



Opioide in der Schmerzmedizin

Wirkungen verstehen, Nebenwirkungen vermeiden



Deutsche
Schmerzliga e.V.

Eine Patienteninformation der Deutschen Schmerzliga e.V.



Der besseren Lesbarkeit halber verwenden wir in dieser Broschüre nur die männliche Version von Arzt, Therapeut o. Ä. Selbstverständlich sind immer auch die Frauen gemeint, auf deren Verständnis wir hoffen.

Opioide in der Schmerzmedizin **Wirkungen verstehen, Nebenwirkungen vermeiden**

Eine Patienteninformation der Deutschen Schmerzliga e.V.

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
Schmerz: Symptom und Erkrankung, Freund und Feind zugleich	13
Schmerzrezeptoren und Schmerznerfenfasern	15
Schmerzleitung	16
Therapeutisches Ziel: der synaptische Spalt	18
Wann werden Opioid haltige Medikamente gegeben?	21
Das WHO-Stufenschema der Schmerztherapie	22
Welche Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen stark-wirksamen Opioiden der WHO-Stufe 3?	24
Auf welche Weise kann man Opioide zu sich nehmen?	27

Nebenwirkungen der Opioid-Therapie	28
Die opioidinduzierte Verstopfung	32
Gegenmaßnahmen	35
Wirkung von Laxanzien überschaubar – Nebenwirkungen häufig	36
Verstopfung – wer spricht darüber?	38
Hilfsmittel A: Bristol Stuhlformen Skala	39
Hilfsmittel B: Bowel Function Index	40
Hilfsmittel C: Das eigene Gefühl bzgl. vorher und nachher	43
Andere opioidbedingte Nebenwirkungen	44
Reisen mit Opioiden	56
Wichtige Adressen und Links	58

Liebe Leser,

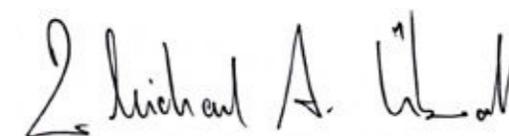
Wirkstoffe aus der Gruppe der sog. Opiode werden seit Menschengedenken zur Schmerzlinderung genutzt. Gerade im Vergleich zu anderen (zum Teil auch ohne ärztliches Rezept erhältlichen) Schmerzmitteln sind Opiode durch eine fehlende Organtoxizität gekennzeichnet, was viele Vorteile bietet, jedoch nicht mit Nebenwirkungsfreiheit verwechselt werden darf.

Während ihr Einsatz zur Behandlung starker akuter (z. B. unfall- oder operationsbedingter) Schmerzen unumstritten ist und sie unter den dort herrschenden Rahmenbedingungen (Notfallsituation, Intensivstation, Kurzzeittherapie, etc.) auch ihrem Ruf als sehr stark wirksame Schmerzmittel gerecht werden, ist ihre Wirkung bei chronischen Schmerzen und unter Alltagsbedingungen eingeschränkt. Grund hierfür sind die mit steigender Dosierung häufig zunehmenden Nebenwirkungen und die damit verbundenen Wirkungsbeschränkungen, die in Abwägung zueinander die praktische Anwendung im Einzelfall einschränken (können).

Dennoch bieten Opiode für viele Menschen mit chronischen und ansonsten therapieschwierigen Schmerzen eine sinnvolle (und mitunter auch notwendige) Alternative sowie Perspektiven für ein beschwerdearmes und zufriedenstellendes Leben.

Mit dieser Patienteninformation freuen wir uns allen an Opioiden in der Schmerzmedizin Interessierten einen Überblick geben zu können, verbunden mit aus unserer Sicht wichtigen Informationen für deren praktischen Anwendung.

