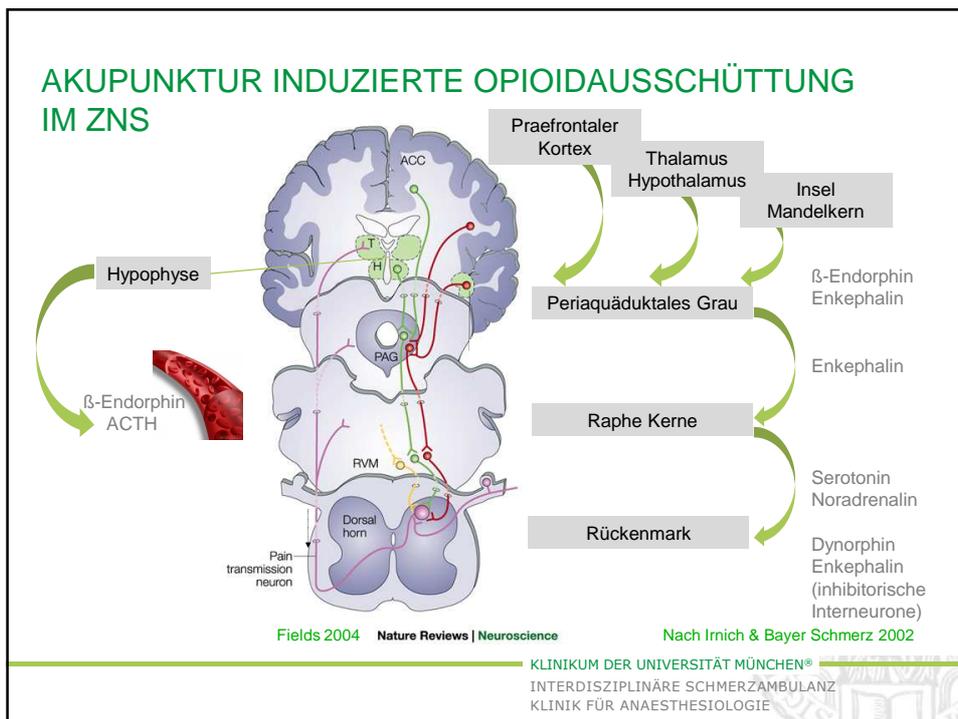
Symptom lindernd

nebenwirkungsarm



Usichenko T et al. 2008  
Vickers et al. 2012  
Karst et al. 2007  
Liu et al. 2009  
Boyuan et al. 2014

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE



### MEDIKAMENTÖSE SCHMERZTHERAPIE

- Differenziert
- Nach Interaktions- und UEW-Profil
- Kontrolliert
- Zeitkontingent
- Regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit
- 1 Verordner!

<b>Schwache Opiode</b>		<b>Starke Opiode</b>
Tramadol Tilidin/Naloxon		Morphin Piritramid Hydromorphon Oxycodon Fentanyl Buprenorphin...
<b>NSARs</b>	<b>Nichtopioide</b>	
Ibuprofen Diclofenac	<b>Metamizol</b>	<b>Paracetamol</b>
COX-2 Hemmer		Dynastat Celecoxib Etoricoxib
<b>Antikonvulsiva</b>	u.v.a. <b>Koanalgetika</b>	<b>Antidepressiva</b>
Gabapentin Lyrica®		Amitriptylin Mirtazapin

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

**Deutsches Ärzteblatt** KLINISCHE LEITLINIE

## Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen

Winfried Häuser, Fritjof Bock, Peter Engeser, Thomas Tölle, Anne Willweber-Strumpf, Frank Petzke

