

Schmerz 2016 · 30:209–214
DOI 10.1007/s00482-016-0115-8
© Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Published by Springer-Verlag
Berlin Heidelberg – all rights
reserved 2016



Mitteilungen der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (vormals DGSS)

Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Tel. 030/39409689-0 Fax 030/39409689-9
info@dgss.org www.dgss.org

Geschäftsführer
Thomas Isenberg, isenberg@dgss.org (V. i. S. d. P.)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder!

Lassen Sie mich mit einer guten Nachricht beginnen: Unser Motto: „Mehr Stimme durch breitere Basis“ wird aktiv gelebt – die auf der vorletzten Mitgliederversammlung beschlossene Verbandsreform ist nunmehr erfolgreich abgeschlossen. Ihre Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist mit fast 3500 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 18 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Fachgesellschaften repräsentieren rund 100.000 Mitglieder.

Institutionell werden die Anliegen der Fachgesellschaften gebündelt im Fachbeirat unserer Gesellschaft. Dessen Sprecher (Prof. W. Koppert, Stellv. Prof. T. Tölle) ist qua Amt Mitglied im Präsidium unserer Gesellschaft. Dies trifft auch auf die Sprecherin (Prof. E. Pogatzki-Zahn, Stellv. Fr. Nestler) des neuen „Ständigen Beirats“ zu, der sich aus gewählten honorigen Einzelpersonen unserer Gesellschaft aus den unterschiedlichsten Disziplinen und Arbeitsgebieten zusammensetzt und unterjährig das Präsidium bei Grundsatzfragestellungen berät. Der Verein, unsere Fachgesellschaft, lebt! Sicherlich werden wir auch zukünftig die eine oder andere weitere Idee zur Verbesserung – ggf. auch unserer Sat-

zung – haben. Das bleibt eine ständige Herausforderung, der wir uns auch in diesem Jahr weiter stellen und zur Mitgliederversammlung berichten werden. Ich bin froh, dass wir diesen Meilenstein geschafft haben!

Mitgliederkampagne

Noch eine Bitte: Helfen Sie mit, dass die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. wächst!

Wir haben beschlossen: Wer in diesem Jahr neu als Einzelperson in die Gesellschaft eintritt, der muss nur den halben Beitrag (also in der Regel lediglich 75 Euro statt 150 Euro) zahlen – und kann von allen Vorteilen, auch den wesentlich ermäßigten Kongressanmeldegebühren sowie dem kostenlosen Print- sowie Onlinebezug der Zeitschrift „Der Schmerz“ profitieren. Weitere Ermäßigungen gibt's für Ruheständler, Pflegekräfte, Studierende, Angehörige med. Assistenzberufe u. a. Also werben Sie bitte in Ihrer unmittelbaren Umgebung! Wenn jedes Mitglied unserer Gesellschaft nur ein einziges weiteres Neumitglied anwerben würde, wäre dies bereits ein großartiger Erfolg!

Sprechen Sie bitte aktiv Kolleginnen und Kollegen an, werben Sie für unser Schmerznetzwerk und lassen Sie es wachsen. „Mehr Stimme durch breitere Basis“ – dieses Ziel hilft uns allen. Werbematerial erhalten Sie gerne von unserer Bundesgeschäftsstelle, hier auch ein Online-Link: <http://www.dgss.org/mitglied-werden/>

Wiener Schmerzsymposium

Als gelungenes Beispiel vermehrter Zusammenarbeit der deutschsprachigen Partnerschmerzorganisationen berichte ich gerne vom „20. Internationalen Wiener Schmerzsymposium – Schmerztherapie 2016: Fortschritt oder Rückschritt?“ (Abb. 1). Deutlich wurde, dass die Therapie mit Opioiden auch heutzutage große Chancen, aber auch zu adressierende Risiken beinhaltet. Eine gute Leitlinienorientierung in der Praxis ist nötig, hier haben wir mit der Überarbeitung von LONTS eine wichtige Grundlage geschaffen. Auf die Situation in Österreich bezogen konnte festgestellt werden, dass die breite Öffentlichkeit und Entscheidungsträger

heutzutage mehr denn je für die Themen Schmerzerkrankung und Schmerztherapie sensibilisiert sind. Ungeachtet dieser positiven Entwicklung würden sich in Österreich aber drastische Rückschritte in der Versorgung von Schmerzpatienten abzeichnen, kritisiert Prof. Kress (vgl. Infokasten). Die Kollegen in Österreich sind davon überzeugt, dass die Zahl der chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten weiter ansteigen wird, insbesondere der nicht ausreichend versorgten Schmerzpatienten. Das Risiko einer Chronifizierung sei deswegen sehr hoch. Da Ältere häufiger unter Schmerzen leiden, würde auch der demografische Wandel zum Anstieg der Zahl der Betroffenen führen, so ein Fazit der Tagung. (Gesetzli-