Ihr



PD Dr. med. Michael A. Überall
Präsident, Deutsche Schmerzliga



Bei Fragen:

Sollten Sie Fragen haben, Anregungen zu dieser Patienteninformation oder uns über Ihre Erfahrungen mit Opioiden berichten wollen, so schreiben Sie uns doch einfach: opioidealsschmerzmedizin@schmerzliga.de



Einleitung

Die Linderung von Schmerzen gehört historisch zu den frühesten medizinischen Handlungen in der Menschheitsgeschichte. Höhlenmalereien aus der Steinzeit zeigen Schamanen bei entsprechenden Heilritualen und altägyptische Schriften aus der Zeit um 3000 v. Chr. belegen, dass schon damals die schmerzstillende Wirkung des Opiums bekannt war. Zur Zeit der Griechen und Römer – der klassischen Antike – war Opium, der getrocknete Milchsafte unreifer Mohn-Samenkapseln, ein „Alltagsmedikament“ und fand Verwendung zur Behandlung von akuten Schmerzen, Durchfall oder Schlafstörungen.

Stoffe mit einer Wirkung ähnlich der von Morphin, dem Hauptwirkstoff des Opiums, nennt man Opiode. Sie gehören auch heute noch zum Standardrepertoire der medikamentösen Schmerztherapie, z. B. bei starken Schmerzen im Bereich von Gelenken und Rücken, Nervenschmerzen, Tumorschmerzen sowie zur Schmerzbehandlung nach einer Operation oder einem Unfall.

So segensreich die Wirkung der Opiode in der Schmerzbehandlung ist, so sehr muss darauf geachtet werden, dass ihr Einsatz medizinischen Leitlinien und festen Regeln folgt (wie z. B. dem Stufenschema der Schmerztherapie für Tumorpatienten von der Weltgesundheitsbehörde). Zu beachten ist dabei aus Patientensicht, dass beim Einsatz von Opioiden verschiedene Nebenwirkungen in unterschiedlicher Häufigkeit auftreten können – manche (wie z. B. Übelkeit und Erbrechen) nur vorübergehend, andere (wie z. B. Verstopfung) dauerhaft; manche eher selten, andere durchaus häufiger (siehe Abbildung).

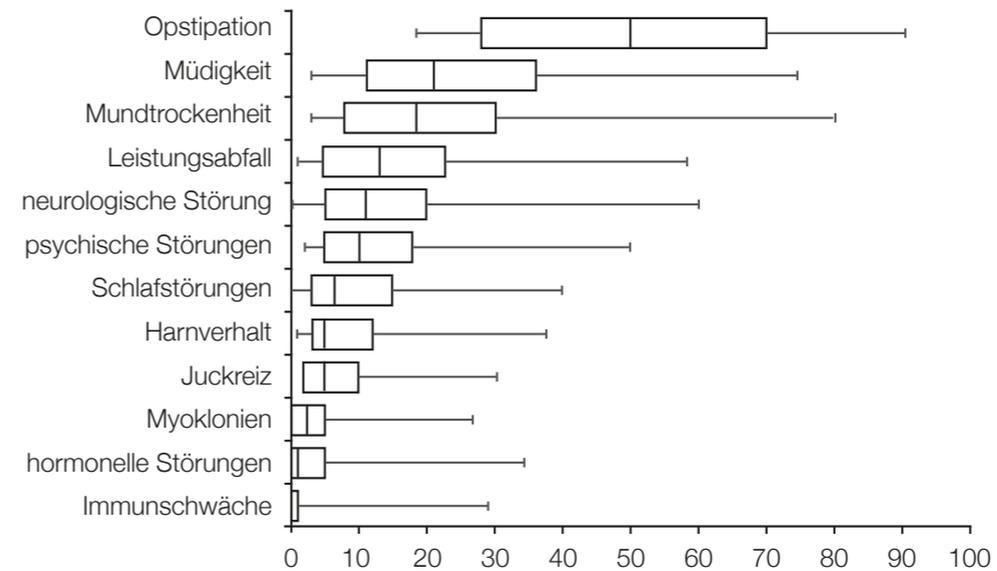


Abbildung: Häufigkeit unerwünschter opioid-induzierter Wirkungen aus Behaltlersicht

Glücklicherweise weiß man heute, wie man den meisten dieser Nebenwirkungen vorbeugend begegnen, bzw. sie behandeln kann und in welchem Zusammenhang sie zu den eigentlich erwünschten Wirkungen einer Opioidbehandlung stehen. Das Verstehen dieser Zusammenhänge soll Sie in die Lage versetzen, sich bei Entscheidungen, die Ihre Schmerzbehandlung mit Opioiden betreffen, aktiv zu beteiligen.

