

Missbrauch und Abhängigkeit unter Opioiden bei nicht-tumorbedingtem Schmerz



J. Jage¹, Chr. Maier²

¹ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. C. Werner)

² Abteilung Schmerztherapie, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum (Leitender Arzt: Prof. Dr. Chr. Maier)

klinikarzt 2005; 34 (6): 174–179

Richtig eingesetzt sind Opiode ein wichtiger Baustein einer adäquaten multimodalen Therapie chronischer nichttumorbedingter Schmerzen. Derzeit steigt die Zahl verschriebener starker Opiode, aber auch deren nichtmedizinischer Gebrauch steigt an. Missbräuchliches Verhalten tritt in klinisch relevanten Größenordnungen auf, es kann in psychische Abhängigkeit übergehen. Offenbar besteht ein Zusammenhang zwischen einem nicht ausreichenden Erfolg der Opioidtherapie, der Noncompliance der Patienten und dem missbräuchlichen Verhalten. Ein Teil der Patienten verschweigt die zusätzliche Einnahme weiterer psychotroper Pharmaka oder nutzt die nichtanalgetischen, stressmindernden Wirkungen der Substanzen. Eine zu großzügig indizierte Dauertherapie mit Opioiden ohne vorherige Abklärung der Risikofaktoren für den Therapieerfolg und ohne dessen umfassende Kontrollen ist daher aufgrund der gegenwärtigen Datenlage nicht länger zu begründen. Nationale und internationale Konsensuspapiere empfehlen eine restriktive Opioidindikation, verbunden mit besonderen organisatorischen Regelungen. Ist eine Opioidtherapie erfolglos, soll sie nicht fortgesetzt werden. An ihre Stelle tritt eine interdisziplinäre Reevaluation als Ausgangspunkt weiterer therapeutischer Optionen.

Opiode sind starke Analgetika. Etwa 90% der Patienten mit starken tumorbedingten Schmerzen profitieren von ihrem Einsatz – auch dann, wenn sie in hohen Dosierungen und jahrelang angewendet werden. Analgetische Toleranz, Missbrauch oder Abhängigkeit werden in diesen Fällen sehr selten gesehen, die Nebenwirkungen der Opiode sind meist beherrschbar. Die Compliance der meisten Patienten ist gut.

Auch bei nichttumorbedingten Schmerzen sind Opiode über lange Zeiträume effektiv (13, 33, 70). In dieser Indikation werden Opiode in den letzten Jahren immer häufiger verschrieben. Gleichzeitig steigt jedoch die Zahl der Berichte über missbräuchliches Verhalten (1, 10,

11, 45, 50, 58) und über den nicht-medizinischen Gebrauch verschriebener Opiode (23, 69). Anders als bisher angenommen sind Missbrauch und Abhängigkeit realistische Risiken einer lang andauernden Opioidtherapie nichttumorbedingter Schmerzen. Die Ursachen hierfür sind nicht eindeutig geklärt.

■ Analgetisches Ergebnis

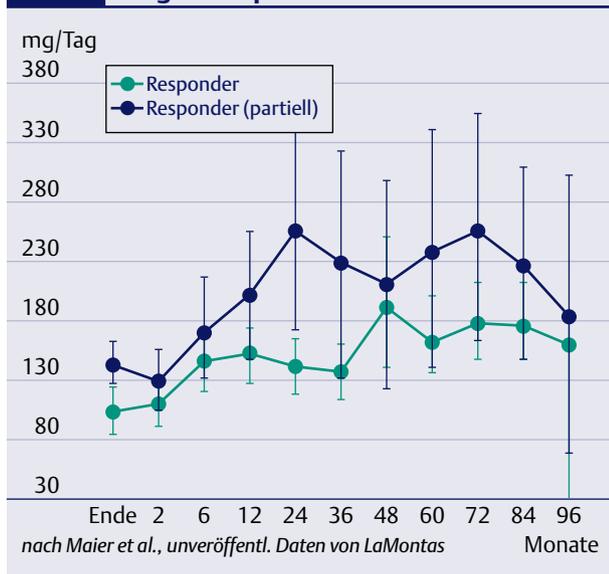
Innerhalb sorgfältig selektierter Subgruppen mit deutlich organopathologischer Schmerzgenese können Opiode, auch wenn sie über einen langen Zeitraum eingenommen werden müssen, eine relevante Schmerzlinderung von mindestens 25–50% erzielen (3, 15, 33). Dies kann über Jahre erhalten bleiben (70), so

bei Osteoporose, Spinalkanalstenose, rheumatoider Arthritis oder einigen neuropathischen Schmerzen wie der postzosterischen Neuralgie oder dem Phantomschmerz.