Die Zeitschrift der Ärzte, 111(43) 732-40 | Ausgabe A

**TABELLE**

**Gesicherte Indikationen und Kontraindikationen zur leitlinienbasierten Schmerztherapie mit Opioiden**

	Krankheitsbild	Dauer der Anwendung
gesicherte Indikationen (starke Empfehlung – Opiate sollten angewendet werden)	diabetische Polyneuropathie	4–12 Wochen
weitere Indikationen (offene Empfehlung – Opiate können angewendet werden)	Postzosterneuralgie	4–12 Wochen
	neuropathische Schmerzsyndrome (Phanlomschmerz, Schmerz nach Rückenmarksverletzungen, PNP [außer diab. PNP und PZN])	4–6 Wochen
	chronischer Arthroschmerz	4–12 Wochen
	chronischer Rückenschmerz	4–12 Wochen
	Fibromyalgiesyndrom	4–12 Wochen
Kontraindikationen (Opiate sollen nicht angewendet werden)	rheumatoide Arthritis	bis 6 Wochen
	primäre Kopfschmerzen	
	Schmerzen bei funktionellen Störungen (gastrointestinal, urologisch, gynäkologisch), insbesondere Reizdarmsyndrom und Fibromyalgiesyndrom	
	chronischer Schmerz als (Leit-)Symptom psychischer Störungen (Depression, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, generalisierte Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung)	
	chronische Pankreatitis	
	chronisch entzündliche Damerkrankungen	
	nichtverantwortungsvoller Gebrauch opioidhaltiger Analgetika (schädlicher Gebrauch oder Weitergabe von Medikamenten an unberechtigte Personen und/oder schwerwiegender Zweifel an verantwortungsvollem Gebrauch, z. B. unkontrollierte Medikamenteneinnahme und/oder anhaltende fehlende Bereitschaft oder Unfähigkeit zur Einhaltung des Behandlungsplans)	
schwere affektive Störung und/oder Suizidalität		

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

**TABELLE 1**

**Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von opioidhaltigen Analgetika im Vergleich zu Placebo am Therapieende (randomisierte doppelblinde Studien mit Parallel- und Cross-over-Design, Dauer ≥ 4 Wochen) (13, 15)**

Chronischer Rückenschmerz				
Anzahl Studien/ Patienten	Zielvariable	Opioid <sup>1</sup> vs. Placebo (%)	Statistische Maße der Wirksamkeit (95%-Konfidenzintervall)	Number needed to benefit bzw. to harm (95%-Konfidenzintervall)
6/2 869	Schmerzintensität		SMD -0,29 (-0,37; -0,21); p < 0,00001; I <sup>2</sup> = 0 %	11 (9–14)
2/1 492	mindestens 50 % Schmerzreduktion	26,2 vs. 21,0	RD 0,05 (0,01; 0,10); p = 0,01; I <sup>2</sup> = 0 %	19 (10–107)
2/1 153	deutliche oder sehr deutliche globale Besserung	48,6 vs. 29,0	RD 0,16 (-0,01; 0,34); p = 0,07; I <sup>2</sup> = 92 %	nicht berechnet bei fehlender Signifikanz
4/1 895	körperliches Beeinträchtigungserleben		SMD -0,22 (-0,31; -0,12); p < 0,0001; I <sup>2</sup> = 0 %	13 (10–17)
6/2 910	Abbruchrate wegen Nebenwirkungen	21,2 vs. 6,0	RD 0,12 (0,05; 0,19); p = 0,0007; I <sup>2</sup> = 88 %	7 (6–8)
5/2 509	schwere Nebenwirkungen	1,4 vs. 0,8	RD -0,01 (-0,00; 0,02); p = 0,08; I <sup>2</sup> = 0 %	nicht berechnet bei fehlender Signifikanz

Häuser, Winfried; Bock, Fritjof; Engeser, Peter; Tölle, Thomas; Willweber-Strumpf, Anne; Petzke, Frank

**Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen**

Dtsch Arztl Int 2014; 111(43): 732-40; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0732

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

Chronischer Arthroschmerz				
Anzahl Studien/ Patienten	Zielvariable	Opioid <sup>1,2</sup> vs. Placebo (%)	Statistische Maße der Wirksamkeit (95%-Konfidenzintervall)	Number needed to treat or to harm (95%-Konfidenzintervall)
16/6 743	Schmerzintensität		SMD -0,22 (-0,28; -0,17); p < 0,00001; I <sup>2</sup> = 21 %	13 (10-17)
2/2 709	mindestens 50 % Schmerzreduktion	25,1 vs. 25,7	RD -0,00 (-0,07; 0,07); p = 0,96; I <sup>2</sup> = 78 %	nicht berechnet bei fehlender Signifikanz
3/2 251	deutliche oder sehr deutliche globale Besserung	50,0 vs. 37,8	RD 0,13 (0,05; 0,21); p = 0,002; I <sup>2</sup> = 74 %	8 (6-12)
14/5 887	körperliches Beeinträchtigungserleben		SMD -0,22 (-0,28; -0,17); p < 0,00001; I <sup>2</sup> = 0 %	11 (9-14)
14/6 457	Abbruchrate wegen Nebenwirkungen	25,6 vs. 7,0	RD 0,17 (0,14; 0,21); p < 0,00001; I <sup>2</sup> = 77 %	5 (4-6)
11/5 520	schwere Nebenwirkungen	2,4 vs. 1,8	RD 0,00 (-0,00; 0,01); p = 0,37; I <sup>2</sup> = 2 %	nicht berechnet bei fehlender Signifikanz