Keinesfalls kann oder soll diese Broschüre das Beratungsgespräch mit Ihrem Arzt ersetzen. Bei Fragen oder Unsicherheiten sollte er immer Ihr erster Ansprechpartner sein.



Schmerz: Symptom und Erkrankung, Freund und Feind zugleich

Freund deshalb, weil er – als Teil eines körpereigenen natürlichen Systems – auf akute Verletzungen hinweist oder vor drohenden Schädigungen warnt und (beispielsweise bei Hitze/Herdplatte) entsprechende Schutzreflexe (Wegziehen der Hand) auslöst, die das Ausmaß der Schädigung begrenzen. Schmerzmediziner nennen dies „Warn und Schutzfunktion“ des Schmerzes. Insofern ist Schmerz auch ein guter Lehrmeister, weil wir nach einem erlebten Schmerz zukünftig die Schmerz auslösende Situation zu vermeiden versuchen.

Schmerz kann aber auch zum Feind werden, z. B. dann, wenn er trotz Abheilung des akuten Schmerzauslösers fortbesteht, über die Zeit seine sinnvolle Funktion als Warnsignal verliert und zu einer ständigen Belastung (in manchen Fällen sogar zu einem eigenständigen Krankheitsbild – der sog. chronischen Schmerzkrankheit) wird. Schmerzmediziner nennen einen solchen Prozess „Chronifizierung“.



Schmerzrezeptoren und Schmerznervenfasern

Spezielle Messfühler nehmen Schmerzreize auf. Diese Messfühler sind überall im Körper verteilt (also z. B. der Haut, den Knochen, Sehnen, Muskeln, aber auch verschiedenen inneren Organen, wie z. B. dem Darm oder Gallen/Harnblase) und registrieren Schmerzen.

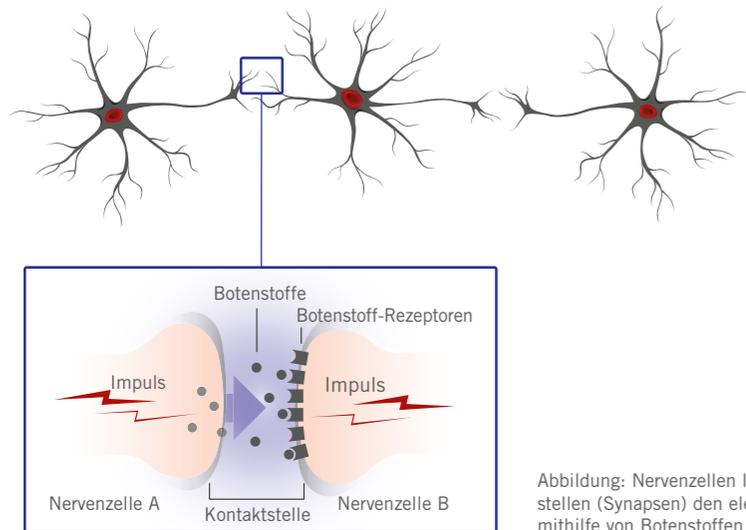
Besonders viele Schmerzmessfühler befinden sich in der Haut, die ja nach außen den Körper schützen soll. Diese sog. Schmerzrezeptoren (oder Nozizeptoren) reagieren sowohl auf von außen kommende Reize (wie z. B. Verletzungen, Hitze, Kälte, Druck, Zug, Giftstoffe, Chemikalien oder Viren und Bakterien) als auch auf körpereigene Schmerzauslöser (wie z. B. Schwellungen, spontane Blutungen, Entzündungen, Verstopfungen, etc.).

