

Patienteninformation zur S3-Leitlinie „LONTS“ Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen Nicht Tumor-bedingten Schmerzen *

AWMF-Register Nr.	041/003	Klasse:	S3
-------------------	---------	---------	----

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die S3-Leitlinie LONTS soll Ihnen dabei helfen, die ebenso wichtigen wie vielschichtigen Aspekte einer Langzeitanwendung opioidhaltiger Medikamente bei chronischen nicht tumorbedingten (nicht krebsbedingten) Schmerzen auf aktuellem Wissensstand zu bewerten.

Medizinische Leitlinien sind dem Stand der Wissenschaft entsprechende klinische Empfehlungen. Sie sollen Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über Diagnostik und Therapie unterstützen. Abweichungen von diesen Empfehlungen sind in begründeten Einzelfällen möglich. Leitlinien werden in drei Stufen unterteilt; die S3-Leitlinie LONTS entspricht der höchsten Stufe wissenschaftlicher Übereinstimmung basierend auf den besten verfügbaren Studien.

Diese Patienteninformation gibt den Stand des Wissens über effektive und angemessene Krankenversorgung zum Zeitpunkt der Drucklegung im Januar 2011 wieder. In Anbetracht weiter fortschreitender wissenschaftlicher Erkenntnisse werden regelmäßig Überarbeitungen unternommen.

Leitlinienempfehlungen bedeuten nicht, dass der Arzt nach Prüfung des Einzelfalls keine hiervon abweichende Therapie durchführen darf. Wir empfehlen Ihnen, mit Ihrem Arzt zu sprechen, wenn Sie eine nicht Leitlinien gemäße Therapie mit Opioiden erhalten oder Ihnen die Einnahme von Opioiden insgesamt nicht hilft.

Wann immer sich für Sie weitere Fragen ergeben, scheuen Sie sich bitte nicht, Ihren behandelnden Arzt darauf anzusprechen.

Woraus sind LONTS Empfehlungen abgeleitet?

Die Leitlinie LONTS befasst sich mit der längeren Anwendung von Opioiden (Medikamente mit morphinartiger Wirkung) bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen (z.B. Rückenschmerz, Gelenkschmerz). Sie unterscheidet dabei eine bis zu drei Monate anhaltende Langzeitanwendung von einer Dauernanwendung ohne zeitliche Begrenzung.

Die wichtigsten Empfehlungen der Leitlinie LONTS basieren auf der Auswertung wissenschaftlicher Untersuchungen, in denen die Wirkungen opioidhaltiger Schmerzmittel bei chronischen Schmerzen über Zeiträume bis zu drei Monaten untersucht wurden. Für die Dauernanwendung über drei Monate hinaus existieren bisher keine hochwertigen und vergleichenden Studien zur Wirkung von Opioiden, jedoch systematische Beobachtungen von Therapieverläufen bei mehreren Tausend Patienten.

Zum Vergleich wurden Studien ausgewertet, in denen die Wirkung bestimmter, nicht opioidhaltiger Schmerzmittel (Aspirin-ähnliche Substanzen, die wie z. B. Diclofenac oder Ibuprofen zu den nicht-steroidalen Antirheumatika „NSAR“ zählen) gegenüber Medikamenten ohne Wirksubstanz („Plazebo“) geprüft worden waren. Studien, die direkt Opioide mit NSAR verglichen, sind nicht publiziert.

Zu anderen Schmerzmitteln wird hier nicht Stellung genommen. Damit wird keine Aussage zu deren Wirkung getroffen, aber auch keine Aussagen zu deren Nebenwirkungen. Beides kann vorhanden sein.

Weiter wurden Empfehlungen aus Leitlinien internationaler Fachgesellschaften und Institutionen sowie verschiedenen Publikationen in angesehenen wissenschaftlichen Fachzeitschriften berücksichtigt. Diese wurden in einem Konsensverfahren von 13 Mitgliedern des Leitlinien-Steuerkomitees

der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS) und von einem Beirat aus 16 anderen medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland überarbeitet und verabschiedet.

Die vorliegende „Patienteninformation LONTS“ vermittelt die wichtigsten Grundsätze aus der Leitlinie. Für detaillierte Informationen sei auf die Originalfassung der Leitlinie** verwiesen.