Andererseits gibt es eine Reihe chronischer Schmerzkrankungen, die mit starken Schmerzen einhergehen, bei denen jedoch eine organische Schmerzursache kaum oder überhaupt nicht nachweisbar ist. In diesen Fällen stehen erhebliche psychische und soziale Einflussfaktoren im Vordergrund des Schmerzgeschehens (18, 27, 40, 52). Diese sind jedoch mithilfe der antinozizeptiven Opioidwirkung nicht zu behandeln und benötigen vor allem eine nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Die meisten Patienten, deren Schmerzen nachweisbar organische Ursachen zugrunde liegen, können mit einer standardisierten, aber opioidfreien Schmerztherapie erfolgreich behandelt werden, nur ein Teil benötigt Opiode (42). Häufig sind chronische, starke Schmerzen wesentlich mehr als gesteigerte nozizeptive Prozesse (27, 48, 52), die unbedingt eines Opioids bedürfen. Zudem vermag nur ein Teil der Patienten, bei denen eine Opioidtherapie indiziert ist, darauf auch mit einer ausreichenden analgetischen Wirkung zu reagieren (Responder) (13, 42). Bei den anderen, entweder als partielle Respon-

Abb. 1 Morphindosis bei Langzeitrespondern



der oder Nonresponder bezeichnet, stehen Nebenwirkungen und/oder eine unzureichende Schmerzlinderung im Vordergrund (42).

Zudem kann die initial ausreichende Analgesie im längeren Zeitverlauf nachlassen. Ohne Hinweise auf ein progredientes Grundleiden ist dies ein Zeichen von Toleranz (3). In Langzeituntersuchungen fehlen Hinweise auf eine analgetische Toleranzentwicklung, die mittlere Tagesdosis der Responder bleibt über Jahre relativ stabil (Abb. 1; 42, 70). Eine gleichzeitig vorhandene Suchterkrankung (5–7) oder psychische Einflussfaktoren (z.B. eine schmerzvermeidende Coping-Strategie, schmerzbedingte Verhaltensstörungen oder eine psychische Komorbidität) können das Ergebnis der Schmerztherapie ebenfalls ungünstig beeinflussen (7, 27, 41, 64).

■ Funktionelle Stabilisierung

Mithilfe der opioidbedingten Schmerzreduktion kann der Patient eine funktionelle körperliche und psychische Stabilisierung bzw. Verbesserung erreichen (3, 32). Messbar wird diese zum Beispiel mit dem Pain Disability Index (PDI) oder dem Short-Form-36 (SF-36), die der Fragebogen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) aufgreift. Bisher nicht publizierte Daten belegen, dass Opioide in der Gruppe der Responder über Jahre

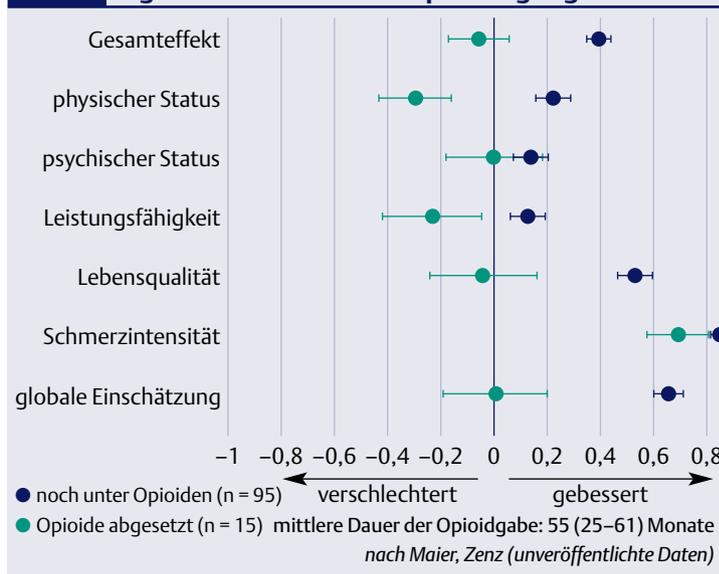
hinweg eine funktionelle Stabilisierung und verbesserte Lebensqualität erzeugen können (Abb. 2).

■ Nebenwirkungen

Opioide wirken akut kognitiv beeinträchtigend, sedierend, sie rufen Schwindelgefühl, Übelkeit bzw. Erbrechen, Juckreiz und Obstipation hervor. Mit Ausnahme der Obstipation nimmt die Intensität der Nebenwirkungen durch die Entwicklung einer Toleranz deutlich ab (30). Bei einem Teil der Patienten bleiben diskrete kognitive Beeinträchtigungen wie Konzentrations- und Gedächtnisschwäche bestehen (3).

Insgesamt brechen bis zu etwa 80% der Patienten ihre Opioidtherapie wegen intolerabler Nebenwirkungen ab (33, 39). Und immer mehr Betroffene, so unsere Beobachtung, suchen spezialisierte Schmerzzentren auf und wünschen im Zusammenhang mit ihren unzureichend erfüllten Erwartungen an die Therapie einen ärztlich angeleiteten Opioidentzug. Dies wirft die Frage auf, ob die Indikation zur Opioidtherapie in diesen Fällen kritisch gestellt wurde und mit einer kontinuierlichen Kontrolle der eingetretenen Schmerzlinderung bzw. Funktionsverbesserung verbunden war. Denn liegt dies zugrunde, bleibt die Zahl der Patienten unter einer Opioidbehandlung stabil.