Werden diese Schmerzrezeptoren aktiviert, so leiten sie über angeschlossene Nervenfasern ein Signal zum Rückenmark und von dort weiter zum Gehirn, welches (selbst ohne Schmerzfühler!) für die Bewertung des Schmerzeignisses verantwortlich ist und Betroffenen die Bedeutung der Signale nicht nur bzgl. Schmerzort, Schmerzart, Schmerzintensität und Schmerzcharakter vermittelt (oder besser „übersetzt“), sondern auch für die emotionale Bewertung des Schmerzeignisses verantwortlich zeichnet.

Schmerzleitung

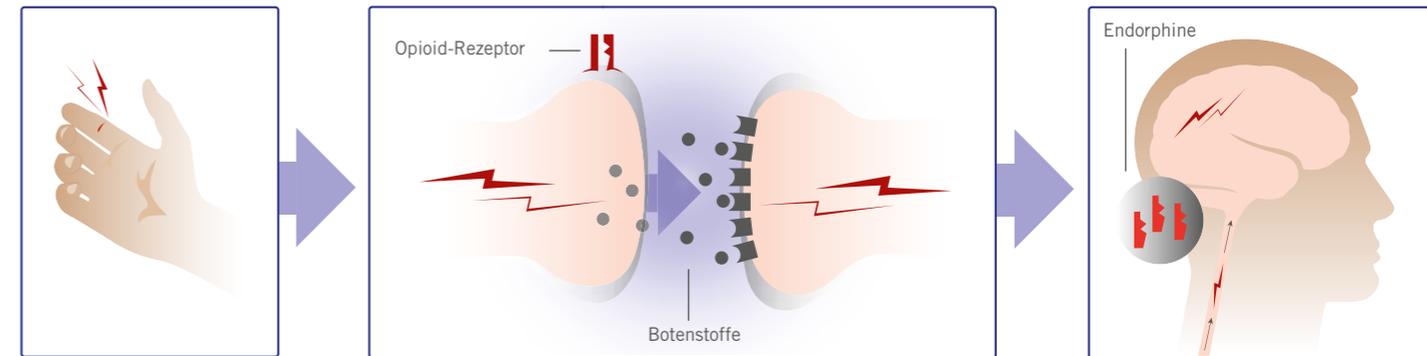
Die Signalübermittlung vom Ort der Schädigung (also z. B. der Haut) bis zum Ort der Verarbeitung (dem Gehirn) erfolgt im Bruchteil einer Sekunde und unbewusst. Dabei leiten die Nervenfasern selbst das Schmerzsignal zunächst wie in einem Stromkabel

elektrisch weiter und „übergeben“ es dann an bestimmten Umschaltstellen (wie z. B. dem Rückenmark) mit Hilfe von Botenstoffen auf nachfolgende Nervenzellen, die das Signal dann weiter Richtung Gehirn fortleiten.



Wichtig:

Erst wenn ein Schmerzreiz das Gehirn erreicht, kann der Schmerz bewusst wahrgenommen werden.



Therapeutisches Ziel: der synaptische Spalt

Diese räumliche Trennung von funktionell eigentlich miteinander verbundenen Nervenfasern durch den sog. „synaptischen Spalt“ und die dadurch notwendige Kommunikation mittels Botenstoffen (sog. Neurotransmittern) ermöglicht es die Schmerzsignalüberleitung gezielt zu beeinflussen, um z. B. die Freisetzung dieser Botenstoffe zu unterbinden, ihre Wanderung zwischen zwei Nervenzellen zu hemmen, ihre Bindung an die nachfolgende Nervenzelle zu blockieren oder die Reaktionsbereitschaft dieser Nerven auf die ankommenden Signalboten zu stören. Eine Möglichkeit, die der Körper nutzt, um über die Freisetzung sog. endogener (d. h. körpereigener) Schmerzdamper (die sog. Endorphine) die Schmerzweiterleitung zu hemmen.