<sup>1</sup> Gelestele Substanzen: Buprenorphin, Oxycodon, Tapentadol, Tramadol  
<sup>2</sup> Gelestele Substanzen: Buprenorphin, Codein, Fentanyl, Hydromorphon, Morphin, Oxycodon, Oxymorphon, Tapentadol, Tramadol  
I<sup>2</sup>, statistisches Maß für Homogenität der Effekte; RD, Risikodifferenz; SMD, standardisierte Mittelwertdifferenz

Häuser, Winfried; Bock, Fritjof; Engeser, Peter; Tölle, Thomas; Willweber-Strumpf, Anne; Petzke, Frank

**Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen**

Dtsch Arztebl Int 2014; 111(43): 732-40; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0732

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

TABELLE 3			
Kontraindikationen einer Schmerztherapie mit opioidhaltigen Analgetika			
Krankheitsbild	Evidenzlevel (nach Oxford)	Empfehlungsstärke	Konsensusstärke
primäre Kopfschmerzen	3b	KKP	starker Konsens
funktionelle Störungen	5	KKP	starker Konsens
Fibromyalgiesyndrom <sup>1</sup>	4b	negativ	starker Konsens
chronischer Schmerz als (Leit-)Symptom psychischer Störungen (atypische Depression, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, generalisierte Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung)	5	KKP	Konsens
chronische Pankreatitis <sup>2</sup>	2b	negativ	starker Konsens
chronisch-entzündliche Darmerkrankungen <sup>2</sup>	3b	negativ	starker Konsens
komorbide schwere affektive Störung und/oder Suizidalität	5	KKP	starker Konsens
aktueller schädlicher Gebrauch oder Weitergabe von Medikamenten an unberechtigte Personen und/oder schwerwiegendem Zweifel an verantwortungsvollem Gebrauch opioidhaltiger Analgetika (z. B. unkontrollierte Medikamenteneinnahmen und/oder anhaltende fehlende Bereitschaft oder Unfähigkeit zur Einhaltung des Behandlungsplans)	5	KKP	starker Konsens
geplante oder bestehende Schwangerschaft	5	KKP	starker Konsens

<sup>1</sup> Ausnahme: Tramadol (wirkt auch hemmend auf Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin), Evidenzlevel 2b, offene Empfehlung (kann als Therapieoption erwogen werden)  
<sup>2</sup> Eine zeitlich befristete Therapie (< 4 Wochen) im akuten Schub ist möglich.  
KKP, klinischer Konsensuspunkt

Häuser, Winfried; Bock, Fritjof; Engeser, Peter; Tölle, Thomas; Willweber-Strumpf, Anne; Petzke, Frank

**Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen**

Dtsch Arztebl Int 2014; 111(43): 732-40; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0732

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## OPIOIDS COMPARED TO PLACEBO OR OTHER TREATMENTS FOR CHRONIC LOW-BACK PAIN.

CHAPARRO ET AL.

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2013, ISSUE 8. ART. NO.: CD004959.



