

Schmerz 2020 · 34:438–442
<https://doi.org/10.1007/s00482-020-00493-7>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2020



Michael Zenz

Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Wie lange dauert eine Langzeitanwendung?

Leserbrief zu

Häuser W, Bock F, Hüppe M, Nothacker M, Norda H, Radbruch L, Schiltenswolf M, Schuler M, Tölle T, Viniol A, Petzke F, Koautoren für die Konsensusgruppe der 2. Aktualisierung der S3-Leitlinie LONTS (2020) Empfehlungen der zweiten Aktualisierung der Leitlinie LONTS. Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen. Schmerz 34:204–244. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00472-y>

Vor nicht einmal 40 Jahren mahnte ein Vizepräsident der DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes): „Morphinpräparate i. d. R. nicht länger als 3 Wochen verordnen“ [49]. Da war es fast ein Tabubruch, als Portenoy und Foley als erste veröffentlichten, dass man Patienten auch ohne Tumordiagnose über mehrere Jahre mit Opioiden behandeln kann [38]. Die erste deutschsprachige Publikation zu Opioiden bei Nichttumorschmerz erschien 1990 [50]. Deshalb empfinde ich auch eine Mitverantwortung für die weitere Entwicklung. Trotz kontroverser Diskussionen waren sich aber schon damals alle einig, eine solche Therapie geht – wenn überhaupt – nur in einem interdisziplinären Setting. In unserer Publikation wurde auch darauf hingewiesen, dass 87 % aller Patienten entweder eine Physiotherapie oder eine Psychotherapie begleitend erhielten sowie dass Opioid die notwendige Krankengymnastik in vielen Fällen erst möglich machten.

Die erste Version der LONTS-Leitlinie wurde während meiner Präsidentschaft von der DGSS initiiert, um die bestehende Kontroverse über die Berechtigung einer Opioidtherapie bei CNTS einer wissenschaftlichen Überprüfung

zu unterziehen. Eine starke Empfehlung lautete: „Ein Anwendungsversuch opioidhaltiger Analgetika sollte wegen der geringen pharmakogenen Wirkung nur bei Inanspruchnahme zusätzlicher (z. B. kognitiv-behavioraler, konflikt- und problemlösender, physikalischer, soziotherapeutischer) Maßnahmen erfolgen“ [40]. Mit anderen Worten: nur in entsprechenden interdisziplinären Einrichtungen mit *gleichzeitiger* und nicht nur konsekutiver Betreuung durch verschiedene Disziplinen.

In der 1. Aktualisierung 2015 fehlte eine so klare Sprache, obwohl schon damals in der Literatur über die Opioid-epidemie in den USA berichtet wurde [17]. Deshalb haben wir in einem Editorial die Hoffnung ausgedrückt, „... sollte die nächste Leitlinie mehr Material für eine Rechtfertigung liefern ... Opioid im interdisziplinären Kontext und vor allem eine signifikante Verbesserung der psychosozialen Konsequenzen chronischer Schmerzen“ [47]. In dieselbe Richtung ging im selben Jahr die Schlussfolgerung einer anderen Metaanalyse der DGSS: „Thus, opioids alone are inappropriate and multimodal treatment programmes may be required for CNCP“ [41].

In der jetzigen Aktualisierung heißt es eingangs viel versprechend: „Die Opioid-Epidemie in Nordamerika ... weist auf die Notwendigkeit hin, den Stellenwert von Opioiden in der Therapie von chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen [CNTS] kritisch zu überprüfen“ [19]. Herausgekommen sind aber Empfehlungen, die sich kaum von denen aus 2015 unterscheiden, vielleicht sogar noch etwas stärker positiv wirken, weil es jetzt sogar heißt: „Opioidhaltige Analgetika sollten Patienten mit chronischem Rückenschmerz als eine Therapieoption emp-

