



DEUTSCHES
KINDERSCHMERZZENTRUM

Opioid-Sucht bei pädiatrischen Patient:innen: **Vorbeugen, Erkennen und Behandeln**

Prof. Dr. Frank Petzke, Schmerzmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
und Michael Printz, Deutsches Kinderschmerzzentrum, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Recklinghausen, 15.03.2024



Interessenskonflikte

Frank Petzke

- Keine finanziellen Interessenskonflikte
- Akademische Interessenskonflikte
 - Leiter einer IMST-Einrichtung (Ambulanz/Tagesklinik)
 - Leitlinienbeauftragter der Schmerzgesellschaft
 - Mitglied der Steuergruppe LONTS Update 1 und 2
 - Autor systematischer Übersichtsarbeiten zu Opioiden bei nicht-tumorbedingten Schmerzen

Michael Printz

- Keine Interessenskonflikte

Agenda

- Opioidkrise in Deutschland
 - Indikation für Opioide
 - Begrifflichkeiten
 - Diagnostik
 - Therapie
-
- Mit vielen Fallbeispielen



Opioidekrise



Vestische Kinder- und
Jugendklinik Datteln
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE



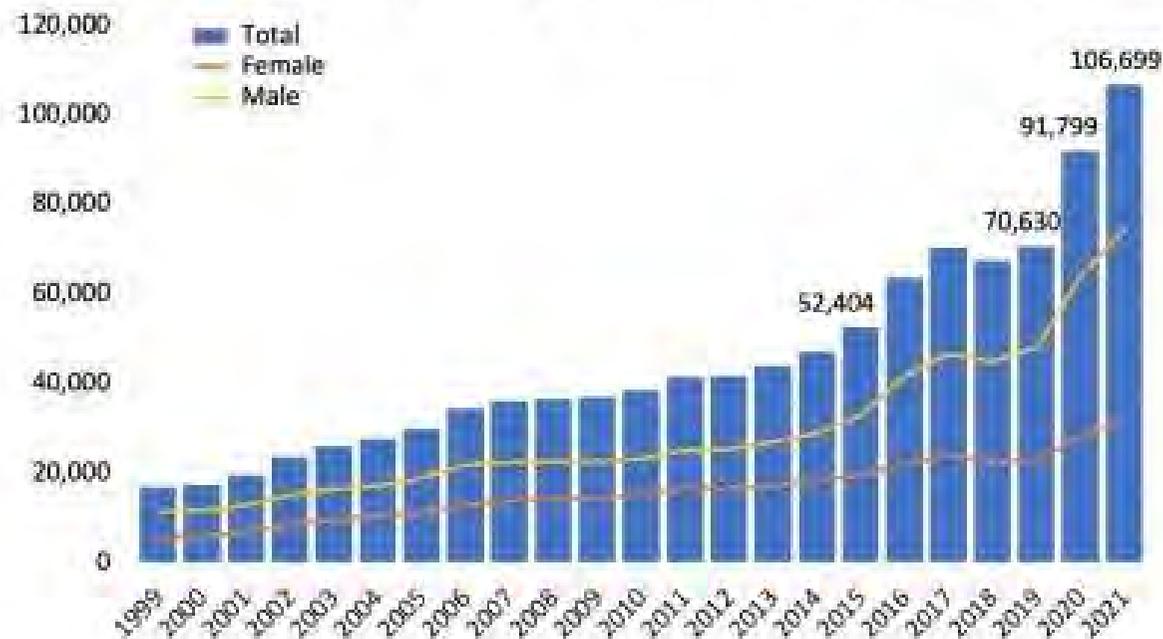
DEUTSCHES
KINDERSCHMERZZENTRUM



Opioidkrise USA



Figure 1. National Drug-Involved Overdose Deaths*, Number Among All Ages, by Gender, 1999-2021

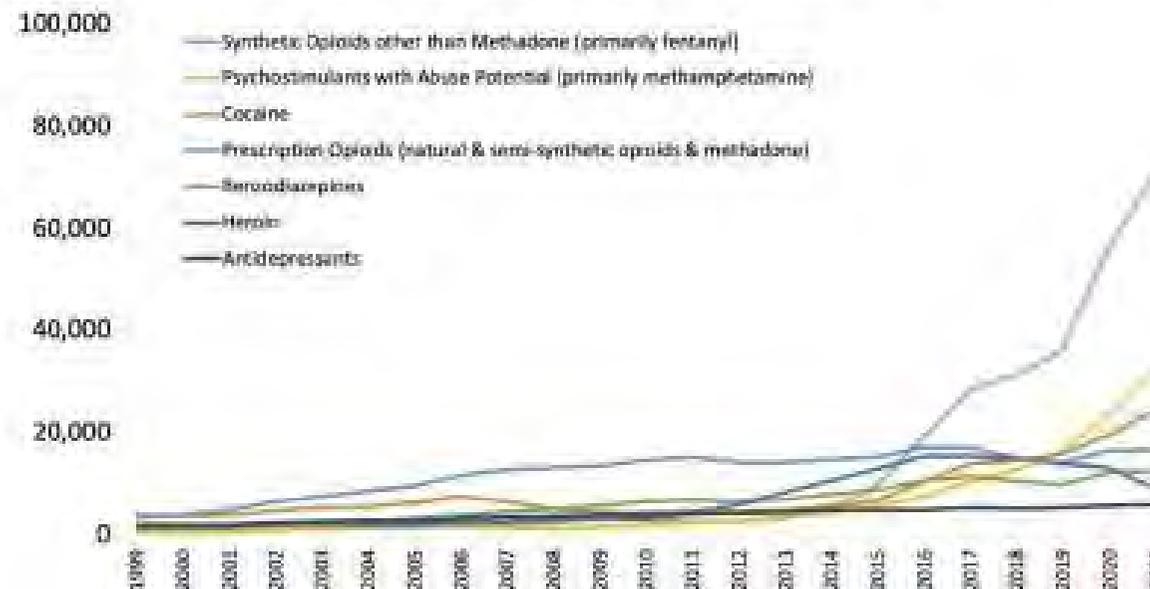


* Includes deaths with underlying causes of unintentional drug poisoning (X40-X44), suicidal drug poisoning (X60-X64), homicidal drug poisoning (X65), or drug poisoning of undetermined intent (Y10-Y14), as coded in the International Classification of Diseases, 10th Revision. Source: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics. Multiple Cause of Death 1999-2021 (66 2021; NCHS Data Brief, released 1/2023).

Opioidkrise USA



Figure 2. National Drug-Involved Overdose Deaths*, Number Among All Ages, 1999-2021