Abb. 1 ▲ Gute Zusammenarbeit der deutschsprachigen Partnerschmerzorganisationen auf dem 20. Internationalen Wiener Schmerzsymposium in Wien, 11. März 2016

© Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

20. Internationales Wiener Schmerzsymposium

Schmerztherapie in Österreich: Fortschritte und Rückschritte

Die Schmerzmedizin kann bei verschiedensten Formen akuter und chronischer Schmerzen immer besser helfen – doch die Innovationen der letzten Jahre kommen bei den Patientinnen und Patienten keineswegs immer an, kritisieren Experten beim 20. Internationalen Wiener Schmerzsymposium.

Jede Menge Fortschritte in der Schmerzmedizin, aber immer größere Hürden für Patientinnen und Patienten, auch in deren Genuss zu kommen. Diese paradoxe Situation kritisierten Experten anlässlich des Internationalen Wiener Schmerzsymposiums. „Wenn der Zugang zu Therapien erschwert wird, weil aus Kostengründen Schmerzdienste gestrichen, Spezialambulanzen geschlossen oder die Kosten innovativer Therapien nicht von den Krankenkassen übernommen werden, nimmt man dem schmerzmedizinischen Fortschritt der letzten Jahrzehnte seine Wirkung“, so Tagungspräsident und Univ.-Prof. Dr. Hans-Georg Kress, Leiter der Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie (AKH/MedUni Wien) und Past-President der Europäischen Schmerzförderung EFIC.

Moderne Schmerztherapie: multimodal und ganzheitlich

Die jährlich stattfindende Schmerztagung findet heuer bereits zum 20. Mal statt. Im Lauf dieser beiden Jahrzehnte wurden viele neue Optionen und Konzepte bei der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen entwickelt, etwa Medikamente mit neuartigen Wirkmechanismen oder Darreichungsformen, mikroprozessorgesteuerte Schmerzmittel-Pumpen, verschiedene, immer besser wirksame Verfahren der Rückenmarkstimulation, interdisziplinäre Behandlungsmodelle unter Einbeziehung psychologischer Verfahren. „Die moderne Schmerztherapie ist in vielen Fällen multimodal und widmet sich den Betroffenen individuell und ganzheitlich“, betont Prof. Kress. „Geändert hat sich in den letzten zwei Dekaden sicher die Einstellung zu Schmerz. Inzwischen ist das Bewusstsein dafür gewachsen, dass für eine kompetente Schmerzbehandlung spezialisierte Experten notwendig sind. Immer mehr Betroffene wissen, dass sie ihre Beschwerden nicht schicksalhaft hinnehmen müssen. Die breite Öffentlichkeit und Entscheidungsträger sind heute mehr denn je für die Themen Schmerzkrankung und Schmerztherapie sensibilisiert.“

Rückschritte durch Sparmaßnahmen

Ungeachtet dieser positiven Entwicklung würden sich in Österreich aber drastische Rückschritte in der Versorgung von Schmerzpatienten abzeichnen,

kritisiert Prof. Kress. In den vergangenen drei Jahren wurden österreichweit zehn Schmerzambulanzen geschlossen. Die Reduktion der Wochenarbeitszeit für Spitalsärzte auf 48 Stunden verschärft das strukturelle Defizit zusätzlich – 24-Stunden-Schmerzdienste können in vielen Fällen kaum aufrechterhalten werden. Drei Viertel der rund 1,5 Millionen chronischen Schmerzpatienten in Österreich haben schon jetzt keine zufriedenstellende Versorgung und die Situation spitzt sich weiter zu: Die Wartezeiten auf einen Termin in einer Schmerzambulanz betragen ein bis vier Monate. Die Ordinationen im niedergelassenen Bereich können die entstehenden Engpässe nicht ausreichend kompensieren.