fohlen werden.“ War die Opioid-epidemie doch nicht so schlimm? War das wirklich nur vor allem ein Problem von arbeitslosen Weißen [12] oder einer „legalen Beschaffungsmethode“ von Oxycodon [28], wie es in Kapitel 6 heißt. Das ist eine gefährliche Banalisierung des Problems. Wir müssen uns ins Gedächtnis rufen, dass die Opioid-epidemie mehr Opfer gefordert hat als der zweite Weltkrieg auf amerikanischer Seite oder die COVID-19-Pandemie bis zum heutigen Tag weltweit. Und Leitlinien von Fachgesellschaften hatten daran einen Anteil [46]. Als Konsequenz aus der finanziellen Verquickung mit der Pharmaindustrie musste die erste und größte amerikanische Schmerzgesellschaft 2019 Konkurs anmelden; seitdem ist die USA nicht mehr in der IASP vertreten.

In Kapitel 6 heißt es weiter: „Auch die Schmerzmedizin kann zur Opioidkrise... beigetragen haben.“ Nein, Schmerztherapeuten haben die Krise ausgelöst durch zu enge Zusammenarbeit mit der Industrie, durch Publikationen, Vorträge, Einladungsveranstaltungen, alle mit demselben Tenor: Opioid sind ungefährlich, sollten empfohlen werden, die 2. Stufe der WHO ist überflüssig, man sollte gleich starke Opioid geben (u. a. [14, 35]). Insoweit sollten wir nicht die Anfangsstrecke (Leitlinien, Publikationen, Verschreibungen, Kongresse) mit dem Ende (Tod durch Missbrauch von verschreibungspflichtigen Opioiden) verwechseln. Parallel zum Anstieg der Verschreibungen von Opioiden haben sich die Todesfälle durch rezeptierte Opioid zwischen 1999 und 2010 vervierfacht [43]. Die Mehrzahl der Todesfälle (60 %) ging auf Verschreibungen nach Leitlinien zurück [29]. Warum wurde dieser Teil der Publikation nicht

zitiert? Ärzten kam also eine zentrale Rolle zu [4, 7, 30, 48]. Und auch noch später, von 2013 bis 2015, wurden von den Opioidherstellern 46 Mio. Dollar Honorare an Ärzte ausgeschüttet, von denen die Meinungsbildner 82% erhielten [16].

Die Einschätzung in der Leitlinie, dass es keine Hinweise auf eine Opioid-epidemie in Deutschland so wie in den USA gibt, ist richtig, aber trotzdem ein hinkender Vergleich. Just et al. widersprechen einer solchen Verharmlosung sehr deutlich und beziffern die Rate an Missbrauch/schädlichem Gebrauch auf 31,5% unter Langzeittherapie mit Opioiden [22]. Auch der EU-Drogenbericht sieht Parallelen zwischen der Situation in der EU und den Vereinigten Staaten und einen zunehmenden missbräuchlichen Konsum legaler synthetischer Opioide [15]. Und in einer neueren Untersuchung aus Schmerz-einheiten im Rheinland ergab sich eine Rate von über 25% mit 9,3% schwereren Verläufen von Missbrauch [23]. Auch Schmerzspezialisten waren sich einig: Opioidabhängigkeit ist ein zunehmendes Problem in UK, Frankreich und Deutschland [25]. Sogar das Stufe-II-Opioid Tramadol war in Nordirland für mehr Todesfälle verantwortlich als Heroin [20]. Es besteht also keine Epidemie, aber eine erhebliche Gefahr für Fehlgebrauch, Missbrauch und selbst Todesfälle bei Langzeittherapie mit Opioiden.

Insgesamt lässt sich der Eindruck eines gewissen Bias in diesem Kapitel nur schwer unterdrücken. Der Hinweis z. B., dass Oxycodon in Deutschland nicht dieselbe negative Rolle spielt wie in den USA, ist schlicht falsch (darauf wurde auch im Gutachten hingewiesen). Oxycodon stellte mit 24,4% (Oxycodon + Oxycodon/Kombination) den mit Abstand größten Anteil von Krankenhausaufenthalten wegen Missbrauch bei nur 3% Anteil an den Verordnungen [18]. Das deckt sich auch mit einer französischen Studie [10]. Auch andere Quellen deuten auf Parallelen zwischen Verkauf und Todesfällen bei Oxycodon [31].