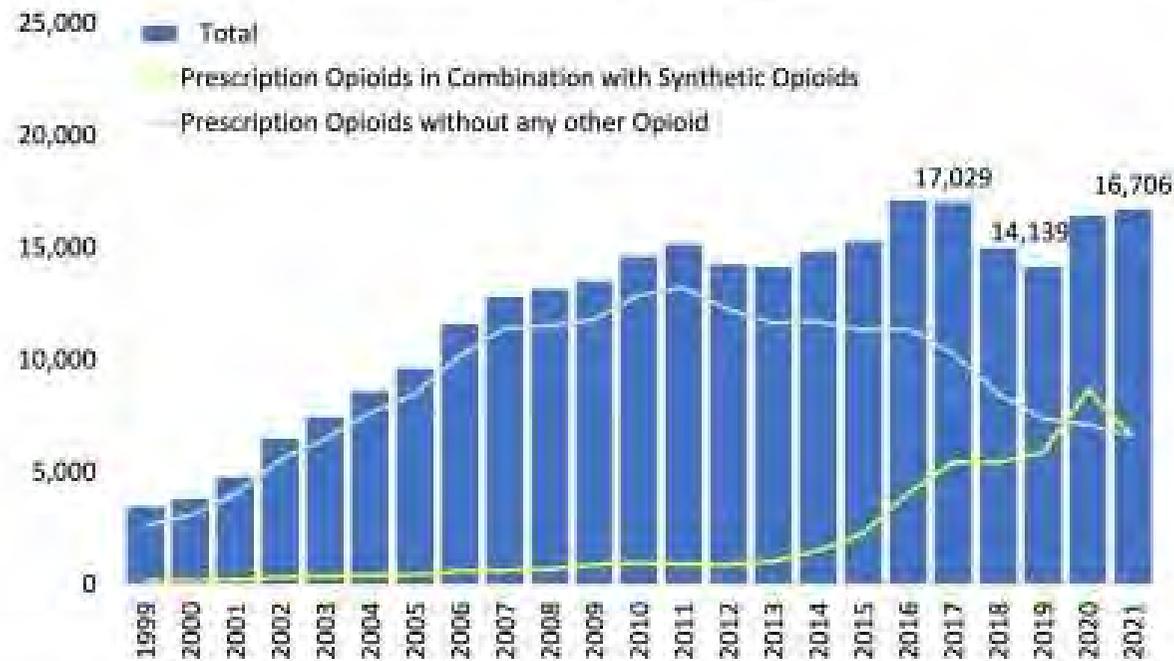


*National deaths with underlying cause of death involving drug poisoning (X40-X44), all drug poisoning (X60-X69), from 2005-4 to poisoning (R65), or drug poisoning (unintentional) (Y10-Y18), as coded in the International Classification of Diseases, 10th Revision. Source: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Multiple Causes of Death 1999-2021 by ICD-10 (NCHS Data Brief #482), released 1/2022.

Opioidkrise USA - verschriebene Opioide



Figure 4. National Overdose Deaths Involving Prescription Opioids*, Number Among All Ages, 1999-2021



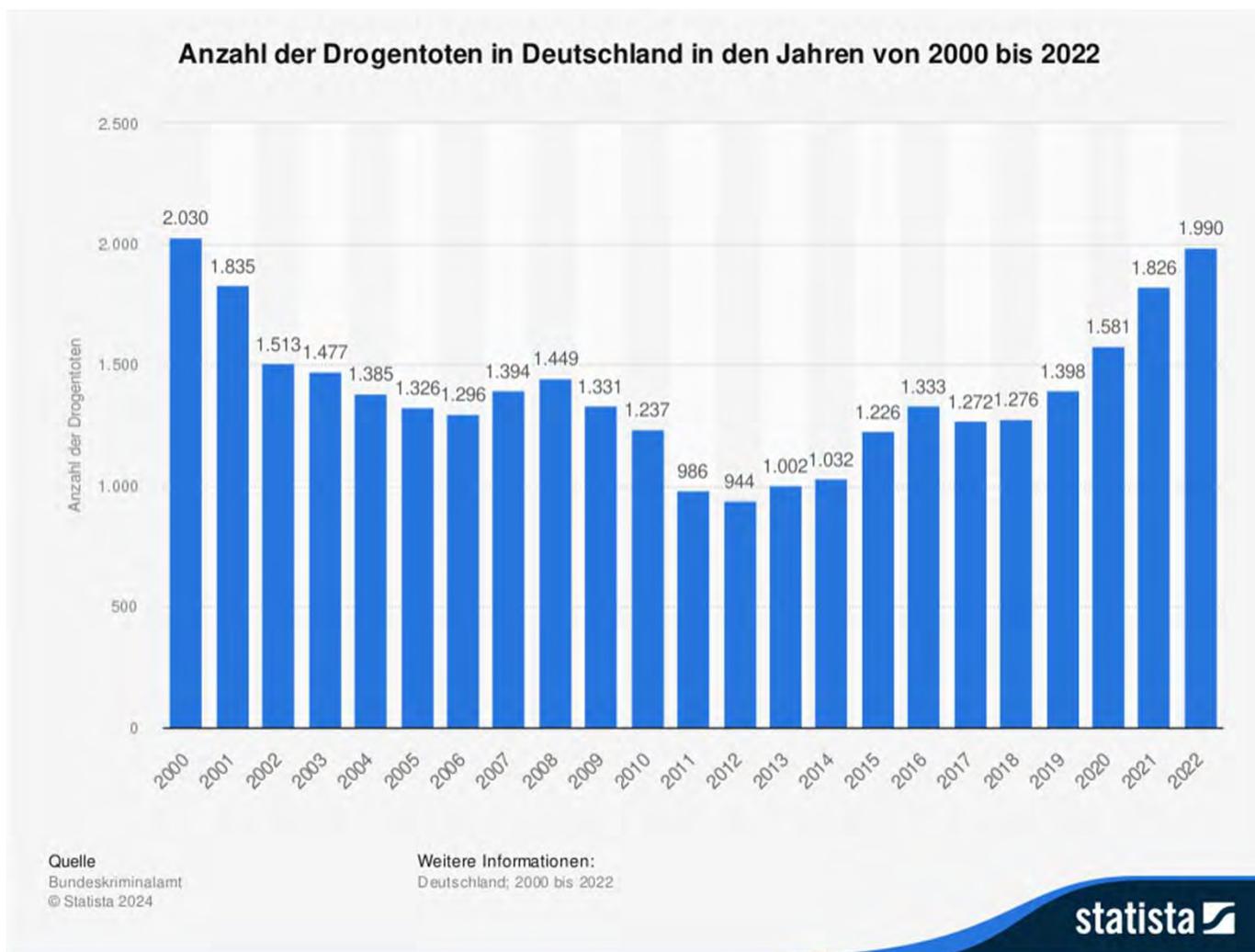
* Among deaths with drug overdose as the underlying cause. The prescription opioid subcategory was determined by the following ICD-10 multiple cause (or death code): natural (non-synthetic) opiates (T40.2) or methadone (T40.1). Source: Center for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Multiple Cause of Death 1999-2021, in CDC WONDER Online Database, released 1/2022.



Ursachen (International)

- Kampagne von Key Opinion Leadern
- “opioidpflichtiger Schmerz” ohne Evidenz
- Übertragung der Erfahrungen der Palliativmedizin “Titration bis Effekt”
- Vernachlässigung des biopsychosozialen Schmerzmodells
- “Passivität”
- Besondere Gründe für Nordamerika:
 - Patienten erwarten “effective drugs”
 - Kommerzielle Aspekte: Direct marketing
 - Profiterwartung der Pharmaindustrie
 - Oxycodon und Purdue
 - “Pain relief as a human right and pain as a fifth vital sign”
 - Opioidquelle für Patienten mit „Nichtmedizinischem Gebrauch von Opioiden“:
Notaufnahme 45% Zahnarzt 27%

Drogentote in Deutschland 2022



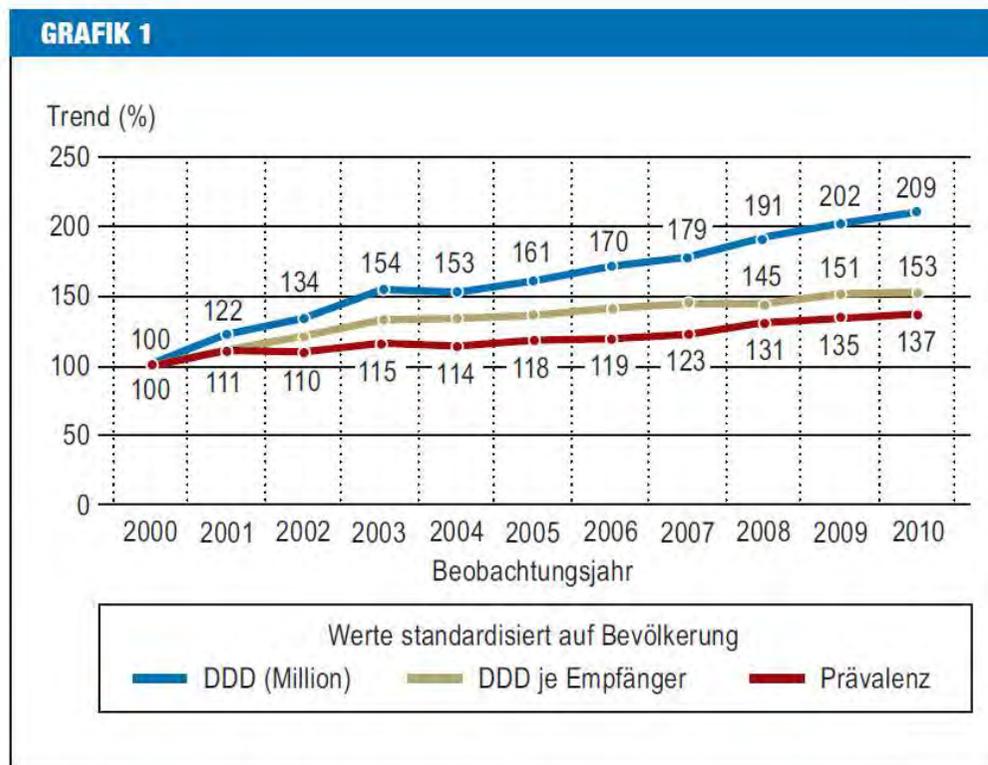


Drogentote in Deutschland 2022

- Insgesamt 1990
- 658 monovalent, 1101 polyvalent
- Monovalent
 - 214 Heroin
 - 113 Substitutionsmittel (107 Methadon)
 - 21 Fentanyl (inkl. Arzneimittel)
 - 10 Sonstige Opioid-Arzneimittel
- Polyvalent
 - 535 Heroin
 - 436 Substitutionsmittel (389 Methadon)
 - 52 Fentanyl (inkl. Arzneimittel)
 - 142 Sonstige Opioid-Arzneimittel



Opioidverbrauch in Deutschland



Opioide 2000–2010*: Veränderungsraten (%) 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.

UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

4,5% aller Versicherten erhielten ein Opioid.

Davon in 2010:

77% für CNTS;

nur 7,5% davon Langzeit (>90 die)

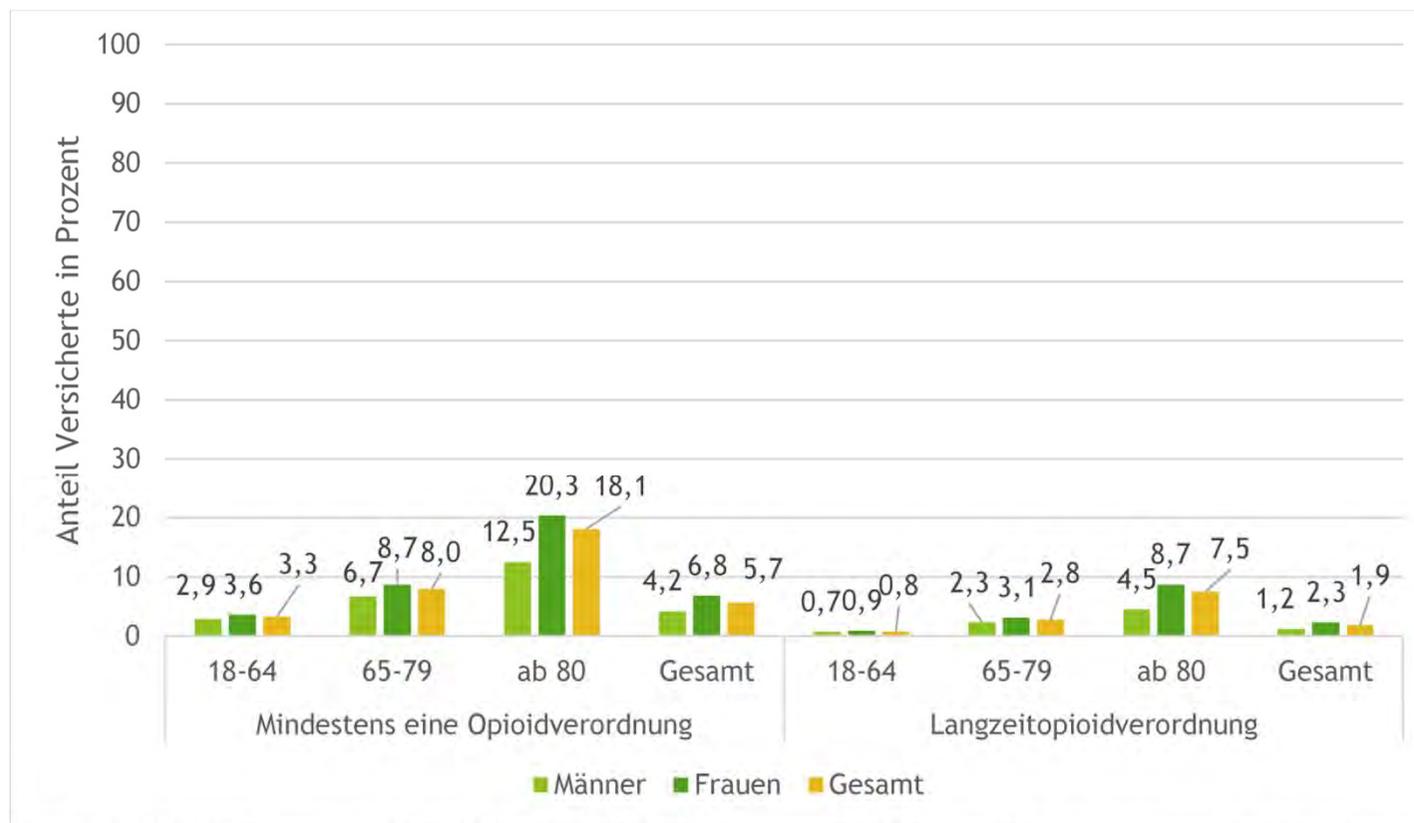
Schubert et al. DÄB 2013



Opioidtherapie Deutschland

- 0,8- 1,3% erhielten Opioiden über mindestens drei Quartale in Folge
- 15,5 % davon ≥ 100 mg, 9,9% ≥ 120 mg MÄQ
- Diese waren assoziiert mit Alter (jünger), Geschlecht (männlich), Schmerz (F45.41 und F45.4)
- 1-Jahres Prävalenz für Missbrauch/Abhängigkeit war 0,008% (C! zeitlicher Zusammenhang)
- Mehr riskante Komedikation, mehr KH-Aufenthalte mit Bezug zur Komedikation bei ≥ 120 mg MÄQ

Opioidverordnungen 2021



Quelle: BARMER-Daten 2020–2021; BARMER-Versicherte 2021 ohne Krebsdiagnose ab 18 Jahre: gesamt n = 6.771.075, Männer n = 2.857.793, Frauen = 3.913.282





Welche Opioide in der Versorgung?

ATC-Kode	Wirkstoff*	Anteil Versicherte mit Langzeittherapie des Wirkstoffs in 2021 in Prozent					
		an allen Versicherten			an Versicherten mit mindestens einmaliger Verordnung dieses Wirkstoffs		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
N02AX01	Tilidin	0,8	0,5	1,0	27,3	24,4	28,7
N02AX02	Tramadol	0,3	0,2	0,3	20,6	19,3	21,2
N02AA05	Oxycodon	0,2	0,2	0,3	34,1	35,2	33,6
N02AB03	Fentanyl	0,2	0,1	0,3	46,7	43,0	47,6
N02AA03	Hydromorphon	0,1	0,1	0,2	44,4	43,8	44,6
N02AX06	Tapentadol	0,1	0,1	0,1	37,3	37,2	37,3
N02AE01	Buprenorphin	0,1	0,0	0,1	28,9	31,7	28,1

Etwa 88 % der Verordnungen erfolgen Hausärzte,
Etwa 10 % über Anästhesisten, in 17 % bei Patientinne bis 65 Jahre

Indikation



Vestische Kinder- und
Jugendklinik Datteln
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE



DEUTSCHES
KINDERSCHMERZZENTRUM





Opioidmythen

Nutzen

- Hohe und universelle Wirksamkeit (Potenz)
- Keine Organtoxizität
- Man muss nur die richtige Dosis finden
- Und die kann hoch sein

Risiken

- Sucht und Missbrauch
- Tödliche Überdosis
- Morphinismus
- Wirkverlust/Toleranz
- „dämpfend“
- „euphorisierend“





POINT Studie in Australien 2015

- Was wissen wir über unsere CNTS-Patienten, die längere Zeit Opiode einnehmen?
- Prospektive Kohortenstudie
- N=1514
- Ø 10 Jahre Schmerzen
- Ø 4 Jahre Opioidtherapie

2002 bis 2011 stieg die Zahl der Todesfälle durch verschriebene Opiode in Australien:

1.7 fach von 151 auf 266/Jahr
oder
von 0.78 auf 1.19 Todesfälle/100,000

Hoher Anteil Oxycodon

Research Paper

PAIN

The Pain and Opioids IN Treatment study: characteristics of a cohort using opioids to manage chronic non-cancer pain

Gabrielle Campbell^{a,*}, Suzanne Nielsen^{a,b}, Raimondo Bruno^{a,c}, Nicholas Lintzeris^{b,d}, Milton Cohen^e,
Wayne Hall^f, Briony Larance^a, Richard P. Mattick^g, Louisa Degenhardt^{a,g,h,i}

- 1868 Apotheken waren bereit Patienten anzufragen
- Selbstauskunft der Patienten über 2-3 Jahre



Was kann uns die POINT-Studie sagen?

Real-life-Population:

- 10% mit Äquivalenzdosis > 200 mg Morphin/die
- $\frac{2}{3}$ der Personen war arbeitslos bzw. erhielten Sozialhilfe
- $\frac{1}{2}$ hatte ein Einkommen auf dem Niveau der Arbeitslosenhilfe
- 80% multilokuläre Schmerzen
- 50% Depression
- 65% Benzodiazepine
- 50% erzählten von Vernachlässigung/ Missbrauch in der Kindheit
- 30% probl. Alkoholgebrauch

Praxis der Opioidtherapie



2. Aktualisierung der Leitlinie LONTS 2020

Leitlinie

Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS), 2. Aktualisierung, 2020

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 145/003
--------------------------	-------------

Herausgeber



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

In Zusammenarbeit mit



Vestische Kinder- und
Jugendklinik Datteln
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE





LONTS-Kernaussagen 2020

- Wirkungsnachweise der Opioide bei CNTS bleiben überschaubar
- Keine „signifikanten“ Unterschiede zwischen Opioiden
- Aber klinisch relevante inter- und intraindividuelle Unterschiede
 - - Rationale für Opioidrotation bei NW/fehlender Wirkung
- Partizipative Entscheidungsfindung
 - - Festlegung individueller Ziele
- Mit Fortführung der Therapie NUR bei Respondern
 - - „Relevante Wirkung bei akzeptablen Nebenwirkungen“
- Regelmäßige Betreuung
 - - Reduktion/Absetzen immer wieder kritisch prüfen
 - - Au
- Therapie von Kindern nur in Ausnahmefällen!



Fall 1 Stimmt (?)

- Erstkontakt 1993
25 Jahre alte Pat. Mit DM Typ und schwerer sensorischer PNP, Brennschmerz in Füßen und Händen
Lange Jugendpsychiatrische und später psychosomatische Behandlung, niedrige Compliance
- Vorbehandlung mit Buprenorphin s.l.
- Umstellung auf 2 x 30 mg Morphin retard, 10 mg Morphin bei Bedarf 1x/Tag
- Guter Effekt, Erhalt der Arbeitsfähigkeit, initial Postzusszellung, später im Lager
- 2003 2 x 60 mg Morphin ret., kein Bedarf mehr
- Diverse Koanalgetika, Reduktionsversuch, aber Opioide weiter
- 2014 Berentung
- 2015 Umstellung auf 2 x 8 mg Palladon bei Wirkverlust
- Leider kein Kontakt mehr.....

Indikation Opioide



Empfehlung	
<p>3.1-1</p> <p>Bei der Indikationsstellung und Verordnung von Opioiden soll bei den folgenden Konstellationen besonders auf die Entwicklung eines schädlichen Gebrauchs / einer Abhängigkeit geachtet werden:</p> <ul style="list-style-type: none">• jüngeres Lebensalter (20-40 Jahre),• männliches Geschlecht,• Diagnosen psychischer Störungen (z.B. depressive Störungen, somatoforme Schmerzstörung),• gleichzeitige Verschreibung von Tranquilizern,• Hochdosisopiooidtherapie (> 120 mg Morphinäquivalent / Tag). <p>Basierend auf [34, 36, 49, 53, 59, 60] Abstimmungsergebnis: 97 %</p>	<p>↑↑</p>

Begrifflichkeiten



FALL SO NICHT .

- Erstkontakt 2013
50 Jahre alte Pat. mit chronisch lumbosakralem Rückenschmerz bei Z.n. BSV L4/5 rechtsbetont mit Revision 2006 und BSV L5/S1 2008
- Seit 2009 Dauerschmerz Rücken, multimodale Therapie mit Einstellung auf Fentanyl 12 µg/h mit sehr gutem Effekt
- Bis 2010 Steigerung auf 100 µg/h und dann 150 µg/h
„Notfallmäßige“ Behandlung wegen Überdosierung
- Weiter 100 µg/h, arbeitslos/AU im Verlauf 2011
- Kommt mit hoher Motivation zur Opioidreduktion
- Ambulant auf 25 µg/h, der Rest dann in der Tagesklinik
- Gute körperliche Stabilisierung, erfolgreiche Aufnahme der Beruflichen Reintegration, fährt wieder Rennrad.

Begrifflichkeiten

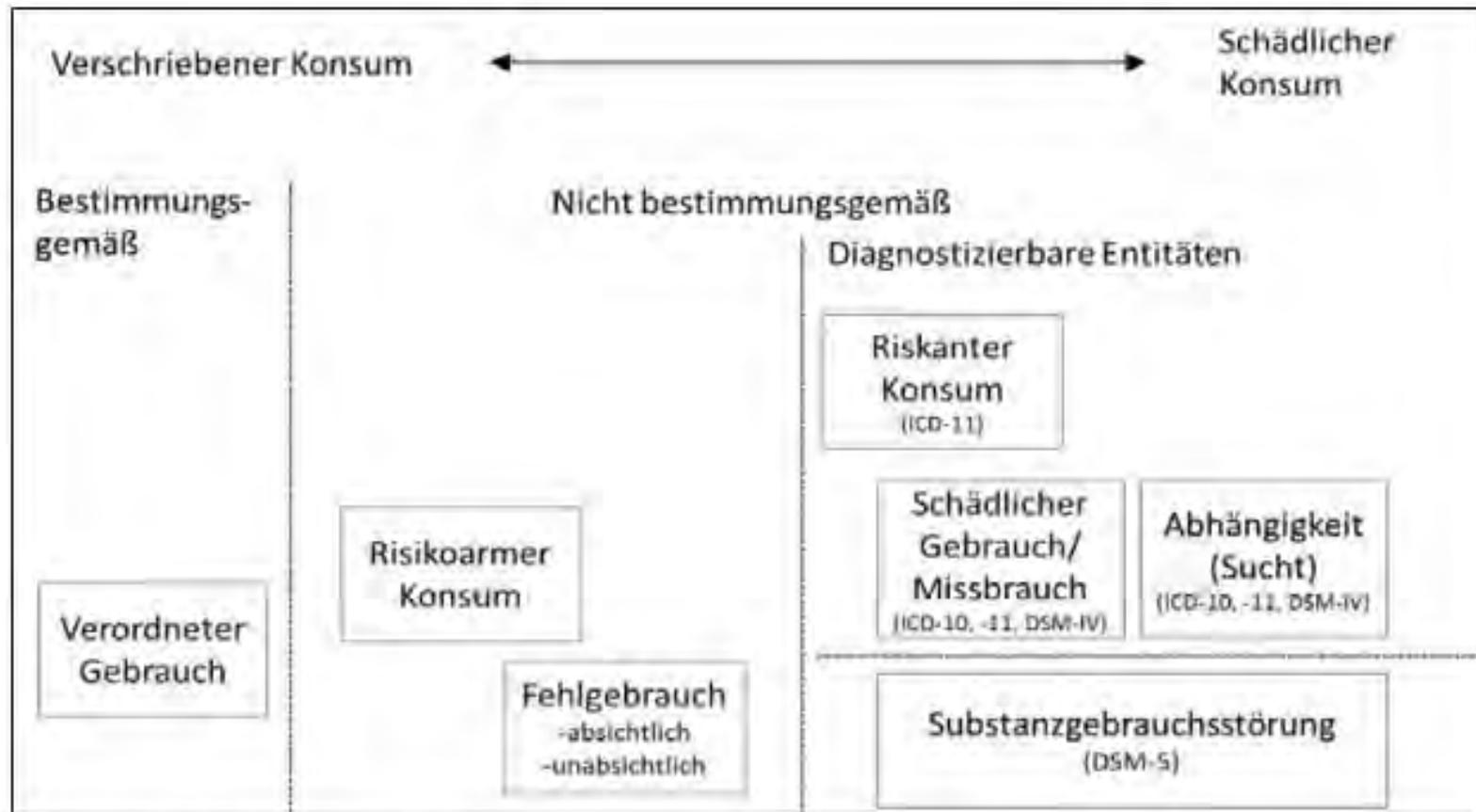


Abbildung 1 Überblick Begrifflichkeiten





FALL 3 SO NICHT .

- **Erstkontakt 10/2013**
- Mittelfußknochen-5-Basis-Fraktur rechts 12/08, Zug-gurtungsosteosynthese 01/09, Re-Osteosynthese 03/09, Teilarthrodese der Fußwurzel/TMT-Gelenke 4 und 5 12/12, Wundheilungsstörung mit Wundinfekt
- Diclofenac ret. 100 mg bei Bedarf, AU seit 12/2012
- Einstellung auf Tapentadol 2x50 mg, psychologische Dx. opB
- Umstellung auf Buprenorphin erst sl, dann Pflaster 20 µg/h, Mitte 2014 auf 35 µg/h
- Wiederaufnahme Arbeit, Gehstrecke verbessert
- Stabile Umstellung auf Fentanyl 50 µg/h Ende 2014



Begrifflichkeiten ICD 10/11

Definition Schädlicher Gebrauch

ICD 10 (F1x.1):

Ein Konsummuster, das physische oder psychische Gesundheitsschäden, jedoch keine Abhängigkeit hervorruft.

ICD-11:

Ein über einen Monat kontinuierlich auftretendes oder innerhalb eines Jahres episodisch auftretendes Gebrauchsmuster, das einen tatsächlichen Schaden der psychischen oder physischen Gesundheit infolge der Intoxikation, der direkten und indirekten toxischen Effekte oder der schädlichen Art der Substanzaufnahme verursacht oder zu einem Verhalten geführt hat, das die psychische und/oder physische Gesundheit anderer geschädigt hat, aufgrund dessen aber keine Abhängigkeit infolge des Substanzkonsums vorliegt. ergänzt dies dahingehend, dass dieses Konsummuster während eines Monats kontinuierlich bzw. innerhalb eines Jahres episodisch aufgetreten sein muss und einen tatsächlichen Schaden der psychischen oder physischen Gesundheit der einnehmenden Person oder betroffener Dritter geführt hat. Es besteht aber keine Abhängigkeit.



Begrifflichkeiten ICD 10/11

Diagnostische Kriterien der **Abhängigkeit** (F1x.2) nach ICD-10:

1. Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung bzw. Reduktion des Konsums
4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher oder psychischer Art, wenn der Konsument sich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder zumindest davon auszugehen ist.

Nach ICD-10 müssen drei der Kriterien innerhalb eines Einjahreszeitraums immer wieder oder während eines Einmonatszeitraums erfüllt sein. Eine körperliche Abhängigkeit liegt bei Erfüllung von Kriterien 3 und/oder 4 vor.



Begrifflichkeiten ICD 10/11

Diagnostische Kriterien der **Abhängigkeit** (F1x.2) nach ICD-11:

Eine Abhängigkeit liegt vor, wenn die folgenden Kriterien im Verlauf der letzten 12 Monate oder bei kontinuierlichem Konsum innerhalb eines Monats vorliegen :

1. Ein starker innerer Drang oder Craving, Substanzen zu konsumieren
2. Eine eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums
3. Priorität des Konsums gegenüber anderen Tätigkeiten
4. Anhaltender Konsum trotz einer eingetretenen Schädigung oder negativer Folgen
5. Eine Toleranz gegenüber den Auswirkungen der Substanz
6. Entzugssymptome nach Beendigung oder Verringerung des Konsums oder der anhaltende Konsum, um Entzugssymptome zu verhindern oder zu lindern.

Übersetzung und Gliederung auf der Basis des von der WHO verabschiedeten Textes z. B. für Opioiden (eine Vorgabe der erforderlichen Anzahl von Kriterien ist nicht veröffentlicht).

Diagnostik



Diagnostik - Opioide

- Nicht-spezifische Hinweise für Fehlgebrauch
- wechselnde Schmerzlokalisationen, multilokuläre Ausbreitung (Generalisierung) der Schmerzen, Transformation des Primärschmerzes unter laufender Therapie
 - Opioid-induzierte Hyperalgesie (Tendenz zur Schmerzausbreitung, Erhöhung der Schmerzempfindlichkeit und Opioidresistenz)

- Nicht-spezifische Hinweise für Abhängigkeit
- hoher Ruheschmerz sowie Diskrepanz zwischen Schmerzangabe und Verhalten
 - Fordern eines bestimmten Opioids, speziell von kurzwirksamen und/oder schnell anflutenden Opioiden
 - Opioideinnahme überwiegend zur Symptomlinderung (Distress, Unruhe, Angst, Depression, Schlafstörung)

Diagnostik - Opioide



- Spezifischere Hinweise auf Abhängigkeit
- anhaltender Widerstand gegen Änderungen der Opioidtherapie trotz
 - Wirkungslosigkeit und/oder Symptomen einer ärztlich unerwünschten psychotropen Wirkung (Euphorie, Sedierung, Angstlinderung)
 - psychotroper (zumeist dosisabhängiger) Nebenwirkungen (Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen)
 - Injektion oraler / transdermaler Verabreichungsformen
 - Intravenöse und orale Anwendung transdermaler Systeme
 - Rezeptfälschungen
 - Stehlen / Borgen von Opioiden
 - nicht-plausibles Horten von Opioiden
 - (häufiger) Verlust von BtM-Rezepten





Diagnostik - Opioide

Empfehlung	
<p>3.1-4</p> <p>Bei der Diagnosestellung der Opioidabhängigkeit soll beachtet werden, dass das Auftreten eines Entzugssyndroms oder einer Toleranzentwicklung ohne Vorhandensein eines Zwangs oder Drangs die Substanz zu konsumieren und ohne Kontrollverlust bei einer wegen Schmerzen oder anderen somatischen Gründen indizierten Opioidverschreibung in der Regel nicht als Kriterium für eine Abhängigkeitserkrankung zu werten ist.</p> <p>Klinischer Konsenspunkt</p> <p>Abstimmungsergebnis: 96 %</p>	<p>↑↑</p>





Fallbeispiel Junge Erwachsene

JUNGE FRAU, 20 JAHRE, ERSTKONTAKT 08/2018

Hauptdiagnosen

- Chronische Schmerzstörung
- Verkehrsunfall mit Polytrauma (2016)
 - Schweres Schädel-Hirn-Trauma mit diffuser axonaler Schädigung
 - Nervenwurzelausriss C5-C8 links
 - Schädigung N. radialis (Humerusfraktur)
- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (seit 2018)



Medikamentöse Schmerztherapie (im Hause)

Oxycodon retard 4 x 20 mg
Oxycodon retard 1 x 10 mg morgens + ggf. 1 x 10 mg abends

Bedarf:

Oxycodon akut 2 x tgl. 5 mg
Tagesdosis Oxycodon max. 110 mg/d

Komedikationen (im Verlauf):

Lorazepam 1 mg (regelmäßig seit 2019)

Duloxetin

Pregabalin



Medikamentöse Schmerztherapie

Oxycodon retard 4 x 20 mg
Oxycodon retard 1 x 10 mg morgens

Tagesdosis Oxycodon max. 90 mg/d

Komedikationen (im Verlauf):

Lorazepam 1 mg (regelmäßig seit 2019)

Duloxetin

Pregabalin



Fallbeispiel Junge Erwachsene

JUNGE FRAU, 20 JAHRE, 2. KONTAKT 2019

Hauptdiagnosen

- Chronische Schmerzstörung
- Verkehrsunfall mit Polytrauma (2016)
- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (seit 2018)
- V.a. emotional instabile Persönlichkeitsstörung (seit 2019)



Medikamentöse Schmerztherapie (nach 2019)

NUR NOCH TELEFONISCHE RÜCKMELDUNGEN

- Q1 2019: Differenz zw. Oxycodon-Verordnung und Einnahme Mehreinnahme von ~ 30 mg/d über mind. 3 Monate
- Q3 2019: stationäre Entzugsbehandlung abgebrochen; lehnte offiziell Umstellung auf medizinisches Cannabis ab.
- Q1 2022: Komplexes Störungsbild:
 - Chronische Schmerzstörung
 - Opiatmissbrauch (maximale TD bis 400 mg Oxycodon)
 - Unklare neurologische Komplikationen mit Krampfanfällen
 - Regelmäßiger Einsatz von Benzodiazepinen

Diagnostik



- Spezifischere Hinweise auf Abhängigkeit
- anhaltender Widerstand gegen Änderungen der Medikation trotz Wirkungslosigkeit und/oder Symptomen einer ärztlich unerwünschten psychotropen Wirkung (Euphorie, Sedierung, Angstlinderung)
 - psychotroper (zumeist dosisabhängiger) Nebenwirkungen (Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen)
 - Injektion oraler / transdermaler Verabreichungsformen
 - Intravenöse und orale Anwendung transdermaler Systeme
 - Rezeptfälschungen
 - Stehlen / Borgen von psychotrop wirksamen Arzneimitteln, wie z.B. Opioiden, Benzodiazepinen
 - nicht-plausibles Horten der Medikamente

- verheimlichter/abgestrittener Bezug über weitere Ärzt*innen
- verschwiegener Konsum von weiteren psychotropen Substanzen einschließlich zusätzlicher Medikamente der verordneten gleichen pharmakologischen Gruppe
- häufiger Verlust von Rezepten
- Fordern eines parenteralen Verabreichungsweges
- Handel von psychotrop wirksamen Arzneimitteln mit Dritten
- Kontrollverlust (z.B. wiederholte Episoden von Dosiserhöhungen oder zunehmend bedarfsgesteuerte Einnahme trotz klarer Absprache/Warnung, deutliche unmittelbare negative Folgen der Medikamenteneinnahme im privaten und sozialen Umfeld)
- Zwanghafter Gebrauch

Therapie



Vestische Kinder- und
Jugendklinik Datteln
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE



DEUTSCHES
KINDERSCHMERZZENTRUM



universität
Witten/Herdecke

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3.1-16 Besteht eine Opioidabhängigkeit (Kapitel 1.4 Diagnostik), die als unerwünschte Wirkung schmerztherapeutisch verschriebener und erworbener Opiode auftritt und werden die Opiode missbraucht, im Sinne einer beabsichtigten, ständig oder sporadisch erhöhten Verwendung einer Dosis, oberhalb der ärztlich verordneten Menge mit körperlichen und/oder psychischen Folgen, soll folgende Hierarchie an Therapieoptionen angeboten werden:</p> <p>(1) Opioiddosisreduktion/-entzug im Rahmen einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (Schmerztherapeutische Einrichtung).</p> <p>(2) Qualifizierter Entzug in einer suchtmmedizinischen psychiatrischen Einrichtung mit nahtlos anschließender Postakutbehandlung, insbesondere bei psychischer Komorbidität.</p> <p>(3) In seltenen Fällen (Notwendigkeit einer analgetischen Therapie mit Opioiden bei anhaltendem Abhängigkeitssyndrom mit Missbrauch der Opiode trotz optimierter Schmerz- und suchtmmedizinischer Behandlung): Fortführen der Opioidtherapie als Schmerztherapie mit suchtmmedizinischer Begleitung.</p> <p>(4) Bei weiterhin bestehender Abhängigkeitserkrankung mit anhaltendem Opioidmissbrauch und negativen psychosozialen Folgen und nach Versagen zumindest der unter 1-2 genannten angemessenen suchtmmedizinischen und schmerztherapeutischen Maßnahmen zur Begrenzung des unkontrollierten Gebrauchs soll die Indikation für eine Substitutionsbehandlung gemäß §5 BtMVV geprüft werden. Die Substitutionsbehandlung soll schmerzmedizinisch begleitet werden.</p> <p>Klinischer Konsenspunkt Abstimmungsergebnis: 97 %</p>	

Medikamentöse Begleitung eines Schmerztherapeutischen Entzugs:

Clonidin

Antidepressiva
(Amitriptylin, Doxepin)

Opioidrotation mit Dosisreduktion
(z.B. Morphin)

Ggfs. Buprenorphin





Fallbeispiel Pädiatrie

JUNGE, 16 JAHRE, ERSTKONTAKT 10/2015

Hauptdiagnosen

- Maligner peripherer Nervenscheidentumor
N. ischiadicus links (ED 08/2013)
 - Tumorteilresektion (08/2013)
 - Bestrahlung (09-10/13)
- 2 Lokalrezidive (03 + 06/14):
 - Hüftgelenksexartikulation (07/14)
 - Re-Bestrahlung (09-10/14)
- Multifokales Rezidiv:
 - Stumpf- und Anogenitalregion
 - Knochenmetastasen

Nebendiagnosen

- Chronische Schmerzstörung
 - Phantom- und Amputationsschmerzen
 - Metastasenschmerzen (nozizeptiv und neuropathisch)
- Periphere Neuropathie
- Medikamentenfehlgebrauch / -abhängigkeit
- Immobilität
- Obstipation
- Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion



Medikamentöse Schmerztherapie (Aufnahme)

Metamizol	2 x 1.000 mg
Diclofenac	2 x 50 mg
Fentanyl-Pflaster	250 µg/h (Wechsel alle 72 h)

Bedarf:

Fentanyl nasal	500 µg / Sprühstoß (max. alle 2 h, 2. Hub nach 30 Min. möglich)
Fentanyl s.l.	200 µg (max. alle 6 h)

Amitriptylin	1 x 100 mg
--------------	------------



Medikamentöse Schmerztherapie (Entlassung)

Metamizol	erhöht	4 x 1.000 mg
Diclofenac	abgesetzt	
Fentanyl-Pflaster	reduziert	150 µg/h (Wechsel alle 72 h)
Ibuprofen	angesetzt	4 x 600 mg

Bedarf:

Fentanyl nasal	reduziert	100 µg / Sprühstoß (keine Sperrzeit)
Fentanyl s.l.	abgesetzt	

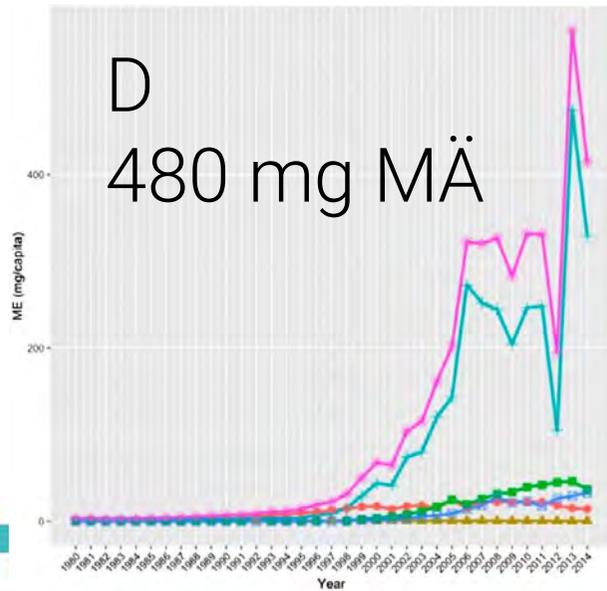
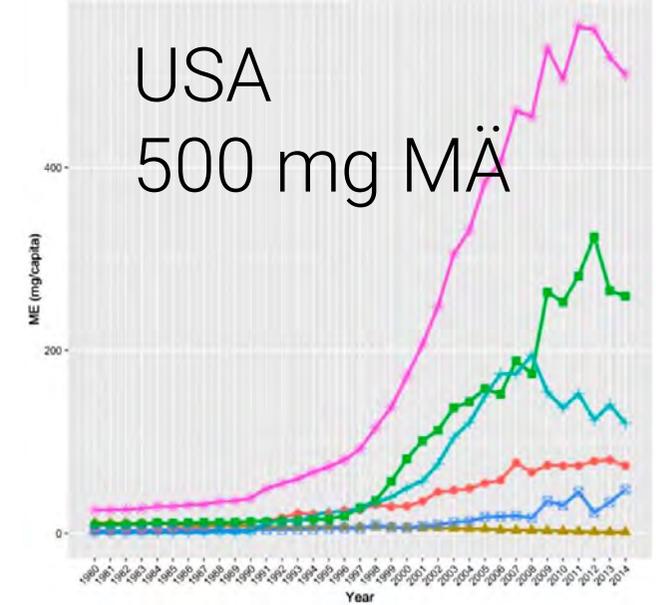
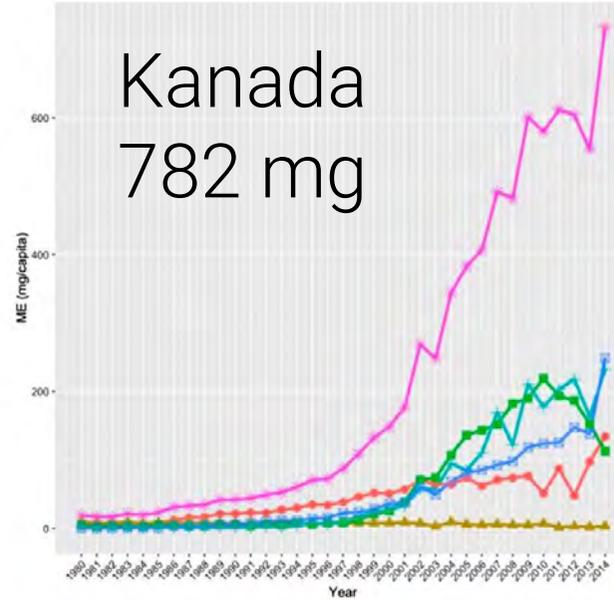
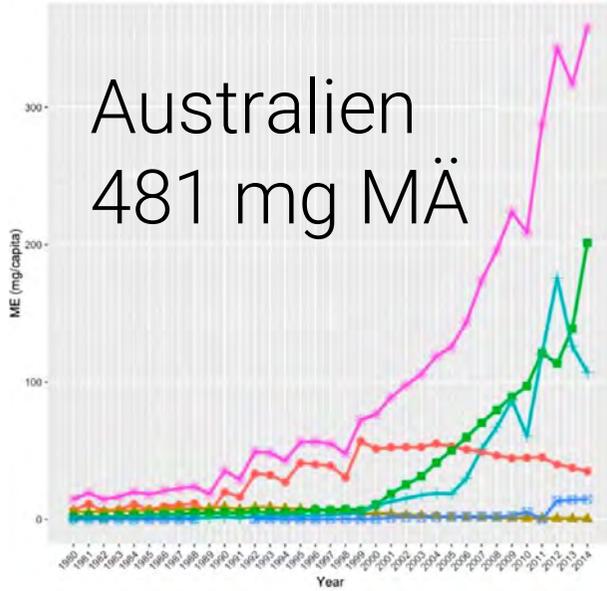
Amitriptylin	reduziert	1 x 25 mg
--------------	-----------	-----------



Noch Zeit für Ihre/Eure Fragen



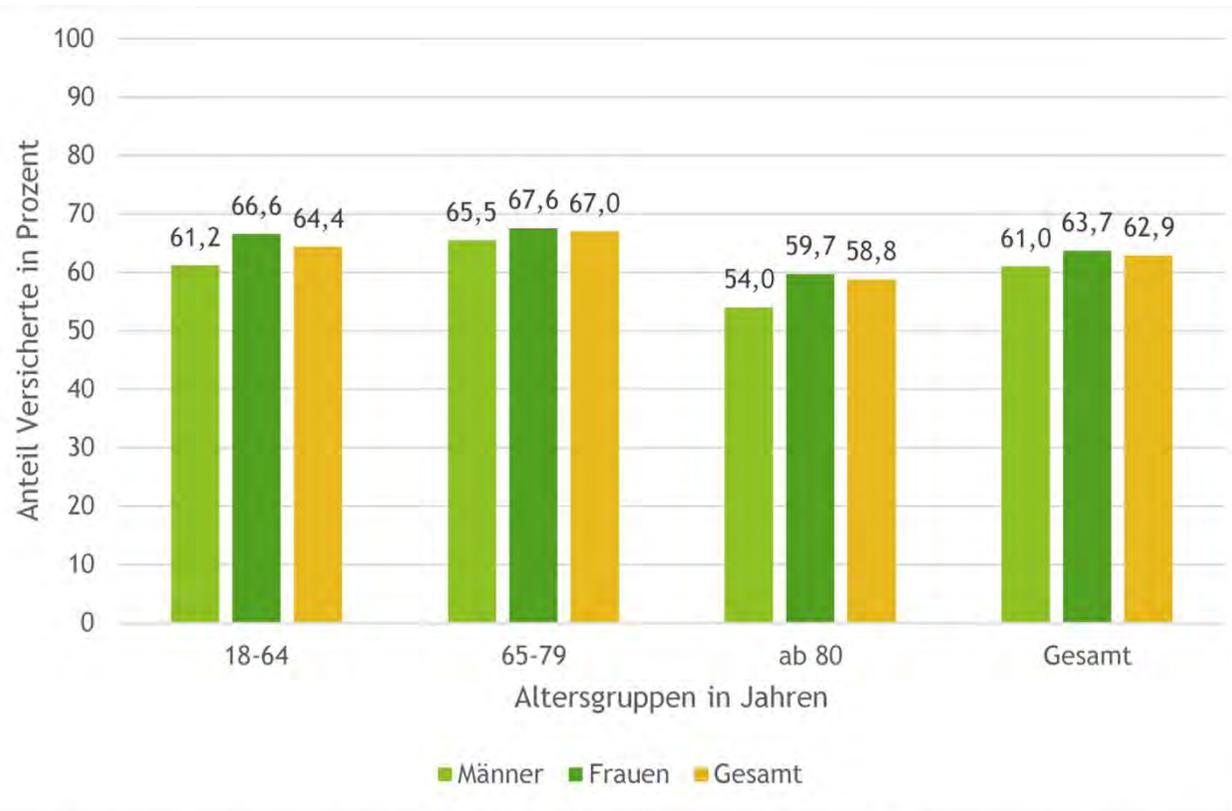
Mögliches weiteres Material



Sources: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data
By: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2015



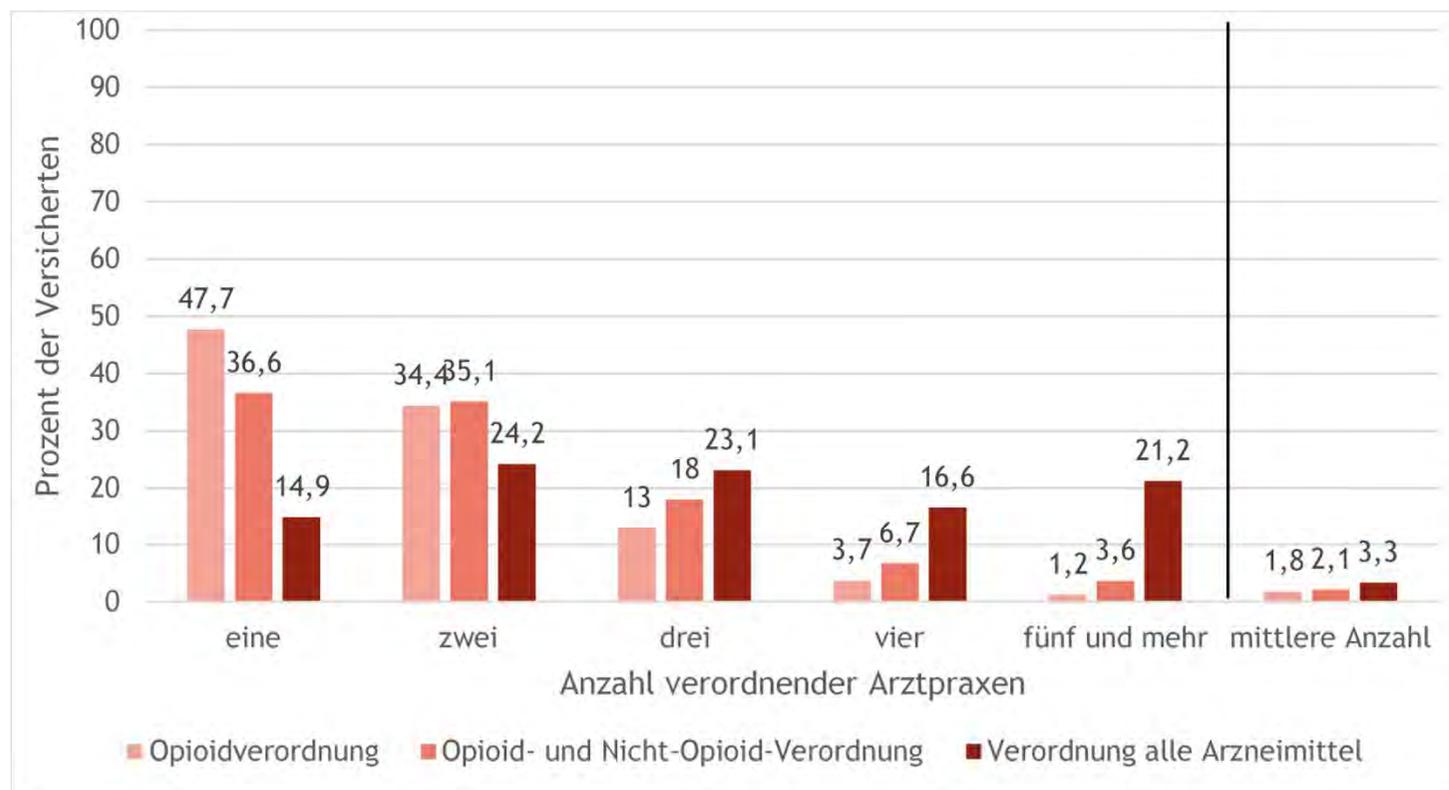
Anteil Langzeitverordnung > 5a



Quelle: BARMER-Daten 2017–2021; BARMER-Versicherte 2021 ohne Krebsdiagnose ab 18 Jahre mit Langzeittherapie von Opioiden in 2021, durchgängig versichert 2017 bis 2021, Altersgruppe 18–64 n = 33.753, 65–79 n = 33.829, 80+ n = 44.778, gesamt n = 112.360



Anzahl verordnende Praxen



Quelle: BARMER-Daten 2017-2021; BARMER-Versicherte ohne Krebsdiagnose ab 18 Jahre mit Langzeitopioidthherapie im ersten Jahr ab Inzidenz in 2019, durchgängig versichert 2017 bis 2021, gesamt n=12.690, Männer n=3.768, Frauen n=8.922



Diagnostik



Nicht-spezifische Hinweise für Fehlgebrauch	<ul style="list-style-type: none">▪ Einnahme trotz geringer bis fehlender Wirksamkeit▪ Fehlgebrauch, der trotz Aufklärung, Absprache und engerer ärztlicher Anbindung anhält, ist ein möglicher Hinweis auf einen schädlichen Gebrauch/Abhängigkeit
---	--

Nicht-spezifische Hinweise für Abhängigkeit	<ul style="list-style-type: none">▪ nicht abgesprochene Dosiserhöhungen▪ Drängen auf Dosiserhöhung ohne Verbesserung der Symptome/Funktion oder trotz Zunahme der Nebenwirkungen▪ wiederholte Unzuverlässigkeit (Unpünktlichkeit, Nicht-Erscheinen) oder mangelnde Compliance▪ verschwiegene Einnahme von Substanzen mit Suchtpotential (Diskrepanzen beim Drug-Monitoring)▪ Drängen auf Verschreibung weiterer psychotroper Substanzen▪ Veränderung der verabredeten Einnahmeintervalle, eigenständige Anpassung nach Bedarf▪ Abwehr von Therapieänderungen▪ Wesensveränderungen unter der Therapie (z.B. Impulskontrollstörungen) und andere neue psychische Symptome▪ Missbrauch anderer Substanzen zu psychotropen Zwecken▪ Zunahme von Depressivität, Angststörung, Albträumen unter Therapie
---	---