### 15 Studien, 5540 Teilnehmer

**Placebo: Tramadol 5, Transdermales Buprenorphin 2, Starke Opioide 6  
Tramadol vs. Celecoxib, Opioid vs. Antidepressiva**

### AUTHORS' CONCLUSIONS:

some evidence (very low to moderate quality) for short-term efficacy of opioids to treat CLBP compared to placebo

opioids vs. non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or vs. antidepressants did not show any differences

no placebo-RCTs supporting the effectiveness and safety of long-term opioid therapy for treatment of CLBP

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## OPIOIDE BEI CTNS

- Die Studienlage zum Einsatz von Opioiden bei CNTS ist insgesamt unklar
- Keine positiven Langzeitstudien > 3 Monate
- Wenig unabhängig durchgeführte Einzelstudien (ca. 10 %)
- Kurzfristige Schmerzlinderung (ca. 8 – 13/100 VAS)
- Keine Überlegenheit von starken zu schwachen Opioiden
- Keine Überlegenheit von Opioiden zu Nicht-Opioiden
- Potentiell hohe Rate unerwünschter Wirkungen (somatisch, Verhalten)
- Potentielle Einschränkungen kognitiver Funktion

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## KASTEN 1

**Schlüsselempfehlungen zu Maßnahmen vor Einleitung einer Therapie mit opioidhaltigen Analgetika (klinische Konsensuspunkte)**

**1. Partizipative Entscheidungsfindung:** Im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung sollen mit dem Patienten der mögliche Nutzen und Schaden einer Therapie mit opioidhaltigen Analgetika im Vergleich zu anderen medikamentösen Therapieoptionen sowie zu nicht-medikamentösen Behandlungsoptionen besprochen werden. **Starker Konsens**

**2. Wahl der Pharmakotherapie:** Die Wahl der Pharmakotherapie soll unter Berücksichtigung des vorliegenden chronischen Schmerzsyndroms, der Begleiterkrankungen des Patienten, von Kontraindikationen, Patientenpräferenzen, Nutzen und Schaden bisheriger Therapien und dem Nutzen-Risikoprofil von medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiealternativen erfolgen. **Starker Konsens**

**3. Monotherapie mit opioidhaltigen Analgetika:** Eine alleinige Therapie mit opioidhaltigen Analgetika soll bei chronischen Schmerzsyndromen nicht durchgeführt werden. Selbsthilfeangebote und physikalische und/oder physiotherapeutische und/oder psychotherapeutische Verfah-

ren (inklusive Patientenedukation) und/oder Lebensstilmodifikation sollen eine medikamentöse Schmerztherapie ergänzen. **Starker Konsens**

**4. Screening auf psychische Störungen:** Eine psychosoziale Anamnese und ein Screening auf aktuelle und/oder frühere psychische Störungen sollen von dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. **Konsens**

**5. Therapieziele:** Mit dem Patienten sollen individuelle und realistische Therapieziele erarbeitet werden. **Starker Konsens**

**6. Aufklärung:** Eine dokumentierte mündliche und/oder schriftliche Aufklärung inklusive verkehrs- und arbeitsplatzrelevanter Aspekte des Patienten (eventuell auch der Familie und/oder Betreuer) soll erfolgen. **Starker Konsens**

**7. Titration und Fahrsicherheit:** Patienten sollen darauf hingewiesen werden, dass sie während der Dosisfindungsphase und bei Dosisänderungen nicht Auto fahren sollen. **Starker Konsens**

Häuser, Winfried; Bock, Fritjof; Engeser, Peter; Tölle, Thomas; Willweber-Strumpf, Anne; Petzke, Frank

Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen

Dtsch Arztebl Int 2014; 111(43): 732-40; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0732

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

**VERSCHREIBEN VON OPIOIDEN**

- Missbrauch/Abhängigkeit ist auch bei negativer Suchtanamnese möglich
- Kein Verschreiben ohne schmerz- und psychotherapeutische Diagnostik
- Opioidmissbrauch wird nicht im ICD 10 erfasst
- Opioidvertrag
- Kontraindikationen beachten

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
SEITE 1 VON 2

KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE  
 INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
 (AMPHITHEATERSIEDLUNG)

## DER OPIOIDVERTRAG

**Patientenvertrag zur Therapie mit Opioiden**

Zwischen Herr/ Frau Dr. \_\_\_\_\_, Interdisziplinäre Schmerzambulanz  
Innenstadt

und Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Arzneimittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, sind sehr wirkungsvoll, haben jedoch ein hohes Missbrauchspotential und werden daher engmaschig von den zuständigen Behörden überwacht. Sie sind zur Schmerzlinderung und zur Verbesserung der Funktion / Arbeitsfähigkeit gedacht, und nicht nur dazu, das Wohlbefinden zu steigern. Mein Arzt verordnet mir diese Arzneimittel, damit mein Befinden sich bessert. Daher stimme ich folgenden Bedingungen zu:

1. Ich bin für meine BTM-pflichtigen Arzneimittel verantwortlich. Es ist mir bekannt, dass das Rezept nicht ersetzt wird, wenn es verloren geht, ich es verlege oder es gestohlen wird oder wenn ich das Arzneimittel rascher als verordnet aufbrauche.
2. Ich werde keine BTM-pflichtigen Arzneimittel von anderen Ärzten oder Personen verlangen, während ich derartige Arzneimittel von Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ erhalte. Abgesehen davon, dass ein derartiges Vorgehen illegal wäre, könnte es meine Gesundheit gefährden. Die einzige Ausnahme besteht in einer Verordnung, wenn ich im Krankenhaus bin.
3. Folgerezepte für BTM-pflichtige Arzneimittel:
  - a. Werden nur während der Sprechstunden von Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ ausgestellt, nur von mir/ihm selbst monatlich anlässlich eines vereinbarten Termins. Neue Rezepte werden weder nachts, noch im Urlaub oder an Wochentagen ausgestellt.
  - b. Werden nicht ausgestellt, wenn mir das Arzneimittel „früher als geplant ausgeht“. Ich bin dafür verantwortlich, das verordnete Arzneimittel in der verordneten Dosis einzunehmen, und werde die verbleibende Menge im Auge behalten.
  - c. Werden nicht als „Notfall“ ausgestellt, beispielsweise Freitag nachmittags, wenn ich plötzlich merke, dass das Arzneimittel „mangel ausgeht“. Ich werde mindestens 72 Stunden vorher anrufen, wenn ich ein neues BTM-Rezept benötige.
4. Ich werde die Originalpackungen aller von Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ verordneten Arzneimittel jedes Mal mitbringen, auch, wenn kein Arzneimittel mehr übrig ist.
5. Mir ist bekannt, dass für mich die Verordnung BTM-pflichtiger Substanzen und/oder meine Behandlung bei Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ sofort beendet werden kann, wenn ich diese Vereinbarung missachte. Wenn ich sie derart missachte, dass ich wie oben beschrieben, BTM-pflichtige Arzneimittel von einer anderen Person erhalte, kann ich auch meinem Hausarzt, den mich betreffenden medizinischen Einrichtungen und anderen Behörden gemeldet werden.
6. Es ist mir bekannt, dass das hauptsächlichste Behandlungsziel darin besteht, dass ich den Alltag besser bewältigen kann und/oder arbeiten gehen kann. Angesichts dieses Ziels und der Tatsache, dass mir starke Arzneimittel gegeben wurden, damit ich dieses Ziel erreichen kann, willige ich darin ein, mir auch selbst zu helfen, indem ich in Form von körperlicher Bewegung, Kontrolle des Körpergewichts und Verzicht auf Tabak und Alkohol besser auf meine Gesundheit achte. Es ist mir bekannt, dass meine Behandlung nur dann wirklich erfolgreich sein kann, wenn ich mit meinem Lebensstil besser auf meine Gesundheit achte. Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ und ihre Mitarbeiter haben mich auf eine mögliche seelische Abhängigkeit gegenüber einem BTM-pflichtigen Arzneimittel umfassend informiert, die, soweit mir bekannt ist, selten ist. Ich weiß, dass einige Personen sich an das Arzneimittel gewöhnen, was bedeutet, dass die Dosis des Arzneimittels erhöht werden muss, damit eine gleich starke Schmerzlinderung erreicht wird. Ich weiß auch, dass ich von diesem Arzneimittel körperlich abhängig werde. Diese Abhängigkeit tritt nach einigen Behandlungswochen ein, und wenn ich das Arzneimittel absetze, muss ich das langsam und unter ärztlicher Überwachung tun, andernfalls werde ich Entzugssymptome haben.

Ich habe diesen Vertrag gelesen und er wurde mir von Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ und/oder ihren Mitarbeitern erklärt. Außerdem sind mir die Folgen eines Vertragsbruchs dieses Vertrags völlig klar.

Unterschrift des Patienten	Datum	Zeuge	Datum	

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts.