Dies alles hätte tatsächlich eine kritische Überprüfung verdient. Anders als in der 1. Leitlinie ist jetzt beim Thema

Rückenschmerz eine interdisziplinäre Diagnostik keine Voraussetzung mehr für eine Opioidtherapie [19, 40]. Darin bestand seit 2002 eigentlich Einigkeit [45]. Der Deutsche Schmerzfragebogen war 2002 international ein Alleinstellungsmerkmal einer modernen Diagnostik und Therapie bei chronischen Schmerzen nach wissenschaftlichem Standard [32]. Leider wird der Deutsche Schmerzfragebogen nur an einer Stelle erwähnt. Andere deutsche Quellen betonen dagegen deutlich die interdisziplinäre Diagnostik und interdisziplinäre Therapie bei chronischen Schmerzen [8, 51] und ebenso ausländische Leitlinien [8, 9, 44]. Selbst Autoren dieser Leitlinie fordern dies in anderen Publikationen [21, 37].

Aber das Stichwort „interdisziplinär“ erscheint in der gesamten Leitlinie nur an wenigen Stellen, und dann nicht als Voraussetzung, sondern eher in einem nahezu diffamierenden Zusammenhang: bei Unklarheiten zur Indikation, bei der psychosozialen Anamnese, wobei als Werkzeuge nicht etwa der Deutsche Schmerzfragebogen, sondern nur Werkzeuge zu Angst, Depression und Alkoholabhängigkeit genannt werden, und bei Einschätzung der Kriterien missbräuchlichen/abhängigen Konsums. Das in der Nationalen Versorgungsleitlinie mehrfach genannte Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (MPSS) wird gar nicht erst erwähnt.

Das alles zeigt das grundsätzliche Problem dieser Leitlinie, die sich als einzige AWMF-Leitlinie nicht mit Krankheitsbildern und deren Diagnose- und Behandlungsalternativen, sondern nur mit einer einzigen Medikamentengruppe beschäftigt. Aus einer Metaanalyse von ausschließlich gesponserten Studien der Pharmaindustrie eine „Empfehlung“ der AWMF abzuleiten, macht die Anglegenheit sehr fraglich.

Gesichert hat sich gegenüber der Leitlinie von 2015 eigentlich nichts geändert. Evidenz beim primären Outcome war nicht gegeben (NNTB 11–16), beim sekundären Outcome knapp (NNTB 9) – das heißt: Man muss immer noch 9 Patienten behandeln, um bei einem Patienten eine Schmerzlinderung von 30% zu erreichen. Auf dem Weg dahin wa-

ren aber schon 40% der Patienten wegen Nebenwirkungen oder Unwirksamkeit oder anderer Gründe aus den Studien ausgeschieden. In mindestens 13 von 21 Studien hatten die Patienten Vorerfahrungen mit Opioidbehandlung. In den meisten Fällen wurden sie auf eine neue Opioidzubereitung eingestellt. Das lässt den schwachen Effekt gegen Placebo eigentlich noch schwächer erscheinen. So etwas Ähnliches wie ein realistisches Therapieziel wie in der Versorgungsleitlinie empfohlen (z. B. Verbesserung der Gehstrecke oder Belastbarkeit) wurde nur in 6 von 21 Studien beschrieben und dann auch nur knapp erreicht. Studien mit einer Dauer von mehr als einem halben Jahr zeigten nicht die geforderte Evidenz für eine Empfehlung. Die Patienten der Metaanalyse zum Rückenschmerz hatten ein mittleres Alter von etwa 51 Jahren, also eine Lebenserwartung von vielleicht weiteren 30 Jahren [36]. Was nützt da eine „relevante“ Schmerzlinderung bei hochselektierten Patienten für die Dauer von 15 Wochen [36]?