Der Experte ist überzeugt, dass die Zahl der chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten weiter ansteigen wird, insbesondere der nicht ausreichend versorgten Schmerzpatienten: „In der jetzigen Situation können wir schon stationäre Akutschmerzpatienten nicht mehr adäquat versorgen. Das Risiko einer Chronifizierung ist deswegen sehr hoch“. Da Ältere häufiger unter Schmerzen leiden, wird auch der demografische Wandel zum Anstieg der Zahl der Betroffenen führen.

Fehlender politischer Auftrag

„In Österreich fehlen die gesetzlichen Voraussetzungen für eine geplante, abgestufte Versorgung der Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten auf jeweils der Versorgungsebene, die ihrem gesundheitlichen Problem am besten gerecht wird“, bedauert Prof. Kress. Er fordert ein politisches Konzept, das alle Versorgungsstufen umfasst – vom Hausarzt über den spezialisierten Schmerzmediziner und die Schmerzambulanz bis zum multimodalen Schmerzzentrum, zur bettenführenden Schmerzabteilung am Universitätsklinikum oder zum spezialisierten Schmerz-Rehabilitationszentrum. „Es gibt wissenschaftliche Fortschritte und viele großartig arbeitenden Initiativen. Zudem können wir uns an erfolgreichen internationalen Vorbildern orientieren. Aber es braucht vor allem den politischen Auftrag, um eine bessere Versorgung von Schmerzpatienten zu erreichen“, resümiert der Experte. Von sich aus werden die unter finanziellen Druck geratenden Spitalsträger jedenfalls keine weiteren Ausbaumaßnahmen der Schmerzmedizin in Angriff nehmen, sondern eher zurückbauen.

Quelle: Auszugsweise entnommen der Pressemitteilung vom 11. März 2016, Veranstalter 20. Wiener Schmerzsymposiums

che) Rahmenbedingungen einer guten Schmerztherapie müssen verbessert werden.

Cannabis-Gesetzgebung

Auch auf der „Lobby-Ebene“ ist unsere Gesellschaft weiter am Ball: Den „Cannabis-Gesetzentwurf“ der Bundesregierung haben wir ausführlich kommentiert (vgl. <http://www.dgss.org/news-presse/stellungnahmen/>).

Am 7. März erfolgte hierzu die Anhörungsbesprechung von Bundesgesundheitsministerium und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, an der wir uns aktiv vor Ort beteiligt haben. Deutlich wurde: Hauptziel der Bundesregierung ist es, den Eigenanbau seitens Patientinnen und Patienten zu verhindern, denen ansonsten

quasi als letzte wirksame Therapieoption diese verwehrt wäre aufgrund derzeit extrem bürokratischer Verfahren bzw. nicht garantierter Kostenerstattung durch die Krankenkassen. Dies wäre jedoch mit den Rechten von Bürgerinnen und Bürgern bzw. Patientinnen und Patienten nicht vereinbar, wie mehrere Gerichte bereits in den letzten Monaten und Jahren geurteilt hatten. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. wie auch andere Fachgesellschaften wiesen auf Studienlagen, aber auch Erkenntnislücken hin und problematisierten weitere Details, wie die angedachte Verpflichtung der Patienten zur Teilnahme an Studien. Es zeigte sich, dass im Fortgang der Gesetzgebung an dem einen oder anderen Detail noch Änderungen erfolgen

mögen, nicht allerdings an der grundsätzlichen Konstruktion des Gesetzentwurfs. Dieser sieht u. a. vor, dass auf Bundesebene eine Cannabisagentur eingerichtet wird, die zertifiziert/kontrolliert angebaute Cannabisblüten bzw. -fertipräparate über sichere Abgabewege (Apotheke) Patientinnen und Patienten auf ärztliche Verordnung nach gründlicher Indikationsstellung zugänglich macht und ebenfalls eine entsprechende Aufnahmeverpflichtung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht.