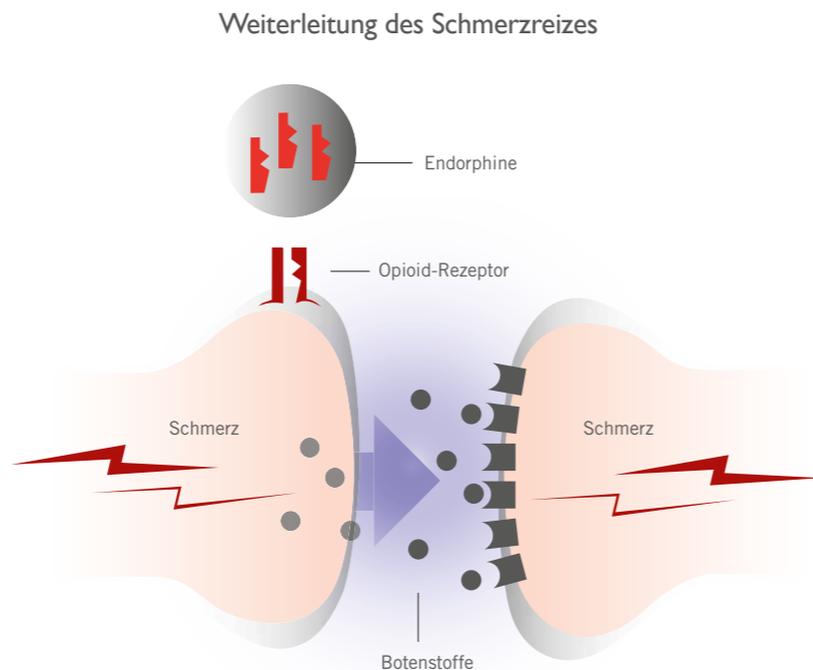


Abbildung: Weiterleitung des Schmerzsignals über den synaptischen Spalt

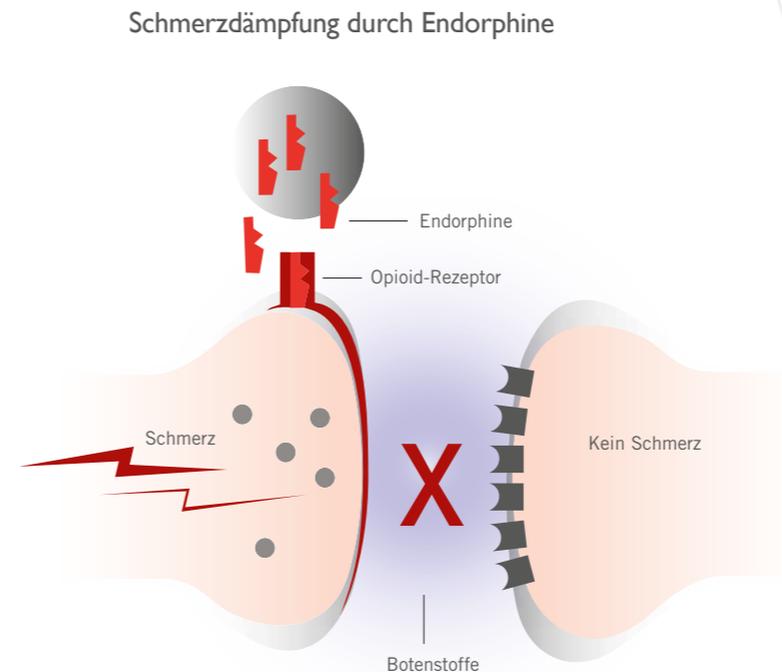


Abbildung: Hemmung der Schmerzweiterleitung durch Endorphine

Wenn Schmerzen über längere Zeit fortbestehen oder sogar chronisch werden, erschöpfen sich die Möglichkeiten der körpereigenen Schmerzabwehr und bedarf es einer Unterstützung durch geeignete Medikamente. Dabei bieten sich die Opiode an, weil sie aufgrund ihrer strukturellen Ähnlichkeit mit den Endorphinen einen Teil Ihrer Wirkung über das körpereigene Schmerzkontrollsystem entfalten können.