Wirkungsnachweise und Wirkungsverlauf

Als Ergebnis ist zunächst festzuhalten, dass sich Opioide als schmerzlindernd erwiesen haben. In den Studien wirkten Opioide schmerzlindernd bei Nervenschmerz (neuropathischen Schmerz), Rücken- und Gelenkschmerz.

In geringerem Umfang werden auch Verbesserungen der Funktionalität und der Schlafqualität, nicht aber der allgemeinen Lebensqualität beschrieben. Die Studiendaten zeigen aber ein überraschend ähnliches Ausmaß der schmerzlindernden Wirkung beider Substanzgruppen (Opioide und NSAR), so dass eine stärkere oder bessere Wirkung von Opioiden bisher wissenschaftlich nicht belegt ist.

Auch bei spezifischen Schmerzarten wie Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) oder Rücken- und Gelenkschmerzen gibt es keinen Nachweis einer unterschiedlichen Wirkstärke. Für andere weit verbreitete Schmerzarten, wie Kopfschmerzen, sind in den letzten beiden Jahrzehnten keine Untersuchungen zur Langzeitanwendung von Opioiden veröffentlicht worden, aus denen auf Wirkung zu schließen ist oder Aussagen zu anderen als den bekannten Nebenwirkungen (s.u.) abgeleitet werden können.

Es kommt ein weiterer wichtiger Punkt hinzu: An den vorliegenden Untersuchungen gibt es mehrere Kritikpunkte, die die Aussagekraft solcher Studien einschränken: Oftmals werden z.B. wichtige Kenn-

werte ausgelassen, so dass die Ergebnisse nicht nachprüfbar sind. Die Tendenz, aus Studiendaten abgeleitete Medikamentenwirkungen zu überschätzen, ist weit verbreitet.

Aus den Studienergebnissen ist eine im Laufe der Anwendung abnehmende Gesamtwirkung opioidhaltiger Schmerzmittel ablesbar. Auch die Anzahl der Patienten, bei denen Opioide vorher gewirkt haben (sog. Opioid-Responder) wird nach mehr als dreimonatiger Einnahme eines Opioids deutlich und stetig geringer. Dieses erfordert eine regelmäßige Wirkungskontrolle, um rechtzeitig andere individuell besser wirksame und verträgliche Therapieschritte einleiten zu können. Dafür sind spezielle schmerztherapeutische Kenntnisse erforderlich, die u.a. auch einschlägige Erfahrungen mit der Anwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln bei chronischem Schmerz voraussetzen.

Aufgrund der uneinheitlichen Studienlage können daraus jedoch keine verallgemeinernden Schlüsse gezogen werden. Vielmehr wird empfohlen, bei der Wahl des Schmerzmedikaments individuelle Gegebenheiten wie die Schmerzursache, Vorerkrankungen oder potentielle Nebenwirkungen des Medikaments einzubeziehen.

Unterschiedliche Nebenwirkungen

Opioidhaltige Schmerzmittel und NSAR haben bei vergleichbarer Schmerzlinderung jedoch unterschiedliche Nebenwirkungen. Nach langjährigen klinischen Erfahrungen gelten die opioidhaltigen Analgetika – bei konstanter Dosierung und Anwendungsbedingungen – trotz häufiger und unangenehmer Nebenwirkungen (z. B. Übelkeit, Verstopfung) als nicht Organ-schädigend.

Wegen zwar seltener, anfänglich oft unbemerkter, aber langfristig Organ-schädigender Nebenwirkungen (Herzkreislaufsystem, Magen-Darmblutung, Wechselwirkung mit Gerinnungshemmern) kann

die Dauergabe und/oder die hohe Dosierung von NSAR dagegen mit ernsthaften Gefahren für die körperliche Gesundheit verbunden sein.

Werde ich abhängig?

Im Gegensatz zu einigen anderen Schmerzmitteln (z.B. NSAR) haben Opioide ein Abhängigkeitsrisiko. Dies hat zu gesetzlichen Regelungen und zu Bemühungen geführt, opioidhaltige Medikamente mit Verzögerungstoffen und Gegenmitteln anzureichern. Dadurch soll eine schmerzlindernde Wirkung über mehrere Stunden erzielt werden und abhängig machende Empfindungen (z. B. Euphorie, wohltuende Müdigkeit) seltener auftreten.

Wie die Schmerzlinderung sind auch die unangenehmen wie angenehmen medikamentösen Nebenwirkungen und die Möglichkeit, abhängig zu werden, individuell unterschiedlich ausgeprägt. Sie sollten Gegenstand der regelmäßigen Arzt-Patienten-Gespräche und Kontroll-Untersuchungen sein.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen sind nötig

Chronischer nicht tumorbedingter Schmerz entsteht aus einem noch unzureichend geklärten Zusammenwirken von biologischen und – i.d.R. unbewussten – psychischen Vorgängen. Demzufolge können sowohl Schmerzmedikamente als auch die den Menschen innewohnende eigene Schmerzhemmung die Schmerzen verringern bzw. sie gar nicht erst auftreten lassen.

In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass bereits die Kenntnis darüber, ein Schmerzmittel eingenommen zu haben, automatisch zur Auslösung vielfältiger psychischer wie biologischer Schmerzhemmungen führt. Die LONTS zugrunde liegenden Untersuchungen an über 18.000 Patien-

ten mit chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen belegen die Bedeutung dieser eigenen (unbewussten) Schmerzhemmung.

Durch die komplexe Anlage der Studien kann man statistisch nachweisen, dass an der Schmerzlinderung, die bei diesen Patienten durch die Einnahme der Schmerzmittel erzielt wird, die medikamentösen Wirkstoffe nicht einmal zur Hälfte, dagegen die dem Menschen innewohnenden eigene Schmerzhemmung mit bis zu zwei Dritteln beteiligt sind. Die Kombination ist dabei wichtig: Schmerzmittel können als hoch wirksame Auslöser dieser eigenen Schmerzhemmung gelten, die dann zur weiteren Schmerzlinderung beitragen können.

Die Schmerzlinderung durch medikamentöse Wirkstoffe allein liegt häufig unterhalb der Grenze klinischer Bedeutung. Nur wenige Patienten könnten eine allein auf den Wirkstoff zurückzuführende Änderung der Schmerzen überhaupt wahrnehmen.

Aus diesen Ergebnissen kann man den Schluss ziehen, dass in jeder längeren Schmerztherapie neben Medikamenten auch nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Stützung der eigenen Schmerzhemmung eingesetzt werden sollten. Bewegungstherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen haben sich dafür als wirksame Ergänzung erwiesen.



Fazit: Das sollten Sie wissen und beachten

1. Die Schmerzlinderung bei einer Langzeitanwendung von Opioiden bewirkt für sich noch keine klinisch bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität und nimmt mit zunehmender Anwendungsdauer innerhalb von wenigen Monaten deutlich ab. Daher sollten schmerzlindernde nicht medikamentöse Verfahren begleitend angewendet werden. Die Auswahl des Wirkstoffes sollte nach seinen Nebenwirkungen individuell vorgenommen werden, nicht aber in der festen, kaum belegbaren Erwartung einer größeren Schmerzlinderung.

2. Anwendungsversuche mit Opioiden sollen bei chronischen neuropathischen und Gelenk- oder Rückenschmerzen erst dann erwogen werden, wenn medizinische Gründe gegen die weitere Anwendung nicht opioidhaltiger Medikamente vorliegen.

3. Bei allen anderen nicht tumor-bedingten chronischen Schmerzen (z.B. primären Kopfschmerzen, wiederholt attackenartig auftretende Schmerzen, funktionellen und somatoformen Störungsbildern) soll eine Opioidanwendung wegen der zu erwartenden Wirkungslosigkeit und damit unnötiger Belastungen des Patienten nicht vorgesehen werden.

4. Vor Beginn der Langzeitanwendung opioidhaltiger Analgetika sollte bei Vorliegen bekannter Gegenanzeigen (wie z. B. Schwangerschaft oder Kinderwunsch, aktuelle oder frühere Abhängigkeit von Substanzen, psychische Störungen) ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“ in die Therapieplanung einbezogen werden. Eine Beratung durch psychotherapeutisch weitergebildete Fachärzte bzw. psychologische, möglichst auf Schmerz spezialisierte Psychotherapeuten kann ratsam sein.