Abb. 2 Langzeiteffekt der Opioidgabe – Ergebnisse einer Follow-up-Befragung in Bochum



Ein Teil der Schmerzpatienten nutzt die psychotropen, also die nichtanalgetischen Wirkungen der Opioide bewusst – möglicherweise auch gemeinsam mit weiteren psychotropen Substanzen wie Alkohol oder illegalen Drogen (50) – zum Zweck der Stressbewältigung, der Relaxierung, der milden Sedierung oder einer Schlafinduktion.

■ Missbräuchliches Verhalten

Missbrauch oder Abhängigkeit sind diagnostizierbar (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV, oder International Classification of Diseases, ICD-10). Mit Recht wurden aus diesen Kriterien unlängst Toleranz und körperliche Abhängigkeit herausgenommen, wenn Schmerzpatienten Opioide erhalten (57; Tab. 1). International spricht man in Verbindung mit einer Opioidtherapie nicht nur von „addiction“, „abuse“ oder „misuse“, sondern auch von „aberrant drug-related behaviour“ (35, 37, 45, 49; Tab. 2).

Die in der Tabelle 2 beschriebenen Risikofaktoren sind keinesfalls Kontraindikationen zur Opioidtherapie. Sind sie jedoch festzustellen, sollten sie der Grund für eine besonders eingehende Überprüfung der Schmerzursachen und der Opioidindikation sein und den betreuenden Arzt zu Kontrollen des Therapieverlaufs veranlassen.

Tab. 1 Definitionen

Suchterkrankung

Chronische, neurobiologische Erkrankung mit genetischen, psychosozialen und Umgebungsfaktoren, Synonym: psychische Abhängigkeit. Eine oder mehrere Verhaltensweisen: Unabweisbar zwanghafter Gebrauch, Drogenhunger, Kontrollverlust, fortgesetzter Gebrauch trotz Schädigung. Im Rahmen einer Opioidtherapie sind die weiteren Kriterien des DSM-IV/ICD-10 wie Toleranz und Entzugssymptome nicht enthalten (57)

Missbrauch

Andauernder oder gelegentlicher übermäßiger Medikamentengebrauch ohne ärztliche Begründung; schädlicher Gebrauch einer Substanz, ungeachtet der negativen Folgen für Gesundheit und Umgebung; Gebrauch eines Analgetikums nicht entsprechend seiner Indikation oder außerhalb ärztlicher Verordnungen (hinsichtlich der Dosis oder des Einnahmeintervalls); gefährlicher, dysfunktionaler, unerlaubter Gebrauch; Synonyma: schädlicher Gebrauch (ICD 10) bzw. Substanzmissbrauch (DSM IV); nicht vorhandene Kriterien sind: zwanghafter Gebrauch, Toleranz, Entzugssymptome (68)

missbräuchliches Verhalten

Im Zusammenhang mit einer Opioidtherapie wird international neben „misuse“ oder „abuse“ von „aberrant drug-related behaviour“ gesprochen (Anzeichen siehe Tab. 2)

psychische Komorbidität

Zusätzliche psychische Erkrankung bei Schmerzpatienten oder Suchtkranken (besonders häufig: Depression (major), Persönlichkeits- und Angststörungen, ausgeprägte Somatisierungen, somatoforme Schmerzstörung, posttraumatische Belastungsstörung); muss unterschieden werden von auffälligem/neurotischem Verhalten, reaktiver depressiver Verstimmung, Ängstlichkeit, maladaptivem Coping oder Anpassungsstörungen (18, 19)

Epidemiologie

Literaturangaben zufolge beträgt die summarische Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen (Missbrauch, Abhängigkeit) durch Alkohol, Tabak, Medikamente und illegale Drogen in der deutschen Allgemeinbevölkerung 25,8%, ohne tabakbedingte Störungen wird sie mit 9,0% angegeben (44). Damit besteht bei einem Teil der Patienten mit chronischen Schmerzen eine Vorgeschichte von Missbrauch oder Abhängigkeit (7, 51, 56).

Missbrauch und Abhängigkeit treten bei Patienten mit nichttumorbedingten Schmerzen in einer Deutlichkeit auf, wie sie bei Tumorpatienten unbekannt ist (11, 49). Aus verschiedenen Untersuchungen ergibt sich für diese Patienten eine Prävalenz von etwa 15–51%. Im Einzelnen sind dies Missbrauch bei 1,2–27,6% oder Abhängigkeit bei 3,2–24% (31). Bei fast 28% der Patienten, die mit Opioiden behandelt werden, trafen mindestens drei von maximal fünf Kriterien missbräuchlichen Verhaltens zu (9). Außerdem verschweigen 8,5–44% der Patienten ihrem Schmerztherapeuten zusätzlich gebrauchte psychotrope Substanzen (Opioide, Benzodiazepine, Alkohol, illegale Drogen) oder

machen zumindest unkorrekte Angaben (5, 10, 21, 35, 45, 58). Eine erfolgreiche Schmerztherapie erhöht die Häufigkeit verschwiegenen Beigebrauchs (5), auch während einer Opioidtherapie (1, 6, 58).