Diagnostik- und Referenzlabor für Anästhesiologie  
 Leiter der Schmerzambulanz Innenstadt  
 Direktor des Referenzlabors für Toxikologische Medizin u. Reaktagen  
 Leiter der Schmerzambulanz Innenstadt

Prof. Dr. B. Zuber  
 PD Dr. D. Meier  
 Prof. Dr. med. Dr.-Ing. Viktor Janjan  
 Dr. A. Wittmann

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## KRITERIEN OPIOIDMISSBRAUCH

**Tabelle 1**  
**Kriterien eines Opioidtherapie-missbrauchs – Vorschläge zur Modifikation der in der schmerztherapeutischen Literatur genannten Kriterien [7, 21, 27, 28]**

- ▶ Eigenmächtige Dosissteigerung durch Patient über das zur Analgesie notwendige Maß hinaus
- ▶ Illegale Beschaffung von Opioiden bei suffizienter analgetischer Dosis
- ▶ Zusätzlicher Missbrauch von Alkohol und anderen illegalen Drogen
- ▶ Angabe von Unverträglichkeiten, mit dem Ziel, auf ein vom Patienten gewünschtes Opioid zu wechseln

- ▶ Widerstand des Patienten gegen Absetzen von Opioiden trotz dokumentierter Wirkungslosigkeit auf Schmerzsymptomatik (Schmerzprotokoll, i. v.-Morphintest, Cherry-Blockade) bzw. nachweisbarer psychischer Abhängigkeit
- ▶ Verlangen nach hochdosierter oraler oder parenteraler Gabe von kurzwirksamen Opioiden bei gleichzeitiger Wirkungslosigkeit äquipotenter retardierter Opioide
- ▶ Angabe von euphorisierender Wirkung nach Einnahme von opioidhaltigen Analgetika

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

Tabelle 1  
Leitlinien zum Therapiemanagement

Leitlinien	Schmerzbehandlung	Schmerzbehandlung bei Suchtpatienten
<i>Voraussetzungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitarbeitsmotivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzlich Bereitschaft zu Abstinenz oder kontrollierter Substitutionsbehandlung</li> </ul>
<i>Ziele</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aushaltbarer Restschmerz</li> <li>• Funktionelle Restitition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzlich gesundes Überleben</li> <li>• Soziale Reintegration</li> </ul>
<i>Methoden</i>	Kombination aus z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentöser Therapie</li> <li>• Nervenblockaden</li> <li>• Physikalischer Therapie</li> <li>• Aktivierungsmaßnahmen</li> <li>• Verhaltensorientierter Psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzlich Behandlungsvertrag</li> <li>• Medikamentöse Unterstützung der Entzugsbehandlung</li> <li>• Rückfallgespräche</li> </ul>
<i>Rahmenbedingungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation von Hausarzt, Schmerztherapeut, Psychologe, Konsiliarius</li> <li>• ggf. Vorstellung in interdisziplinärer Schmerzkonferenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzlich Psychiater (Suchttherapeut) und kooperierende Drogenentgiftungsstation</li> <li>• Grundsätzlich Vorstellung in interdisziplinärer Schmerzkonferenz</li> <li>• Primär stationärer Entzug</li> <li>• Mit offener ambulanter Nachbehandlung</li> </ul>
<i>Erfolgsmessung</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. Schmerztagebuch</li> <li>• Nacherhebungsfragebogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzlich regelmäßige Drogenscreenings</li> </ul>

Sipos et al. 2000

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

## ZUSAMMENFASSUNG

- Schmerz und Sucht sind komplex verwoben
- Der Suchtpatient hat ein Recht auf Schmerztherapie
- Schmerztherapie ist die Ursache für Sucht und Abhängigkeit
- Die Therapie chronischer Schmerzen bei Sucht erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Suchtmediziner, Schmerztherapeut und Psychotherapeut
- Schmerztherapie hat multimodal zu erfolgen. Kriterien der multimodalen Schmerztherapie sind definiert.
- Der Umgang mit Opioiden bei chronischen Schmerzen erfordert spezielle Maßnahmen (Interdisziplinäre Indikationsstellung, Patientenmanagement, Opioidvertrag)
- Grundlage einer erfolgreichen Schmerztherapie ist die vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung, Motivation und Patientenbegleitung

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT !



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®  
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ  
KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE

