Opioidgebrauchsstörungen bei Menschen mit chronischen Schmerzen

M. Paul[1], R. Scharnagel[1,2], G. Goßrau[1], R. Sabatowski [1,2]

Einleitung

Mit Blick auf die USA sind Opioidüberdosierungen und damit assoziierte Todesraten bereits seit einigen Jahren in Form der viel diskutierten „Opioidkrise" eine maßgebliche Belastung für das Gesundheitswesen und stehen medial im Fokus. Das Ausmaß geht so weit, dass 2016 in den USA einer von zehn Todesfällen unter jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren auf Opioid-assoziierte Ursachen zurückzuführen war [1]. Haupttreiber dieser „Opioidkrise" war ursprünglich die unkritische Verordnung und Vermarktung verschreibungspflichtiger Opioide [2]. Auch in vielen europäischen Ländern stieg in den letzten zwei Dekaden die Menge verschriebener Opioide deutlich an. Jedoch legen Daten aus Deutschland, Frankreich, dem Vereinigten Königreich sowie den Niederlanden – mit Ausnahme von Schottland mit hohen Zahlen Opioid-bedingter Problematiken – nahe, dass es zurzeit keinen Trend zu einer mit den USA vergleichbaren Situation gibt [3, 4]. Die Autoren der regelmäßig aktualisierten Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen" sehen bisher keine mit unter anderen den USA vergleichbare kritische Situation für Deutschland [5]. Darüber hinaus gibt es in Deutschland strenge Überwachungs- und Kontrollmechanismen in Hinblick auf Opioide. Diese reichen von einer zuständigen Bundesbehörde und den zuständigen Landesbehörden bis hin zu regelmäßig aktualisierten Leitlinien, die sich insbesondere kritisch mit dem Einsatz von Opioiden bei Patientinnen und Patienten befassen [5, 6].

Dennoch kann es im klinischen Alltag immer wieder zu Situationen kommen, in denen sich die Frage stellt, ob die aktuelle Behandlungssituation noch unproblematisch und medizinisch vertretbar ist oder ein kritischer/gefährlicher Opioidgebrauch vorliegt.

Opioidfehlgebrauch und Opioidabhängigkeit

Klinisch wird zwischen **Fehlgebrauch** und **Abhängigkeit von Opioiden** differenziert. Ein **Opioidfehlgebrauch** kennzeichnet sich durch die fortgesetzte Einnahme trotz geringer/fehlender Wirksamkeit, anhaltende nicht bestimmungs-/verordnungsgemäße Einnahme entgegen ärztlicher Aufklärung (zum Beispiel ohne medizinische Indikation, falsche Dosierung) sowie wechselnde Schmerzlokalisationen oder opioidinduzierte Hyperalgesie [7]. Das klinische Bild einer **Opioidabhängigkeit** hingegen geht darüber hinaus und beinhaltet mindestens drei der folgenden Kriterien [8]:

- starkes Verlangen nach Opioiden („Craving"),
- verminderte Kontrolle über den Opioidgebrauch, Beginn, Beendigung und Menge des Konsums betreffend,
- körperliches Entzugssyndrom, bei Reduktion/Absetzen,
- Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen,
- Einengung auf Opioidgebrauch (zum Beispiel Vernachlässigung wichtiger Aufgaben/Lebensbereiche),
- anhaltender Opioidgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen auf körperlicher/psychischer Ebene.

Hier muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass einzelne der oben genannten Punkte auch bei ordnungsgemäßer Opioidtherapie auftreten können. Dies betrifft insbesondere das Auftreten körperlicher Entzugssymptome bei (zu schneller) Dosisreduktion oder abrupter Unterbrechung der Behandlung sowie (deutlich seltener) die Toleranzentwicklung [9].

Opioidgebrauchsstörungen und chronische Schmerzen

Angaben zur Auftretenshäufigkeit von Opioidgebrauchsstörungen (OGS) zeigen eine hohe Spannbreite. Schoenfeld et al. beschreiben in einer amerikanischen Studie eine Dreijahresinzidenz von 1,9 Prozent gemäß der ICD-10 Kriterien [10]. Xu et al. stellten in einer in China durchgeführten Studie unter Einbezug breiterer Diagnosekriterien eine Prävalenz von 16,8 Prozent fest [11]. Eine niederländische Studie bei Patienten in Notfallaufnahmen fand bei 22,6 Prozent Anzeichen für Fehlgebrauch sowie bei 9,8 Prozent eine OGS nach DSM-5-Kriterien [12, 13]. Just et al. gingen für Deutschland davon aus, dass nicht von einer „Opioidkrise" auszugehen sei, fanden dennoch eine unerwartet hohe Rate an OGS: Unter den Patienten mit chronischen Schmerzen mit Opioidmedikation erfüllten 21,2 Prozent nach DSM-5 die Kriterien für eine OGS (14,7 Prozent leicht, 3,5 Prozent mittel, 2,9 Prozent schwer) [7]. In Abgrenzung zu dem für die USA beschrie-

[1] UniversitätsSchmerzCentrum, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus", Technische Universität Dresden

[2] Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus", Technische Universität Dresden

benen Gesundheitsnotstand verweisen die Autoren dabei jedoch auf die breit ausgelegten Diagnosekriterien im DSM-5, Unschärfen in der diagnostischen Zuordnung und wenig vergleichbare wirtschaftliche und gesellschaftliche Faktoren [7].

Eine Analyse der Opioidverordnungen in einer Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen für die Jahre 2000 bis 2010 zeigt eine deutliche Zunahme der Opioidverordnungen [14]. Dies betrifft sowohl den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Opioidverordnung (+ 37 Prozent), die Tagesdosis pro Opioidempfänger (+ 53 Prozent), die Behandlungsprävalenz mit WHO-2-Opioiden (+ 179 Prozent) als auch eine Vervierfachung der Behandlungsprävalenz mit WHO-3-Opioiden. Opioide wurden vorrangig und im Zeitverlauf zunehmend Patienten verordnet, die keine Tumordiagnose aufwiesen (2010: 76,7 Prozent). Auch der Anteil der Langzeitverordnungen stieg in diesem Zeitraum von 8,8 Prozent auf 12,8 Prozent. Im selben Zeitraum sank bei Patienten mit nichttumorbedingten Schmerzen die Anzahl der verordneten Tagesdosen mit WHO-2-Opioiden (- 18 Prozent), wohingegen die Anzahl für WHO-3-Opioide um 17 Prozent stieg. Diese Zahlen wurden in einer späteren Analyse auf der Grundlage von Versicherungsdaten der Barmer Krankenversicherung für das Jahr 2021 im Wesentlichen bestätigt [15]. Naheliegenderweise stellt das Management von Opioidtherapien für hausärztliche Praxen als primäre Erstanlaufstelle und Schnittstelle zwischen verschiedenen fachärztlichen Behandlungen eine besondere Herausforderung dar. 2021 gingen 89 Prozent der Langzeitverordnungen und 60 Prozent der Erstverordnungen von Opioiden von hausärztlichen Praxen aus. Im Mittel waren mehr als zwei Praxen an der Langzeitverordnung von Opioiden im ersten Therapiejahr beteiligt [15].

Ein weiterer möglicher Risikofaktor in der Entwicklung von OGS kann in der fortgesetzten Opioidverschreibung, die im Kontext einer postoperativen Schmerztherapie verabreicht wurde, liegen. Dieses „over-prescribing" wird für die USA als relevanter Faktor im Kontext des Opioidfehlgebrauchs/-missbrauchs beschrieben [16]. In Deutschland ist der Anteil von primär Opioidnaiven Patienten mit 1 bis 1,4 Prozent postoperativ fortgesetztem Opioidgebrauch sehr niedrig. Dennoch gibt es in Abhängigkeit von der operativen Prozedur durchaus auch Gruppen mit erhöhtem Risiko. Hierzu zählen Amputationen, Wirbelsäulen- und Revisionsein-

Tabelle 1 (modifiziert nach [7, 9, 22])

Spezifischere Hinweise auf eine Abhängigkeit	Nichtspezifische Hinweise für Missbrauch/Abhängigkeit
Injektion oraler/transdermaler Verabreichungsformen	Aggressive Forderung nach Dosiserhöhung
Rezeptfälschungen	Hoher Ruheschmerz, Diskrepanz zwischen Schmerzangabe und Verhalten
Stehlen/Borgen von Opioiden	Fordern eines bestimmten Opioids, speziell von kurzwirksamen und/oder schnell anflutenden Opioiden
Nichtplausibles Horten der Medikamente	Nicht abgesprochene Dosiserhöhungen oder Änderung der Einnahmeintervalle
Verheimlichter/abgestrittener Bezug durch andere Behandelnde	Bezug durch andere Ärzte und Beigebrauch psychotroper Substanzen ohne Verschweigen
Handel von Opioiden mit Dritten	Wiederholte Unzuverlässigkeiten
Verschwiegener Beigebrauch psychotroper Substanzen einschließlich eines Opioids trotz ärztlicher Anamnese	Nichtanalgetische Anwendung des Opioids (Distress, Beruhigung, Schlaf)
Häufiger Rezeptverlust	Hinweise auf Missbrauch aus der familiären Umgebung
Fordern eines parenteralen Verabreichungsweges	Schwerer Alkohol-/Nikotinmissbrauch
Häufig wiederholte Episoden von Dosiserhöhungen trotz ärztlicher Vorbehalte/Warnungen	Dringlicher Bedarf weiterer psychotroper Substanzen (u.a. Benzodiazepine, Antidepressiva)
Anhaltender Widerstand gegen Änderungen der Opioidtherapie trotz eindeutiger Wirkungslosigkeit/psychotroper Wirkungen	Bericht über unerwartete psychische Nebenwirkungen
Schlechteres Zurechtkommen in Beruf, Familie, sozialem Umfeld	Abwehr von Therapieänderungen
Zwanghafter Gebrauch	Wesensveränderungen unter der Therapie (z. B. Impulskontrollstörungen), andere neu auftretende psychiatrische Symptome
	Missbrauch anderer Substanzen zu psychotropen Zwecken
	Zunahme von Depressivität, Angstsymptomen, Albträumen

griffe an den großen Gelenken. Auch in dieser Patientengruppe wird deren Vulnerabilität durch psychosoziale Faktoren gesteigert [17].

Es ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der Konsumenten hoher Opioiddosen von psychiatrischen Komorbiditäten betroffen ist, unter anderem Depressionen, Traumafolge-/Angststörungen und ADHS. Entsprechende Komorbiditäten stellen dabei einen Vulnerabilitätsfaktor für die Manifestation einer OGS dar und erhöhen gleichzeitig das Risiko für einen schwergradigen Verlauf [18]. Weitere bekannte personenbezogene Risikofaktoren für die Entwicklung einer OGS bestehen in jüngerem Lebensalter (20 bis 40 Jahre), männlichem Geschlecht, gleichzeitiger Verschreibung von Tranquilizern und der Anwendung einer Hochdosisopioidtherapie (> 120 mg orales Morphinäquivalent pro Tag, MEQ) [9, 19]. Der „Grenzwert", ab dem eine Opioiddosierung als potenziell kritisch anzusehen ist, wurde 2010 in einer kanadischen Leitlinie eingeführt und dort mit 80 mg MEQ angegeben [20]. Weitere relevante Risikofaktoren sind schmerzbezogene Kognitionen (Schmerzkatastrophisierung im Sinne von Hilflosigkeits-/Bedrohungserleben, gedankliche Schmerzfixierung) und funktionale Beeinträchtigungen, Nikotinabhängigkeit und gegenwärtiger Tabakkonsum sowie der Familienstand (alleinstehend) [21]. Die wesentlichen Prädiktoren für eine OGS bestehen in affektiven, kognitiven und sozialen Kontextfaktoren, während die reine Schmerzintensität keinen wesentlichen Vorhersagewert hat [21].

Warnhinweise

Hinsichtlich der Identifikation von Warnsignalen für eine OGS kann zwischen folgenden eindeutigen und weniger eindeutigen Anzeichen für nicht bestimmungsgemäßen Opioidgebrauch unterschieden werden (Tab. 1).

Zur Validierung des klinischen Eindrucks verweist die Bundesärztekammer auf verschiedene Fragebögen (zum Beispiel Current Opioid Misuse Measure) bei Verdacht auf einen bereits bestehenden Missbrauch beziehungsweise für die Vorhersage eines Missbrauchs verschreibungspflichtiger Opioide (zum Beispiel Pain Medication Questionnaire) [19]. Allerdings liegt aktuell für keines der genannten Instrumente eine in deutscher Version validierte Fassung vor.

„Es ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der Konsumenten hoher Opioiddosen von psychiatrischen Komorbiditäten betroffen ist, unter anderem Depressionen, Traumafolge-/Angststörungen und ADHS."

In der ärztlichen Behandlungspraxis sollte bei Vorliegen entsprechender Hinweise auf spezifische Behandlungsstrategien zurückgegriffen werden:

Ist ein Absetzen der Opioidbehandlung möglich und indiziert, sollte die Dosisreduktion mit niederschwelligen Angeboten zur psychosozialen Begleitung (zum Beispiel Suchtberatung) kombiniert werden. Diese sollten Psychoedukation und die Vermittlung kurzfristig entlastender Maßnahmen wie Entspannungstechniken und Schmerzbewältigungsstrategien umfassen [9].

Bleibt die Indikation für den Einsatz von Opioiden trotz der beschriebenen Warnhinweise und/oder Risikofaktoren bestehen, sollten flankierende Maßnahmen ergriffen werden [5]: In einer schriftlichen Therapievereinbarung sollte die regelmäßige Dokumentation/Neubewertung der Behandlung vereinbart werden, um beispielsweise abweichendes substanzbezogenes Verhalten frühzeitig zu detektieren. Die Einhaltung des Behandlungsplans inklusive regelmäßiger Rückmeldung an die Behandelnden (zum Beispiel Schmerztagebuch) sollten ebenso wie definierte Konsequenzen bei Non-Adhärenz festgehalten werden. Präzise Instruktionen zu Einnahme, Dosierung und Aufbewahrung der Medikamente sowie die Vereinbarung, die Opioidverordnungen einem einzigen Arzt zu überlassen, sollten ebenfalls schriftlich fixiert werden. Urinkontrollen vor und während einer Langzeittherapie sollten erfolgen, sobald ein klinischer Verdacht auf missbräuchliche Verwendung besteht.