Besorgniserregend sind aktuelle Hinweise auf den zunehmenden nichtmedizinischen Gebrauch medizinisch verordneter Opioide (Tab. 3; 23, 69), sei es zur nichtanalgetischen Nutzung durch Schmerzpatienten selbst, infolge einer Weitergabe an Dritte (12, 23, 69) oder auch zum Zweck des Verkaufs. Letzteres dürfte während einer erfolglosen, aber dennoch fortgesetzten Opioidtherapie eher als bei erfolgreicher Therapie möglich werden.

Suchtpotenzial von Analgetika bzw. Opioiden

Patienten mit chronischen Schmerzen erhalten eine Dauertherapie mit zum Teil psychotrop wirkenden Analgetika, Koanalgetika oder anderen Medikamenten. Etwa 6–8% aller in Deutschland verordneten Pharmaka haben aufgrund ihrer psychotropen Wirkungen ein relevantes Suchtpotenzial, dazu zählen zum Beispiel Schlafmittel, Tranquillizer, Opioidanalgetika und Psychosti-

mulanzen (24). Das Suchtpotenzial der Opioide selbst ist auch unterschiedlich. So haben Codein, Tramadol und Tilidin ein geringeres Suchtpotenzial als starke Opioide (36).

Stets kommen zur Ausbildung einer Sucht aber – neben dem Opioid – genetische und/oder gravierende psychische sowie soziale Faktoren hinzu (57). Daher ist der in den letzten Jahren stark zunehmende Missbrauch verschiedener Opioide (23, 69; Tab. 3) nicht allein die Frage des verwendeten Opioids und seiner oralen oder transdermalen Verabreichung in retardierter bzw. nicht-retardierter Galenik (12, 49, 61). Weitere, bisher nicht ausreichend geklärte Faktoren sind im Rahmen kontrollierter Studien zu klären.

Anamnese und soziale Faktoren

Bestehender Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen sind Prädiktoren für die Ausbildung eines missbräuchlichen Verhaltens während einer Opioidtherapie (2, 11, 33, 45, 60). Missbrauch kann in Abhängigkeit übergehen, die wiederum in einigen Hirnarealen zu einer lang anhaltenden neuronalen Plastizität (38, 46) im Sinne eines Gedächtnisses führt. Dadurch kann bei erneutem Kontakt einer zuvor missbrauchten Substanz eine Abhängigkeit wieder aktiviert werden.

Ebenso kann eine bereits bestehende Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen die Entstehung einer neuen Abhängigkeit durch die Opioidtherapie begünstigen (45, 57). Eine solche so genannte Kreuzabhängigkeit beeinflusst ebenso wie eine Mehrfachabhängigkeit das Ergebnis einer Schmerztherapie besonders ungünstig (5, 14). Laut epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung besteht auf dem Boden einer bereits vorhandenen Abhängigkeit ein siebenfach höheres Risiko, eine weitere Abhängigkeit auszubilden (54). Häufig existiert eine Mehrfachabhängigkeit von Alkohol, Tabak und weiteren Drogen (4). Darüber hinaus können auch ernste Lebensereignisse wie Unfälle, Operationen, andere Erkrankungen, gravierende persönliche, familiäre oder psychisch besonders traumatisie-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

rende Ereignisse die Ausbildung einer Substanzabhängigkeit (8) oder gleichermaßen die Chronifizierung von Schmerzen begünstigen (18).

Schmerzverarbeitung (maladaptatives Coping)

Eine hilflos-depressive Schmerzverarbeitung, schmerzvermeidendes Krankheitsverhalten, Angst vor Dauerbehinderung sowie ein hochgradiger Anspruch an Beschwerdefreiheit und Leistungsfähigkeit können die Tendenz zur Eigenmedikation mit Analgetika oder anderen Substanzen verstärken (27). Jede vorwiegend bedarfsweise ausgerichtete Opioidtherapie erhöht das Risiko zu Missbrauch und Abhängigkeit im Gegensatz zu einer Verordnung nach einem festen Zeitplan (31, 32). Schmerzpatienten mit hohem Distress und ungünstigem Copingverhalten missbrauchen häufiger als andere ein Opioid (1).

Psychische Komorbidität

Psychische Erkrankungen treten in der Allgemeinbevölkerung mit einer Punktprävalenz von 20–25% auf (18). Natürlich können auch Patienten mit organisch nachweisbarer Schmerzursache betroffen sein. Zur psychischen Komorbidität gehören vor allem depressive Erkrankungen, Angst- und Suchterkrankungen, Somatisierungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen (Tab. 1).