Alle Zahlen lassen sich nur schwer nachvollziehen, weil sich die in der Leitlinie genannten Zahlen unter Hinweis auf die jeweilige Metaanalyse dort nicht wiederfinden lassen. Vollends verwirrend wird es, wenn man die Patientenleitlinie hinzunimmt. Unterschiedliche Zahlenreihen, z. B. in der Patientenleitlinie 7 Studien mit 2608 Patienten bei einer Behandlungsdauer von 4 bis 12 Wochen, in der Leitlinie 5 Studien mit 1500 Patienten, in der Metaanalyse findet sich die Unterteilung in einen Zeitraum von 4 bis 12 Wochen gar nicht [3, 17, 36]. Auch eine NNTB von 16 und 37,7% der Patienten mit mindestens 50% Schmerzreduktion passen nicht ganz zusammen [3, 17].

Unverständlich ist, warum jetzt eine alte Studie aus 2005 in die Leitlinie aufgenommen und als einzige ausführlich dargestellt wurde [1]. Diese Veröffentlichung musste schon in der 1. Leitlinie aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, weil sie nicht die notwendigen Werte für einen Prä-post-Vergleich der analgetischen Wirkung enthielt [40], weil sie nicht verblindet und nicht placebo-kontrolliert war, also eigentlich nach den Kriterien gar nicht hätte erwähnt wer-

den dürfen. Sie wurde auch weder in der ersten noch in der zweiten Metaanalyse berücksichtigt [36]. Zahlreiche Fehler finden sich denn auch nicht nur in der Publikation selber, sondern auch – schwer verständlich – in der Darstellung in der Leitlinie (u. a. nicht 675, sondern 673 Patienten, Schmerzlinderung ohne Messung des Ausgangsschmerzes, signifikanter Unterschied nicht beim „physical functioning“, sondern bei „physical health“, „Statistisch signifikante prä-post Verbesserung Beeinträchtigungserleben“ ohne Ausgangsdaten). Eine Cochrane-Analyse ordnet diese „Studie“ allenfalls als Fallserie ein, der niedrigsten Stufe der evidenzbasierten Medizin [33].

Andere Metaanalysen und Leitlinien sehen Opioide bei chronischem Rückenschmerz insgesamt erheblich kritischer:

- Evidenz ist von Studien nicht gestützt und könnte eher in Schaden für die Patienten resultieren [34].
- Klinische Langzeitstudien fehlen [9].
- Keine Opioide für Patienten mit chronischem Rückenschmerz [5].
- Evidenz ist begrenzt auf Kurzzeitstudien. Langzeittherapie mit hohen Opioiddosen ohne Schmerzlinderung [13].
- Keine Evidenz, dass Opioide die Leistungsfähigkeit verbessern [11].

Es mehren sich sogar die Studien, die von einer Verbesserung nach Absetzen einer Opioiddauertherapie sprechen (z. B. [26]). Rückenschmerz ist die Nr. 1 bei Arbeitsunfähigkeit [42]. Und zu Arbeitsfähigkeit gibt es nicht eine randomisierte Studie mit Opioiden. Zukünftige Leitlinien sollten den Fokus ändern von Schmerz zu Funktion und von Pharmakotherapie zu nichtmedikamentösen Therapien [44].

Opioide zur Dauertherapie sollten nur von Ärzten verschrieben werden, die ihre Patienten nach dem biopsychosozialen Modell von chronischem Schmerz diagnostizieren und behandeln. Selbst für die Abrechnung einer so nebenwirkungsarmen Methode wie der Akupunktur ist u. a. Voraussetzung:

- Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den

Vorgaben des Curriculums „Psychosomatische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (80-Stunden-Curriculum „Kern (Basis) Veranstaltung“)

- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 h Dauer.

Auch die „Anforderungen ... an die Dokumentation“ bei der Akupunktur sollte man einmal mit denen in der Leitlinie zur Opioidlangzeittherapie vergleichen [39]. Man wird staunen, wie lapidar die Untersuchungs- und Dokumentationsanforderungen in der Opioidleitlinie dargestellt werden angesichts der begrenzten Wirkung von 6 Monaten und der bekannten Gefahren.

Wenn man erst die Empfehlungen der Leitlinie und dann die einzelnen Analysen als deren Grundlage liest, wundert man sich. Aber vielleicht habe ich auch vieles einfach nicht richtig verstanden.

The studies analysed do not allow to make conclusions on the long-term (more than 6 months) efficacy and safety of opioids for CLBP. [36]

There is very low quality evidence of the long-term efficacy, tolerability and safety of opioids for chronic low back pain [6]

Aus einzelnen Metaanalysen kann man offensichtlich nicht einfach eine Leitlinie machen.

Leitlinien unterscheiden sich von anderen Quellen aufbereiteten Wissens (Evidenzberichte, Systematic Reviews ...) durch die Formulierung von klaren Handlungsempfehlungen, in die auch eine klinische Wertung der Aussagekraft und Anwendbarkeit von Studienergebnissen eingeht. [2]

Was kommt nach 6 Monaten, wenn die Langzeitanwendung keine Wirkung mehr zeigt, der Schmerz aber anhält? Es gibt durchaus Hinweise auf die Eignung und Wirksamkeit von multidisziplinären Therapieansätzen bei chronischen Rückenschmerzen auch über Jahre [21, 24].

Ganz problematisch wird es bei der Patientenleitlinie [3]. Da heißt es: „Opioidhaltige Schmerzmittel waren genauso si-

cher wie Scheinmedikamente“, „... kann eine Langzeittherapie (länger als 3 Monate, im Einzelfall mehrere Jahre) erwogen werden“. Soll das ein Laie wirklich so verstehen und damit zu seinem Hausarzt gehen? Und wenn es heißt: „Die vorliegenden Studien aus Deutschland weisen darauf hin, dass das Risiko einer missbräuchlichen Verwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln, welche Ärzte Patienten mit chronischen Schmerzen verschreiben, gering ist“ [3], dann ist das ein ethisch nicht mehr zu rechtfertigender statistischer Taschenspielertrick angesichts der Tausenden von Toten in den USA [4, 12].

Andere Patienteninformationen aus seriösen Organen sind da klar und deutlich (z. B. [27]).

Ich fasse zusammen:

- Eine Metaanalyse ist eine Metaanalyse – keine Handlungsempfehlung.
- Die Metaanalysen haben nicht verschiedene Therapiemethoden untersucht, sondern ausschließlich gesponserte Studien zu einer einzigen hochpreisigen Medikamentengruppe.
- Die genannte Definition von Langzeitbehandlung – über 3 Monate – hat wenig mit dem Krankheitsverlauf von chronischen Rückenschmerzen zu tun.
- Eine Therapie über maximal 6 Monate ist keine „Langzeittherapie“.
- Opioide verändern – mit begrenzter Wirkung – nur etwas am biologischen Anteil der biopsychosozialen Erkrankung chronischer Rückenschmerz.
- Opioide sind deshalb bei chronischen, über Jahre anhaltenden Rückenschmerzen nicht als Therapieoption zu empfehlen.
- Opioide sind aber eine Therapieoption, um Physiotherapie/ Psychotherapie mit weniger Schmerzen zu ermöglichen – nur das wird in der ganzen Leitlinie nicht erwähnt.
- Für die eigentlichen Fragen – der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, der sozialen Integration, der Teilhabe, der Nachhaltigkeit der Therapie – findet sich in keiner der Studien eine Antwort.
- Diese Leitlinie verleugnet unser bisheriges modernes Verständnis von chronischem Schmerz als eine

biopsychosoziale Erkrankung. Cui bono?

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Zenz
Ruhr-Universität Bochum
Henkenbergstr. 63, 44797 Bochum,
Deutschland
zenz@anaesthesia.de

Interessenkonflikt. M. Zenz gibt folgende finanziellen Interessenkonflikte für die Zeit bis 2010 an: AstraZeneca, Boehringer Mannheim, Boehringer Ingelheim, Janssen-Cilag, Mundipharma, Purdue. Seit 2011 bestehen keine finanziellen Interessenkonflikte.

Literatur

- Allan L, Richarz U, Simpson K, Slappendel R (2005) Transdermal fentanyl versus sustained release oral morphine in strong-opioid naïve patients with chronic low back pain. *Spine* 30(22):2484–2490
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V. (2020) AWMF-Regelwerk Leitlinien Einführung. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/einfuehrung.html>. Zugegriffen: 22. Mai 2020
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V. (2020) AWMF-Register 145/003: Patientenversion der wissenschaftlichen Leitlinie „LONTS“ Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen Nicht-Tumor-bedingten Schmerzen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003p1_S3_LONTS_2020-04_1.pdf; Zugegriffen: 6. Juni 2020
- Beauchamp GA, Winstanley EL, Ryan SA, Lyons MS (2014) Moving beyond misuse and diversion: the urgent need to consider the role of iatrogenic addiction in the current opioid epidemic. *Am J Public Health* 104(11):2023–2029
- Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S (2017) Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ* 356:i6748
- Bialas P, Maier C, Klose P, Häuser W (2020) Efficacy and harms of long-term opioid therapy in chronic non-cancer pain: Systematic review and meta-analysis of open-label extension trials with a study duration ≥ 26 weeks. *Eur J Pain* 24(2):265–278
- Bohnert AS, Valenstein M, Bair MJ et al (2011) Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *JAMA* 305(13):1315–1321
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017) Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinien.de. Zugegriffen: 6. Juni 2020
- Busse JW, Craigie S, Juurlink DN et al (2017) Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Cmaj* 189(18):E659–E666
- Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J et al (2019) Prescription opioid analgesic use in France: trends and impact on morbidity-mortality. *Eur J Pain* 23(1):124–134
- Deyo RA, Von Korff M, Duhkoop D (2015) Opioids for low back pain. *BMJ* 350:g6380
- DeWeerdts S (2019) Tracing the US opioid crisis to its roots. *Nature* 573(7773):S10–S12
- Eccleston C, Fisher E, Thomas KH et al (2017) Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 11(11):CD10323
- Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahn J et al (2005) Time to modify the WHO Analgesic Ladder? *Pain: Clin Updat* 13(5):1–4
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019) Europäischer Drogenbericht 2019: Trends und Entwicklungen. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg
- Hadland SE, Rivera-Aguirre A, Marshall BDL, Cerdá M (2019) Association of pharmaceutical industry marketing of opioid products with mortality from opioid-related overdoses. *JAMA Netw Open* 2(3):e191625
- Häuser W, Bock F, Engeser P et al (2015) Empfehlungen der aktualisierten Leitlinie LONTS. Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen. *Schmerz* 29(1):109–130
- Häuser W, Schubert T, Scherbaum N, Tölle T (2018) Langzeitopioidtherapie von nichttumorbedingten Schmerzen: Prävalenz und Prädiktoren von Krankenhausaufenthalten bei möglicher missbräuchlicher Verwendung. *Schmerz* 32(6):419–426
- Häuser W, Bock F, Hüppe M et al (2020) Empfehlungen der zweiten Aktualisierung der Leitlinie LONTS: Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen. *Schmerz* 34:204–244
- Helmerhorst GT, Teunis T, Janssen SJ, Ring D (2017) An epidemic of the use, misuse and overdose of opioids and deaths due to overdose, in the United States and Canada: is Europe next? *Bone Joint J* 99-B(7):856–864
- Hüppe A, Zeuner C, Karstens S, Hochheim M, Wunderlich M, Raspe H (2019) Feasibility and long-term efficacy of a proactive health program in the treatment of chronic back pain: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 19(1):714
- Just J, Mücke M, Bleckwenn M (2016) Dependence on prescription opioids—prevention, diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 113:213–220
- Just JM, Schwerbrock F, Bleckwenn M, Schnakenberg R, Weckbecker K (2019) Opioid use disorder in chronic non-cancer pain in Germany: a cross sectional study. *BMJ Open* 9(4):e26871
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A et al (2015) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 350:h444
- Kraus M, Lintzeris N, Maier C, Savage S (2016) Recommendations for the prevention, detection, treatment and management of prescription opioid analgesic dependence: outcomes from the opioid analgesic dependence education nexus (OPEN) meeting. *Int J Ment Health Addict* 14:313–321
- Krumova EK, Bennemann P, Kindler D, Schwärzer A, Zenz M, Maier C (2013) Low pain intensity after opioid withdrawal as a first step of a comprehensive pain rehabilitation program predicts long-term nonuse of opioids in chronic noncancer pain. *Clin J Pain* 29(9):760–769
- Leyde S, Azari S (2020) What should I know about opioids and living with chronic pain? *JAMA Intern Med* 2020. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1679>
- Maier C (2018) Wieder ein „War on Drugs“: Ein Krieg gegen Süchtige und ein „roll-back“ für opioidbedürftige Patienten? *Schmerz* 32(3):167–170
- Manchikanti L, Helm S 2nd, Fellows B et al (2012) Opioid epidemic in the United States. *Pain Phys* 15(3 Suppl):E59–E538
- McEwen S, Prakken S (2018) Reducing the oversupply of prescription opioids. *N C Med J* 79(3):175–180
- Muller AE, Clausen T, Sjøgren P, Odsbu I, Skurtveit S (2019) Prescribed opioid analgesic use developments in three Nordic countries, 2006–2017. *Scand J Pain* 19(2):345–353
- Nagel B, Gerbershagen HU, Lindena G, Pflugsten M (2002) Entwicklung und empirische Überprüfung des Deutschen Schmerzfragebogens der DGSS. *Schmerz* 16(4):263–270
- Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ et al (2010) Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(1):CD6605
- Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ et al (2018) Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 27(11):2791–2803
- Pergolizzi J, Böger RH, Budd K et al (2008) Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an international expert panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 8(4):287–313
- Petzke F, Klose P, Welsch P, Sommer C, Häuser W (2020) Opioids for chronic low back pain: An updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks of double-blind duration. *Eur J Pain* 24(3):497–517
- Petzke F, Karst M, Gastmeier K et al (2019) Ein Positionspapier zu medizinischem Cannabis und cannabisbasierten Medikamenten in der Schmerzmedizin. *Schmerz* 33(5):449–465
- Portenoy RK, Foley KM (1986) Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain* 25(2):171–186
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR). Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V. <https://www.kbv.de/media/sp/Akupunktur.pdf>. Zugegriffen: 21. Mai 2020
- Reinecke H, Sorgatz H, German Society for the Study of Pain (DGSS) (2009) S3-Leitlinie LONTS. Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen. *Schmerz* 23(5):440–447
- Reinecke H, Weber C, Lange K, Simon M, Stein C, Sorgatz H (2015) Analgesic efficacy of opioids in chronic pain: recent meta-analyses. *Br J Pharmacol* 172(2):324–333
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53. RKI, Berlin
- Schiller EY, Goyal A, Cao F, Mechanic OJ (2020) Opioid overdose. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)
- Schreijenberg M, Koes BW, Lin CC (2019) Guideline recommendations on the pharmacological management of non-specific low back pain in primary care—is there a need to change? *Expert Rev Clin Pharmacol* 12(2):145–157
- Sorgatz H, Hege-Scheuing G, Kopf A et al (2002) Langzeitanwendung von Opioiden bei