5. Die Entscheidung über Beginn eines Anwendungsversuchs mit opioidhaltigen Schmerzmitteln soll von Arzt und Patient gemeinsam und erst nach

mündlicher und schriftlicher ärztlicher Beratung getroffen werden. Dabei sollten das weitere Vorgehen in Form von Kontrolluntersuchungen, Regeln zur Verordnung und Anwendung sowie Ziele der Opioidanwendung abgestimmt werden.

6. Ungefähr sechs Wochen nach Anwendungsbeginn opioidhaltiger Schmerzmittel sollen zur weiteren Therapieentscheidung die Selbsteinschätzungen des Patienten zur Schmerzlinderung, Funktionalität und Lebensqualität gegen die Belastung durch Nebenwirkungen sorgfältig abgewogen werden. Interdisziplinäre Beurteilungen des Behandlungsverlaufs, Unterbrechungen der Opioidanwendung und andere diagnostische Maßnahmen (z. B. Urintests) sollten erwogen werden, um den weiteren Behandlungserfolg mit oder ohne opioidhaltige Schmerzmittel zu sichern.

7. Zur Verbesserung der Behandlungssicherheit und der Einschätzung des Behandlungserfolgs sind engmaschig begleitende Untersuchungen und Falldokumentationen unter Mitarbeit des Patienten (z.B. Deutscher Schmerzfragebogen, Schmerztagbuch, Aktivitätenlisten) zu erwägen. Dies soll vor der Entscheidung für eine Langzeitanwendung opioidhaltiger Schmerzmittel, während der mehrwöchigen Einstellungsphase auf die günstigste Dosierung und auch danach an regelmäßigen Kontrollterminen geschehen.

8. Zur Kontrolle der physischen oder psychischen Abhängigkeitssymptome und zur Vermeidung wirkungsloser Daueranwendungen soll nach ungefähr dreimonatiger Anwendungsdauer ein ärztlich kontrolliertes Ausleiten der Opioidanwendung rechtzeitig eingeplant werden. Dies ist nicht der Fall, wenn seit Einnahme des Medikamentes (bei gleichzeitig guter Verträglichkeit) eine unübersehbar deutliche Schmerzlinderung zu verzeichnen ist, die zu nachhaltigen Verbesserungen der Funktionalität und Lebensqualität geführt hat.

9. Chronische nicht tumorbedingte Schmerzen sind eine vielschichtige Gesundheitsstörung, die trotz gleicher Diagnose ganz unterschiedlich auf Medikamente und andere Maßnahmen ansprechen kann. Daher werden die klinischen Empfehlungen in der Leitlinie LONTS nur zusammen mit zeitlich engmaschigen und sorgfältigen Beobachtungen beim einzelnen Patienten zum angestrebten Therapieergebnis führen.

10. S3-Leitlinien wie LONTS ermöglichen Patienten und ihren Ärzten, die individuellen Behandlungsmethoden und -ergebnisse mit solchen aus veröffentlichten Erfahrungen bzw. gut kontrollierten klinischen Studien zu vergleichen und daraus Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen zu ziehen. Sie sind ggf. durch Opioid-bezogene Empfehlungen aus neueren syndromspezifischen S3-Leitlinien zu ergänzen (z. B. Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz; 30.11.10, S. 98 ***).

Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes unterstützt zusammen mit der Internationalen Schmerzgesellschaft IASP die schmerzrelevante Forschung und vermittelt grundlegende und aktuelle Erkenntnisse an Wissenschaftler, Ärzte, Psychologen und Angehörige anderer in der Schmerzdiagnostik, -therapie und -forschung tätigen Berufe mit dem Ziel, die Versorgung von Schmerzpatienten auf objektiv belegten Erkenntnissen zu fördern; www.dgss.org



* Autorenschaft : DGSS Leitlinien Kommission LONTS
Sorgatz, H. (Darmstadt), Reinecke, H. (Darmstadt);
Baron, R. (Kiel), Häuser, W. (Saarbrücken), Hege-
Scheuing, G. (Ulm), Lindena, G. (Kleinmachnow), Maier,
C. (Bochum), Mansmann, U. (München), Radbruch, L.
(Aachen), Schiltenswolf, M. (Heidelberg), Sohn, W.
(Kempten), Stein, C. (Berlin), Tölle, R.T. (München),
Willweber- Strumpf, A. (Göttingen)

** s.: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041-003.html>
(geladen 01.01.11)

***s.: www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl_kreuzschmerz_lang.pdf
(geladen 1.01.11)