Psychische Komorbiditäten sind bei Schmerzkranken ohne Sucht, aber auch bei Suchtkranken ohne Schmerzen in höherer Prävalenz als in der Normalbevölkerung vorhanden (5, 6, 21, 22, 53, 54, 65). Bei einem Teil der Patienten bestehen sie schon vor Ausbruch einer Schmerzkrankung (51) und können die Chronifizierung fördern (18), zu erniedrigter Compliance beitragen (5, 15, 17, 62) sowie missbräuchliches Verhalten während einer Opioidtherapie begünstigen (10, 21, 35). Eine psychische Komorbidität ist diagnostisch und therapeutisch zu unterscheiden von schmerzbedingten Verhaltensstörungen wie Angst oder depressiven Anpassungsstörungen (18).

Ähnlich wie ausgeprägte psychische Verhaltensstörungen ist eine psychische Komorbidität mit einer

Tab. 2 Checkliste für missbräuchliches Verhalten

<p>deutliche Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • meldet sich häufig zu früh, um neue BTM-Verschreibungen zu erhalten • nimmt häufig Dosiserhöhungen ohne ärztliche Rücksprache/trotz ärztlicher Vorbehalte oder Warnungen vor • berichtet mehrfach über Rezeptverlust oder -diebstahl • Rezeptfälschungen • versucht Opioide/andere psychotrope Pharmaka von mehreren Ärzten zu erhalten • verwendet Opioide zu nichtanalgetischen Zwecken (z.B. Stressminderung, Sedierung, Beruhigung) • ändert den oralen/transdermalen in einen parenteralen Verabreichungsweg <p>weniger deutliche Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • hortet Opioide • besteht auf Verschreibung bestimmter Opioide in parenteraler Verabreichung • Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin oder illegalen Drogen • dringlicher Bedarf weiterer psychotroper Medikamente (z.B. Benzodiazepine, Antidepressiva) • ist zunehmend ungepflegt oder beeinträchtigt • hat zunehmend berufliche, persönliche bzw. soziale Probleme • ist wiederholt unzuverlässig (Pünktlichkeit, Therapieangebote) • ist wiederholt in Unfälle verwickelt • Hinweise auf Alkohol-Drogenmissbrauch in der Familie • hat Kontakt zur Drogenszene • hat kein sozial unterstützendes Umfeld 	<p>nach (30, 37, 49)</p>
---	--------------------------

hohen affektiven Schmerzkomponente, einer erniedrigten Schmerzschwelle und einer erhöhten Schmerzstärke assoziiert (17). Die funktionelle Beeinträchtigung der Betroffenen ist hoch. Häufig besteht ein negatives Copingverhalten, was die notwendige funktionelle Aktivierung der Patienten im Rahmen einer Opioidtherapie behindert.

Bei einem schlechten psychischen und körperlichen Funktionsstatus tritt missbräuchliches Verhalten häufiger auf als bei gutem Funktionsstatus (1). Bei einem Teil der chronischen Schmerzpatienten besteht eine anhaltend ausgeprägte Stressvulnerabilität des autonomen Nervensystems (16, 43). Sie kann sich in vielfältigen Somatisierungssymptomen ohne verifizierbarem organischen Hinter-

grund äußern, beispielsweise als kardiovaskuläre oder gastrointestinale Symptome, aber auch als chronische Schmerzen mit wechselnder Lokalisation und Intensität (20, 28, 34, 55). Bei der somatoformen Schmerzstörung (ICD 10), deren Sechs-Monats-Prävalenz in Deutschland bei 5% liegt (25), sind Schmerzen das alleinige Somatisierungssymptom.

Intensive Somatisierungen und weitere psychische Komorbiditäten sind mit hoher Prävalenz diagnostizierbar bei Fibromyalgie, multilokulären Schmerzen, unspezifischen Rückenschmerzen sowie bei manchen abdominellen, gynäkologischen oder urologischen Schmerzen (19, 22, 34, 48, 59). Sie beeinflussen den Erfolg einer Opioidtherapie ungünstig (33, 41, 64) und fördern

Tab. 3 (Nicht-)Medizinischer Opioidgebrauch in den USA (1997–2002)

	Zunahme des medizinischen Gebrauchs einiger Opioide (%; Gramm/100 000 Einwohner)	Zunahme von Meldungen (DAWN) (% aller Meldungen)
Fentanyl	213,87%	463,64%
Hydromorphon	88,64%	243,75%
Oxycodon	383,13%	247,93%
Morphin	66,49%	65,94%
DAWN = „drug abuse warning system“		