Gremienarbeit

Mit einigem Stolz berichten möchte ich auch über die erfolgreiche Arbeit unserer Experten im Bereich „Alter und Schmerz“ sowie „Pflege“ (Abb. 2). Im Februar konnten wir die Konsensuskonferenz der S3-Leitlinien „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ in den Räumen unserer Berliner Bundesgeschäftsstelle ausrichten. Unser großes „Dankeschön“ gebührt den Koordinatoren der Leitlinie, Herr Dr. Lukas und Frau Prof. Sirsch. Wir sehen der zukünftigen Leitlinie mit Spannung entgegen und hoffen auch durch diese auf einen wesentlichen Impuls in Hinblick z. B. auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie einer Qualitätsorientie-

Opioide – Fluch oder Segen?

Beitrag von Prof. Dr. Michael Schäfer anlässlich des 20. Internationalen Wiener Schmerzsymposium – „Schmerztherapie 2016: Fortschritt oder Rückschritt?“

Bei der Behandlung mit Opioiden befindet sich der verantwortliche Arzt immer in einem ambivalenten Spannungsverhältnis: sind Opioide Fluch oder Segen?

Fluch, da Opioide lebensbedrohliche Wirkungen wie Atemstillstand, Abhängigkeit, Sucht, Eingriff in körpereigene Systeme entfalten (Suppression von Immunsystem, Sexualhormone, Kognition),

Segen, da Opioide die bislang immer noch am stärksten wirksamen Schmerzmedikamente sind, die kein frühes Limit in der Wirksamkeit („Ceiling-Effekt“), keine Organtoxizität, keine Teratogenität aufweisen.

Historisch gesehen schlug das Pendel mal zur einen und mal zur anderen Seite aus, d. h. mal stand das eine (der Fluch), mal das andere (der Segen) im Fokus der Aufmerksamkeit.

Nicht einmal 23 Jahre ist es her (d. h. 1993), als in dem medizinischen Fachblatt *Lancet* Zenz und Mitarbeiter in einer Veröffentlichung über die Opiodphobie Europas konstatierten mussten, dass Deutschland fünfletzt Schlusslicht in der Verschreibung von Opioiden bei schwerkranken Krebspatienten sei. In einer norwegischen Untersuchung wurde gezeigt, dass die damalige Tagesdosis eines Opioids im Durchschnitt bei etwa 10 bis 20 mg Morphin lag (Warnke et al., 1994). 1986 hatte die WHO eine international anerkannte Empfehlung ausgesprochen, wie Tumorpatienten mit Schmerzmedikamenten effektiv behandelt werden sollten. Offensichtlich war Deutschland zu diesem Zeitpunkt noch weit davon entfernt.

1986 hatten Portenoy und Mitarbeiter eine erste Aufsehen erregende Untersuchung veröffentlicht, in der zum ersten Mal Patienten mit chronischem

Nicht-Tumorschmerz wirksam mit einer stabilen Opioiddosis behandelt werden konnten und ein vergleichbares oder sogar ein deutlich besseres Outcome hatten als Patienten, die entweder operiert oder nicht mit Opioiden behandelt wurden (Portenoy et al., 1986). Dadurch wurde die Therapie des chronischen Nicht-Tumorschmerzes mit Opioiden eingeleitet.

Heute stehen wir vor der Situation, dass das Pendel zwischen „Fluch oder Segen“ sich offensichtlich in die andere Richtung bewegt hat. In 2010 wird ein Hilferuf in den USA ausgesandt, in dem in einer Veröffentlichung gezeigt werden konnte, dass etwa 4 Millionen USA-Bürger Opioide verschrieben bekommen und die Todesfälle durch unbeabsichtigte Überdosierung eines Opioids exponentiell von ca. 3000 im Jahre 1999 auf fast 12000 im Jahre 2007 angestiegen sind (Oki et al., 2010). Obwohl nicht vergleichbar, gibt es in Deutschland auch einen deutlichen Anstieg in der Anzahl der täglichen Verschreibungen von Opioiden (Schubert et al., 2013). Laut Kassendaten der AOK Hessen kam es in den Jahren von 2000 bis 2010 zu einer drastischen Zunahme der Anzahl der Verschreibungen und der täglichen Dosierungen bei Tumor- und Nicht-Tumorpatienten. Dies äußerte sich beispielsweise in einer Verdreifachung der verschriebenen Menge an WHO Stufe 2- und 3-Opioiden, sowie einer Vervierfachung an retardierten lang wirksamen Opioiden.