- nichttumorbedingten Schmerzen. Dtsch Arztebl 99(33):2180–2185
46. Spithoff S, Leece P, Sullivan F, Persaud N, Belesiotis P, Steiner L (2020) Drivers of the opioid crisis: an appraisal of financial conflicts of interest in clinical practice guideline panels at the peak of opioid prescribing. PLoS ONE 15(1):e227045
 47. Treede RD, Zenz M (2015) Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS 2): Dringend notwendige neue Leitlinie. Schmerz 29(1):5–7
 48. Wisniewski AM, Purdy CH, Blondell RD (2008) The epidemiologic association between opioid prescribing, non-medical use, and emergency department visits. J Addict Dis 27(1):1–11
 49. Wörz R (1981) Analgesic dependence and abuse. Z Allg Med 57:1720–1724
 50. Zenz M, Strumpf M, Willweber-Strumpf A (1990) Orale Opiattherapie bei Patienten mit „nicht-malignen“ Schmerzen. Schmerz 4(1):14–21
 51. Zhuk A, Schiltenswolf M, Neubauer E (2018) Langfristige Wirksamkeit einer multimodalen Schmerztherapie bei chronischen Rückenschmerzen. Nervenarzt 89(5):546–551

H.-G. Nobis, R. Rolke, T. Graf-Baumann **Schmerz – eine Herausforderung**

Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige

Springer Medizin 2020, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 204 S., 52 Abb., (ISBN: 978-3-662-60400-7), Softcover 19,99 EUR



Mit einem freundlichen Lächeln präsentiert sich die 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage des bewährten Ratgebers für Betroffene und Angehörige.