nach Gilson, 2003

Tab. 4 Psychometrisches Screening vor und während einer Opioidtherapie

psychometrisches Verfahren vor Therapiebeginn	Ziel des Screenings
Coping (FKV 15)	Hinweise auf passive Krankheitsbewältigung, Resignieren, vermeidenden Umgang mit Schmerzen
psychische Komorbidität (PHQ-D) (Löwe)	Hinweis auf Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungen, posttraumatische Belastungsstörung, Alkoholabhängigkeit
(HADS)	Hinweis auf Angst und Depression
schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigung (PDI)	Hinweis auf Aspekte der Schmerzstärke (minimal/maximal/mittlere) sowie körperliche und psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung
(SF-36)	Lebensqualität (psychischer und körperlicher Funktionsstatus)
während der Therapie (PDI, SF-36)	siehe schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigung nach (26, 30, 41a)

missbräuchliches Verhalten (16, 20, 49). Werden Nutzen und Risiko einer Opioidtherapie abgewogen, sind diese zur Behandlung der psychogenen somatoformen Schmerzstörung kontraindiziert und in der Therapie distressbedingter Somatisierungsstörungen überaus fraglich.

Deshalb müssen nicht allein schmerzbedingte Verhaltensstörungen und Coping, sondern auch die verschiedenartig ausgeprägte psy-

chische Komorbidität mit in die Diagnostik von Schmerzpatienten einbezogen werden (2, 32, 33). Eine ausführliche Anamnese und einfach zu handhabende Fragebögen geben Orientierungen zur Einschätzung der Schmerzursachen, vordergründig emotional-affektiver Schmerzkomponenten und gegebenenfalls zur weiteren interdisziplinären Diagnostik (1, 29, 33, 37, 41a, 45; Tab. 4).

Im Allgemeinen ist eine psychische Komorbidität keine Kontraindikation der Opioidtherapie (32). Sie ist jedoch behandlungsbedürftig, da andernfalls die Schmerztherapie ohne Erfolg bleibt und dies wiederum missbräuchliches Verhalten fördert.

Iatrogene Faktoren

Einige iatrogene Faktoren können die Ausbildung bzw. Aktivierung von Missbrauch oder Abhängigkeit fördern (Tab. 5). Das Auftreten missbräuchlichen Verhaltens muss differenzialdiagnostisch von einer analgetischen Unterversorgung abgegrenzt werden („pseudoaddiction“) (37, 67). Verschwiegener Beigebrauch von Alkohol oder Cannabis kann auch ein Zeichen für analgetische Unterversorgung sein (49, 50).

Bleibt die Behandlung mit Opioiden nach einigen Wochen bis Monaten ohne Erfolg, müssen die Substanzen wieder abgesetzt werden, wobei die Dosis allmählich reduziert wird (3). Danach ist eine interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Reevaluation ratsam (2, 32, 60).

Tab. 5 Iatrogene Risikofaktoren der Schmerztherapie mit Opioiden

- unkritisches Eingehen auf dringlich vorgetragene Therapiewünsche
- inadäquate psychosoziale Diagnostik
- organische Überdiagnostik/Übertherapie
- fehlende interdisziplinäre Diagnostik/Therapiekonzeption
- unkritische Opioidverschreibung
- unzureichende Informationen über die Nachteile der Opioidtherapie
- unklar definierte Therapieziele
 - ausreichende Schmerzlinderung, nicht Schmerzfreiheit
 - funktionelle Verbesserung oder Stabilisierung
 - verbesserte Lebensqualität
- Übersehen/Unterbewertung von Non-Compliance
- inadäquate Therapiekontrolle
 - keine Kontrolle der funktionellen Verbesserung
 - unzureichende Dokumentation von Schmerzlinderung und funktioneller Verbesserung
- fehlende Reevaluation bei erfolgloser Therapie
- weitere Verschreibung von Opioiden trotz ausbleibenden Therapieerfolgs

Häufig wird es unterlassen, vor dem Beginn der Therapie für jeden Patienten einen individuellen, schriftlichen Behandlungsvertrag mit einem Opioid zu verfassen, was aber in jedem Fall ratsam ist (2, 32, 60). Dieser Vertrag benennt die abgesprochenen Therapieziele, deren Kontrollen in Form von Wiedervorstellungen und gelegentlichen Urinalysen, umfassende Risiken der Opioidtherapie (Nebenwirkungen, Verkehrsfähigkeit, Fertilität, Immunlage, körperliche Abhängigkeit, Missbrauch/Abhängigkeit) sowie Kriterien zum Therapieabbruch (3, 30, 66).

Schlussfolgerungen

Opiode sind wertvolle Analgetika, die auch bei chronischen, nicht-tumorbedingten Schmerzen im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie hilfreich sein können. Ihre Wirkung ist jedoch nur bei einem Teil der Patienten ausreichend. Die zur Verfügung stehenden Substanzen können intolerable Nebenwirkungen verursachen und missbräuchliches Verhalten unterstützen. Auf der Basis einiger Risikofaktoren wie Anamnese von Missbrauch oder Abhängigkeit, verschiedenartiger psychischer Komorbidität, anderer psychosozialer Faktoren und einer unzureichend abgeklärten organischen Schmerzursache sollten daher grundsätzlich einige Regeln beachtet werden, bevor die Indikation zu einer Opioidtherapie gestellt wird:

- Abklärung eindeutig organischer Schmerzursachen
- gleichzeitiges Screening psychosozialer Einflüsse auf die Schmerzstärke, funktioneller Behinderungen bzw. negativer Prädiktoren für eine erfolgreiche Opioidtherapie
- Abfassung eines Behandlungsvertrages, in dem die relevanten Nebenwirkungen der Opiode, Therapieziele, Therapiekontrollen und Abbruchkriterien formuliert sind
- regelmäßige Dokumentation der vier wichtigsten Verlaufskriterien einer Opioidtherapie (Analgesie, funktioneller Status, Nebenwirkungen, missbräuchliches Verhalten)

- bei unzureichendem Therapieerfolg nach einigen Wochen/Monaten: Abbruch der Opioidverschreibungen, gefolgt von interdisziplinärer Reevaluation der Schmerzursachen und der Therapieoptionen.

Risk Factors and How to Deal with Them – Misuse and Addiction under Opioid Medication for Non-malignant Pain Intensity *Appropriately used, opioids represent an important element of suitable multimodal management of chronic non-cancer pain. Currently, the number of potent opioids is on the increase – as, however, is their non-medical use also. The misuse of these substances reaches clinically relevant proportions, and can result in psychological addiction. Apparently, there is a relationship between inadequate success of opioid therapy, non-compliance on the part of the patient, and drug-abusing behaviour. Some patients conceal the fact that they are additionally using other psychotropic drugs or are making use of the non-analgesic, stress-reducing effects of the substances. The adoption of too liberal a stance when prescribing long-term opioid therapy without prior clarification of factors putting the successful outcome of the treatment at risk, and failure to monitor it can no longer be squared with the current data. Both national and international consensus papers recommend applying a restrictive indication for prescribing opioid analgesics, together with special organizational regulations. If opioid therapy proves unsuccessful, it should not be continued. Instead, an interdisciplinary re-evaluation should be undertaken to provide a basis for further therapeutic options.*

Key Words

chronic pain – opioids – therapeutic outcome – misuse – dependency

Literatur bei der Redaktion / im Internet unter www.klinikerarzt.info

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. Jürgen Jage
 Klinik für Anästhesiologie
 Universitätsklinikum der
 Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
 Langenbeckstr. 1
 55131 Mainz

Georg Thieme Verlag KG
 Rüdigerstraße 14
 70469 Stuttgart
 Telefon (07 11) 89 31-0
 Telefax (07 11) 89 31-2 98

Verlag und Copyright:
 Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Managing Editors:
 Adolf Grünert, Ulm
 Winfried Hardinghaus, Osnabrück
 Matthias Leschke, Esslingen
 Burckart Stegemann, Hagen
 Achim Weizel, Mannheim

Wissenschaftliche Beiräte:
Anästhesiologie: Reiner Dölp, Fulda; **Chirurgie:** Rainer Engemann, Aschaffenburg; Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen; **Dermatologie:** Hans F. Merk, Aachen; **Endokrinologie:** Klaus-Henning Usadel, Frankfurt; **Ernährung:** Adolf Grünert, Ulm; **Gastroenterologie:** Gerald Holtmann, Essen; **Gynäkologie/Geburtshilfe:** Matthias W. Beckmann, Erlangen; **Herz- und Thoraxchirurgie:** Bruno Reichart, München; **Hämatologie:** Hermann Heimpel, Ulm; **HNO:** Wolfgang Stoll, Münster; **Immunpharmakologie:** Ulrich Kleeberg, Berlin; **Innere Medizin:** Wolfram Domschke, Münster; Eckhart G. Hahn, Erlangen; **Intensivmedizin:** Jürgen E. Schmitz, Wiesbaden; **Kardiologie:** Berndt Lüderitz, Bonn; Thomas Meinertz, Hamburg; **Klinikhygiene:** Franz Daschner, Freiburg; **Klinische Chemie:** Klaus Dörner, Kiel; **Klinische Pathologie:** Paul Hermanek, Erlangen; **Klinische Pharmakologie:** Martin Wehling, Mannheim; **Med. Statistik und Dokumentation:** Wilhelm Gaus, Ulm; **Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie:** Rainer Schmelzeisen, Freiburg; **Nephrologie:** Konrad Andrassy, Heidelberg; **Neurologie:** Eberhard Schneider, Hamburg; **Onkologie:** Rainer Souchoon, Hagen; Clemens Unger, Freiburg; **Ophthalmologie:** Gerhard K. Lang, Ulm; **Orthopädie:** Wolfgang Pförringer, München; **Pädiatrie:** Friedrich C. Sitzmann, Homburg/Saar; **Palliativmedizin:** Eberhard Klaschik, Bonn; **Pulmologie:** Gerhard Schultze-Werninghaus, Bochum; **Psychiatrie:** Hans-Jürgen Möller, München; **Psychosomatik:** Ernst Petzold, Aachen; **Qualitätsmanagement:** Behrend Behrends, Berlin; **Radiologie:** Ingolf P. Arlart, Stuttgart; **Strahlentherapie:** Michael Wannemacher, Heidelberg; **Thorax- und Gefäßchirurgie:** Ludger Sunder-Plassmann, Ulm; **Traumatologie:** Lothar Kinzl, Ulm; **Urologie:** Lothar Hertle, Münster

