

# DER DEUTSCHE SCHMERZ- UND PALLIATIVTAG 2013

24. Deutscher interdisziplinärer Schmerz- und Palliativkongress · Frankfurt/Main · 06. bis 09. März 2013



## DGS-PraxisLeitlinien für eine bessere Schmerzmedizin

Erste PraxisLeitlinie gegen tumorbedingte Durchbruchschmerzen liegt vor / Leitlinien gegen Tumor-, Rücken- und Kopfschmerzen in Entwicklung

**(FRANKFURT, 06. MÄRZ 2013) Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie und die Patientenorganisation Deutsche Schmerzliga präsentieren auf dem 24. Deutschen Schmerz- und Palliativtag in Frankfurt/Main die erste von beiden Organisationen gemeinsam konsentierete „PraxisLeitlinie“ zum Thema „tumorbedingte Durchbruchschmerzen“. Die PraxisLeitlinie Tumorschmerz wird im Laufe der Tagung zur Kommentierung im Internet freigeschaltet, weitere Leitlinien zur Behandlung von Kreuz- und Kopfschmerzen befinden sich in der Entwicklung.**

Die Zahl der Leitlinien in der Schmerztherapie steigt seit Jahren kontinuierlich. Doch von vielen halten die Schmerzmediziner eher wenig. „Die Analysen der verfügbaren Studienergebnisse, die darauf beruhenden Interpretationen und die letztlich resultierenden Empfehlungen entsprechen nicht selten weder unseren praktischen Erfahrungen, noch helfen sie betroffenen Patienten“, kritisiert Priv. Doz. Dr. Michael A. Überall, Präsident der Deutschen Schmerzliga e.V. und Leiter des Instituts für Qualitätssicherung in Schmerztherapie und Palliativmedizin (IQUISP) in Nürnberg.

„Verbinden Leitlinien hingegen wissenschaftliche – also externe – Evidenz mit der praktischen Erfahrung von Ärzten, der sogenannten internen Evidenz, sowie den Erwartungen Betroffener, sind sie gleichwohl sinnvoll und wichtig“, betont Überall. Entsprechend diesen Prinzipien haben die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie und die Deutsche Schmerzliga begonnen im Rahmen ihrer Schmerzoffensive Deutschland, PraxisLeitlinien für die Schmerzmedizin zu entwickeln. „Wir arbeiten dabei methodisch entsprechend internationaler wissenschaftlicher Empfehlungen zur Leitlinienentwicklung“, sagt Überall, „setzen jedoch durch die Konsensverfahren von erfahrenen Schmerztherapeuten und Betroffenen zusätzliche Schwerpunkte für eine patienten- und bedürfnisgerechte Versorgung in der täglichen Praxis“.

**ERSTE PRAXISLEITLINIE PRÄSENTIERT.** Der Therapie tumorbedingter Durchbruchschmerzen ist die erste PraxisLeitlinie von DGS und DSL gewidmet, die nach Abschluss der Entwicklungsarbeiten und der Kommentierungsphase vom 01. bis zum 28. Februar zur Konsentierung frei gegeben wurde und deren Empfehlungen in Frankfurt auf dem Deutschen Schmerztag erstmalig der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Durchbruchschmerzen sind bei Krebserkrankungen ein häufiges Problem. Sie treten spontan oder im Zusammenhang mit einem bestimmten, vorhersehbaren oder nicht vorhersehbaren Auslöser auf, obwohl die Dauerschmerzen konsequent und effektiv behandelt werden. Um diese Schmerzspitzen zu behandeln, werden nicht-retardierte Opiode, bevorzugt ultraschnell wirkende Fentanylpräparate („rapid onset fentanyls“, ROF) eingesetzt, die aufgrund ihrer galenischen Zubereitung und Verabreichung über die Mund- oder Nasenschleimhaut besonders schnell wirken.

Die Leitlinie zur Behandlung von Tumorschmerzen wird ebenfalls auf dem Schmerz- und Palliativtag präsentiert und in den nächsten Tagen zur Kommentierung freigeschaltet, berichtet Dr. med. Dipl. Psych. Johannes Horlemann, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und Leiter der Arbeitsgruppe Palliativmedizin.

**LEITLINIE GEGEN DAS VOLSKLEIDEN KREUZSCHMERZ.** Weit fortgeschritten ist auch die Entwicklung der PraxisLeitlinie medikamentöse Kreuzschmerz-Therapie. Diese Schmerzart ist ein Volksleiden: In westlichen Industrienationen leiden Untersuchungen zufolge 23 Prozent der Erwachsenen chronisch unter Kreuzschmerzen. „So häufig der chronische Rückenschmerz ist, so vielfältig sind auch seine Ursachen“, weiß Überall. Doch nur bei zehn Prozent der Patienten lässt

sich mit den üblichen apparativen Diagnoseverfahren eine spezifische Ursache diagnostizieren, etwa degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule, Entzündungen, Osteoporose oder geschädigte Nervenwurzeln. Bei der Mehrzahl der Patienten können die Ärzte indes keine morphologischen Veränderungen nachweisen. Bei diesen früher fälschlicherweise als „unspezifisch“ bezeichneten Rückenschmerzen spielen Verspannungen der Muskulatur durch Bewegungsmangel, Fehlhaltungen und einseitige Belastung eine große Rolle. „Dies sind alles überaus spezifische Faktoren, die neben Übergewicht, Nikotinkonsum, genetischen Faktoren sowie depressiven Verstimmungen und reaktiven Angststörungen vor allem bei chronischen Rückenschmerzen eine entscheidende Rolle spielen“, sagt der Nürnberger Schmerzmediziner. Allerdings seien diese Faktoren auf Röntgenaufnahmen, CT- oder MRT-Bildern nicht sichtbar. Darum, so Überall, sei es einfach, deren Bedeutung für die Entstehung chronischer Kreuzschmerzen zu ignorieren oder gar zu leugnen. Doch die Behandlungsergebnisse moderner multimodaler Therapiekonzepte stützen die These der „Bilderkritiker“ von den vielschichtigen Ursachen der Rückenschmerzen. Erfolgreich ist die Kombination von Methoden, die gleichermaßen an biologischen, psychischen und sozialen Schmerzursachen ansetzen: Aufklärung/Verständnis, Medikamenten, Bewegung, Sport und psychologisch-verhaltensmedizinische Verfahren.

**BAUSTEIN FÜR BAUSTEIN ANALYSIEREN.** Die DGS-PraxisLeitlinien haben einen modularen Charakter. Zunächst stehen die großen „Therapie-Bausteine“ medikamentöse, nicht-medikamentöse und invasive Therapien auf dem Prüfstand. Diese werden danach in einem weiteren Schritt miteinander verknüpft. Entsprechend diesem Charakter nehmen die Schmerzorganisationen beim Thema „Kreuzschmerz“ zunächst die medikamentöse Behandlung unter die Lupe. Die in Deutschland beliebten Nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) werden auch bei Kreuzschmerzen sehr häufig verordnet. Allerdings sind die Nebenwirkungen dieser Substanzen nicht unerheblich – insbesondere bei chronischer Anwendung. Sie können Magen-Darm-Blutungen verursachen, schädigen die Nieren sowie das Herz-Kreislaufsystem. „Diese Substanzen sollten so kurz wie möglich und nicht länger als 14 Tage eingesetzt werden“, gibt Überall einen Einblick in den – allerdings noch nicht kommentierten und konsentierten – momentanen Stand der Empfehlungen. Deutlich besser beurteilen die Experten u.a. das Schmerzmittel Flupirtin, das im Gegensatz zu vielen muskelentspannenden Mitteln den bei Kreuzschmerzen typischerweise erhöhten Muskeltonus „nur“ normalisiert. Aus diesem und weiteren Gründen schneidet Flupirtin im Vergleich zu anderen Muskelrelaxantien am besten ab und führt die Liste im Modul muskelentspannende Medikamente bereits seit dem letzten Jahr an. Im direkten Vergleich mit dem schwach-wirksamen Opioid Tramadol erwies sich das Medikament in einer unlängst veröffentlichten randomisierten, doppelblinden Studie als gleichwertig, verursachte aber signifikant weniger Nebenwirkungen.

Schwach wirksame Opioide werden eingesetzt, wenn andere Therapieverfahren keine Besserung bringen. „Führen diese binnen drei Monaten zu keiner nennenswerten Besserung, sollte die Behandlung nicht weiter fortgesetzt werden“, meint Überall. Starke Opioide sollten nur von in der Schmerztherapie erfahrenen Ärzten und im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes eingesetzt werden. Die wissenschaftliche Datenlage zu den Opioiden sowie zu Antidepressiva und Antiepileptika in der Rückenschmerztherapie wird in der PraxisLeitlinie ebenfalls aufgearbeitet und mit den praktischen Erfahrungen der Ärzte und Patienten verknüpft.