Den Herausgebern Herrn Dipl. Psych. Hans-Günter Nobis, Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke und Herrn Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann ist es gelungen, über 50 namhafte Schmerzexperten für Beiträge zu 70 Schmerz-Themen zu gewinnen. Diese Mühe hat sich gelohnt. Die aktuelle Auflage zeichnet sich durch gelungene Erweiterungen aus, indem einige Kapitel neu eingefügt sind und Abschnitte nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen überarbeitet wurden.

Das Buch richtet zunächst den Fokus auf die Herausforderung für das Verständnis und die verschiedenen Ursachen von Schmerzen. Es wird klar und verständlich vermittelt, dass die Betroffenen einen wesentlichen Beitrag zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen können und gemeinsam mit Behandlern das Therapieziel verfolgen. Bereits auf den ersten Seiten wird die Motivation der Betroffenen hierfür gefördert, sich gemeinsam mit Ärzten und Therapeuten aus den Disziplinen Psychologie und Physiotherapie aktiv an den Therapien zu beteiligen. Die beleuchteten Hintergründe, um ein Verständnis für die Schmerzerkrankung zu erreichen, sind übersichtlich, klar, einfühlsam und verständlich geschrieben.

Im speziellen Teil werden die wesentlichen und häufigsten chronischen Schmerzerkrankungen in didaktisch guter Weise beschrieben und bieten eine rasche Möglichkeit sich

zu informieren. Die Bereiche „Schmerz und Sexualität“, „Wachstumsschmerzen bei Kindern“, „Endometriose“ und „Gelenkschmerz“, ebenso wie „Naturheilkunde bei Schmerz“ und medikamentöse Besonderheiten bei Schwangerschaft, Stillzeit auf Reisen und beim Sport sind umfassend erweitert und aktualisiert.

Neben den Besonderheiten bei Schmerz, der Diagnostik und den therapeutischen Möglichkeiten ist das Kapitel „Erfahrungsberichte von Schmerzpatienten“ für Betroffene und Angehörige sehr bereichernd. Schmerzpatienten unterschiedlichen Alters und mit verschiedenen chronischen Schmerzerkrankungen berichten über ihre persönliche Leidensgeschichte. Diese hautnahen Berichte sind lebensnah und eingängig, sie machen Mut auch in scheinbarer Hoffnungslosigkeit mit einer Schmerzerkrankung zu leben und eröffnen Perspektiven im Umgang damit. Gleichzeitig vermitteln diese Berichte auch uns Behandlern, wie wichtig unsere empathische Professionalität für diese Patienten ist. Es macht auch uns Behandlern Mut, auch wenn wir dies im arbeitsreichen Alltag und möglichen Auseinandersetzungen mit übergeordneten Strukturen nicht täglich wahrnehmen.

Die beiden letzten Kapitel beschreiben übersichtlich welche Versorgungsstrukturen für Patienten zur Verfügung stehen und verfolgt werden können, der anschließende Serviceteil lässt keine Wünsche offen hinsichtlich Informationen inklusive eines Glossars zum Nachschlagen medizinischer Fachbegriffe. Das Buch ist eine lesenswerte Quelle an Hilfen, Erklärungen und Anregungen zur Schmerztherapie allgemein und zu verschiedenen Schmerzerkrankungen. Auch wenn der rote Button auf dem Cover sich an Betroffene und Angehörige richtet, so bietet dieses Buch auch dem medizinisch interessierten Laien, wie auch den Profis im Alltag patientengerechte Erklärungen zu wesentlichen Aspekten von Schmerzerkrankungen.

**PD Dr. med. Rita Laufenberg-Feldmann,
Mainz**