Zusammenfassung

Eine krisenhafte Entwicklung bezüglich der Opioidbehandlung in aus den USA bekannten Dimensionen besteht in Deutschland derzeit nicht. Dennoch gibt es auch im deutschen Gesundheitswesen einen gewissen Anteil von Patientinnen und Patienten, deren Behandlung einer besonderen Beachtung unterliegen muss.

Grundsätzlich sollte das Vorliegen von Risikofaktoren für die Entwicklung einer OGS vor Beginn einer Opioidbehandlung geprüft werden. Unter einer bereits laufenden Behandlung sollten die beschriebenen Warnsignale für missbräuchlichen Opioidkonsum besonders in der Risikopopulation engmaschig im Blick behalten werden. Sobald vom Vorliegen einer OGS ausgegangen werden kann, sollte eine interdisziplinäre Behandlung eingeleitet werden, um dem Stellenwert psychosozialer Kontextfaktoren gerecht zu werden und somit die Prognose im Vergleich zu unimodalen Behandlungen zu verbessern [19].

Bei einer beginnenden oder weniger stark ausgeprägten Form eines proble-

matischen Opioidkonsums ist der Einbezug von niedrigschwelligen Interventionen insbesondere im Rahmen einer Suchtberatung zu bevorzugen. Liegen schwergradigere Gebrauchsstörungen mit mangelnder Veränderungsmotivation oder psychiatrische Komorbiditäten vor, ist eine suchtspezifische medizinische und psychotherapeutische Mitbehandlung geboten [7, 18].

Besteht eine Opioidabhängigkeit mit missbräuchlichen Konsummustern, empfiehlt die Bundesärztekammer eine Hierarchie an Therapieoptionen [19]:

1. Dosisreduktion oder Entzug im Rahmen einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie in einer schmerztherapeutischen Einrichtung.
2. Qualifizierter Entzug in einer suchtmedizinischen psychiatrischen Einrichtung.
3. Opioidtherapie als Schmerztherapie mit suchtmedizinischer Begleitung.
4. Schmerzmedizinisch begleitete Substitutionsbehandlung.

Zusammenfassend handelt es sich bei OGS von Menschen mit chronischen Schmerzen um ein eher seltenes, dennoch klinisch relevantes Phänomen, welches in entsprechenden Behandlungskonstellationen stets mitbedacht werden sollte. Durch die frühzeitige Berücksichtigung relevanter Risikofaktoren und die konsequente Umsetzung der genannten Handlungsempfehlungen bei Anzeichen problematischer Gebrauchsmuster können potenzielle gesundheitliche Schäden für Patienten weitgehend vermieden werden. ■

Glossar

Craving: Übersetzt bedeutet der englische Begriff „Craving" intensives Verlangen oder Begierde. In der Wissenschaft wird dieser Begriff verwendet, um das starke Verlangen bei Suchtkranken nach einer bestimmten Substanzwirkung zu beschreiben.
OGS: Opioidgebrauchsstörung
DSM-5: Diagnostisches und Statistisches Manual, 5. Auflage
WHO-2/WHO-3-Opioide: Einteilung der Opioide nach Wirkstärke in die Stufen 2 und 3 des WHO-Stufenschemas zur Tumorschmerztherapie. Zu den WHO-2-Opioiden gehören Tramadol und Tilidin/Naloxon. Zu den WHO-3-Opioiden gehören unter anderem Morphin, Fentanyl und Hydromorphon. Nach neuerem Konzept können auch niedrig dosierte WHO-3-Opioide bereits in der 2. Stufe eingesetzt werden.
Over-prescribing: fortgesetzte Opioidverordnung, zum Beispiel nach postoperativer Schmerztherapie, obwohl die Substanzen nicht mehr indiziert sind
ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Literatur unter
www.slaek.de/aerzteblatt-sachsen

Interessenkonflikte: keine



Korrespondierender Autor:
Dipl.-Psych. Martin Paul
UniversitätsSchmerzCentrum,
Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus",
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Martin.Paul@ukdd.de

Anzeige



Einladung
Seniorenweihnachtsfeier 2026
Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

Mittwoch | 9. Dezember 2026 | 11.00 Uhr
Schloss Schlettau

Vortrag mit Begleitung am Blüthner-Flügel:
„Der rätselhafte kleine große Impressionist". Maurice Ravel (1875 – 1937)

Anmeldung bitte bis 4. Dezember 2026 über Tel. 03733 80 4015