Müssen wir deswegen eine ähnliche Entwicklung einer offensichtlichen Fehlversorgung und ihren Konsequenzen (Todesfälle durch unbeabsichtigte Überdosierung) in Deutschland bzw. in Europa befürchten? In einer neuesten Untersuchung von Marschall und Mitarbeitern



Abb. 2 ▲ Die Experten bei der Konsensuskonferenz „Alter und Schmerz“ und „Pflege“



▲ Treffen des AK „Beruf und Schmerz“ am 18. März 2016 in der Bundesgeschäftsstelle in Berlin

rung in der schmerzmedizinischen Versorgung.

Lassen Sie mich an dieser Stelle allen Aktiven in Arbeitskreisen und Kommissionen der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. für ihr außerordentlich wichtiges Engagement danken!

Und abschließend noch ein Hinweis: Unser 5. „Aktionstag gegen den Schmerz“ findet bundesweit am 7. Juni 2016 statt. Machen auch Sie mit bei der Telefonhotline oder vor Ort mit einer eigenen (Patienten)-Veranstaltung, Seminar oder Öffentlichkeitsarbeit. Anmeldeunterlagen finden Sie unter www.aktionstag-gegen-den-schmerz.de oder rufen Sie unsere Berliner Bundesgeschäftsstelle an. Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung!



Viele Grüße, Ihr

Prof. Dr. Michael Schäfer
Präsident

(Marschall et al., 2015) wurde dieser Frage nachgegangen und Daten von 10 % randomisiert ausgewählten Versicherten mit chronischem Nicht-Tumorschmerz der Barmer GEK aller Altersstufen ausgewählt (n = 870.000 Personen). Durch Analyse dieser Population wurde eine Prävalenz von 1.3 % aller Versicherten mit einer Langzeit-Opioidtherapie (mindestens eine Opioidverschreibung pro Quartal über mindestens drei Quartale) festgestellt. Die mittlere Tagesdosis lag bei 57 mg Morphinäquivalent pro Tag. Etwa 15,5 % von diesen Patienten erhielten eine besonders hohe Dosis (High-dose) verschrieben mit einer mittleren Dosierung von 173 mg Morphinäquivalent pro Tag. Eine Langzeit-Opioidtherapie war mit jungem Alter, männlichem Geschlecht, Diagnose einer chronischen Schmerzkrankheit, Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung, Depression bzw. mit dem Verschreiben von Antikonvulsiva assoziiert. Die gepoolte 1-Jahres Prävalenz für Missbrauch bzw. Sucht lag bei nur 0,008 %, was wiederum assoziierte mit jungem Alter, Diagnose einer chronischen Schmerzkrankheit, Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung, Depression bzw. mit dem Verschreiben von Tranquilizern. Die Autoren schließen, dass zum momentanen Zeitpunkt aus den vorhandenen Kassendaten kein Anhalt vorliegt für eine befürchtete „Opioid-Epidemie“.

Unter der Federführung der **Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.** wurden im letzten Jahr die Leitlinien zur Langzeitanwendung von Opioiden bei Nicht-Tumorschmerzpatienten (LONTS) aktualisiert (Häuser et al., 2015), die nach dem neuesten Stand klinischer Studien Empfehlungen für eine Therapie mit Opioiden ausspricht. Elementarer Bestandteil dieser Empfehlungen ist, dass ein Arzt die Behandlung von chronischen Nicht-Tumorschmerzen mit Opioiden eingangs bzgl. ihrer Wirksamkeit (sowohl in der Schmerzintensität, Funktionsverbesserung als auch in der Lebensqualität) und Nebenwirkungen (Risk/Benefit-Ratio) evaluiert und dokumentiert sowie in regelmäßigen Abständen erneut überprüft. Die in regelmäßigen Abständen wiederholte Überprüfung des medikamentösen Vorgehens sowie dessen Einbettung in ein interdisziplinäres, multimodales Therapiekonzept ist der beste Schutz vor eine Über- bzw. Fehlversorgung mit Opioiden.

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Schäfer,
Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt op. Intensivmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin,
E-Mail: micha.schaefer@charite.de

Quelle: „Dieser Beitrag erschien als Erstpublikation in Universum Innere Medizin, Ausgabe 2/2016 (MedMedia Verlag und Media-service GmbH, Wien).“

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.