Manuskriptrichtlinien:
 Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen, die auch nicht gleichzeitig an anderer Stelle zur Veröffentlichung eingereicht sein dürfen. Autorenrichtlinien können beim Verlag angefordert werden. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen. Der Verlag geht davon aus, dass der Autor für alle zur Publikation eingereichten Abbildungen das Veröffentlichungsrecht hat. Der Verlag behält sich vor, Leserbriefe gekürzt wiederzugeben. Die eingereichten Arbeiten für Editorial, Schwerpunkt und Übersicht werden einem peer review der Schriftleitung unterzogen. Der Inhalt der übrigen Rubriken und der Supplements liegt in der Verantwortung der Redaktion.

Copyright 2005:
 Mit dem Abdruck des Beitrages erwirbt der Verlag das alleinige und ausschließliche Recht für die Veröffentlichung in sämtlichen Publikumsmedien sowie Übersetzungen in fremde Sprachen. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe und Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlags. Die Abbildungen in den Beiträgen stammen, wenn im Inhaltsverzeichnis (s.o.) nicht anders vermerkt, von den jeweiligen Autoren.

Redakteurin:
 Stephanie Schikora, Telefon (07 11) 89 31-4 16
 E-Mail: stephanie.schikora@thieme.de

Redaktionsleitung:
 Günther Buck, Telefon (07 11) 89 31-4 40

Redaktionsassistentin:
 Sabine Bischoff, Telefon (07 11) 89 31-5 51
 Telefax (07 11) 89 31-3 22



Organ der
 Deutschen Gesellschaft
 für Interdisziplinäre
 Klinische Medizin
 Telefon (07 11) 89 31-4 16
 Telefax (07 11) 89 31-3 22

Internet-Adresse:
<http://www.thieme.de>; <http://www.klinikerarzt.info>

Verantwortlich für den Anzeigenteil:
 pharmedia, Anzeigen- und Verlagsgesellschaft GmbH

Anzeigenleitung:
 Greta Weller, Telefon (07 11) 89 31-3 04
 E-Mail: greta.weller@pharmedia.de

Zeitschriftenvertrieb:
 Telefon (07 11) 89 31-3 21

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1.10.2004

Herstellung:
 Werner Schulz, Telefon (07 11) 89 31-3 31

Satz, Grafik, Layout:
 Wolfgang Eckl, Werner Schulz, Karl-Heinz Zobel

Druck: Konradin Druck GmbH,
 70771 Leinfelden-Echterdingen

34. Jahrgang

Druckauflage: 23 000 Exemplare;
 Verbreitete Auflage: 22 100 Exemplare,
 (lt. IVW 2/96)

Erscheinungsweise: monatlich

Bestellungen:
 Über den Buchhandel oder direkt beim Verlag.

Bankverbindung:
 Deutsche Bank Stuttgart,
 BLZ 600 700 70, Kto.-Nr. 1420 017
 Landesbank Baden-Württemberg,
 BLZ 600 501 01, Kto.-Nr. 2 055 723
 Post giro Stuttgart
 BLZ 600 100 70, Kto.-Nr. 4 50 00-705

Bezugsbedingungen:
 Einzelheft € 11,50 inkl. Porto.
 Jahresabonnement € 93,- inkl. MwSt. und Porto.
 Für Medizinstudenten gegen Nachweis und Bank-
 einzug € 45,- inkl. MwSt. und Porto. Ausland
 zuzügl. Porto € 19,80 (Europa) bzw. 52,80 (Airlift)
 (cash with order).

Für die Mitglieder der DGKM ist der Bezug der Zeitschrift im Mitgliedsbeitrag enthalten. Der Abonnementpreis umfasst 12 Kalendermonate (Mindestlaufzeit). Abonnements laufen weiter, wenn nicht 3 Monate vor Jahresfrist eine Abbestellung beim Verlag vorliegt. Bei Nichtbelieferung im Falle höherer Gewalt, bei Störungen des Betriebsfriedens, Arbeitskampf (Streik, Aussperrung) bestehen keine Ansprüche gegen den Verlag.

IA-MED Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
 Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e.V.

Regularly listed in EMBASE/Excerpta Medica

Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung, medikamentöse Therapie sowie Diagnostik (Laborwerte etc.) anbelangt. Soweit in dieser Zeitschrift Dosierungen, Applikationen oder Laborwerte erwähnt werden, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angaben dem Wissensstand bei Fertigstellung entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Applikationsformen und Laborwerte kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Laborwerte müssen immer auf ihre Plausibilität geprüft werden und sind abhängig vom jeweiligen Testgerät bzw. Testkit. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.