Schmerzdämpfung durch Opiode

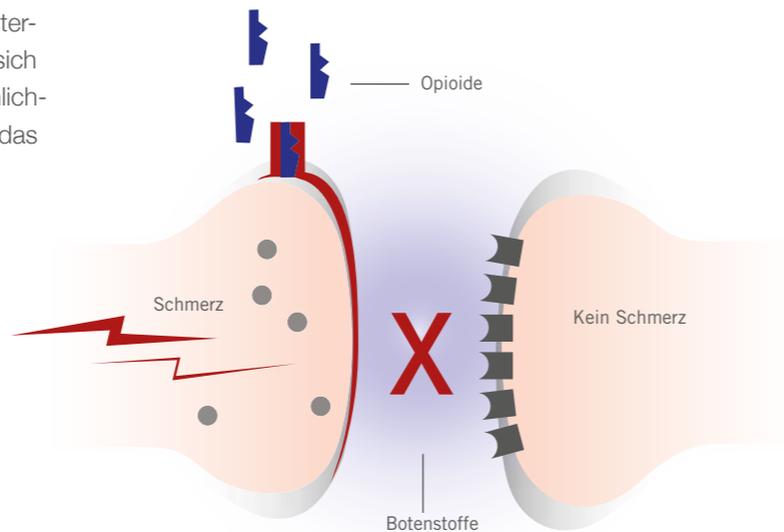


Abbildung: Wirkung der Opiode

Wann werden Opioid haltige Medikamente gegeben?

Opiode sollten bei chronischen Schmerzen immer in Kombination mit anderen schmerzlindernden Maßnahmen sowie im Rahmen eines ganzheitlichen, d.h. auf die individuellen Bedürfnisse des jeweils betroffenen Patienten ausgerichteten Konzeptes eingesetzt werden. Die Auswahl des letztlich zum Einsatz kommenden Wirkstoffes und seiner Darreichungsform sollte sich an dem zu behandelnden Schmerzproblem orientieren und sowohl die individuellen Besonderheiten des konkreten Einzelfalles bzgl. Begleiterkrankungen und Begleittherapien berücksichtigen als auch ggf. bedeutsame Vorlieben und Fähigkeiten.



Das WHO-Stufenschema der Schmerztherapie

Um den Zugang von Menschen mit starken krebserkrankten Schmerzen in Entwicklungsländern sowie Regionen mit religiösen, wirtschaftlichen oder kulturellen Hemmnissen bzgl. starkwirksamer Opioidanalgetika zu erleichtern hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1986 ein Stufenschema vorgestellt, dass – mit Abstrichen – auch für die Behandlung nichttumorbedingter starker (und anderweitig therapieschwieriger) Schmerzen eine Orientierungshilfe sein kann.

Dieses sieht – abhängig vom Ansprechen der Schmerzen auf die jeweiligen Therapien und der Schmerzintensität – eine schrittweise Anpassung der medikamentösen Therapie in drei Stufen vor (wobei auf jeder Stufe eine Kombination mit sog. adjuvanten Schmerzmitteln – wie z. B. Antidepressiva, Antikonvulsiva oder Muskelrelaxanzien – möglich ist):

WHO-Stufe 1: für die Erstbehandlung gängige Schmerzmittel, die keine Opioide, also keine morphinartigen Stoffe enthalten (z. B. Paracetamol, Metamizol oder entzündungshemmende Stoffe wie Ibuprofen oder Diclofenac).

WHO-Stufe 2: reichen die Medikamente der ersten Stufe nicht aus, werden schwach wirksame Opioide gegeben und ggf. auch in Kombination mit denen der Stufe 1 verabreicht.

WHO-Stufe 3: reichen auch die Wirkstoffe der Stufe 2 nicht aus bzw. liegen starke Schmerzen vor, sollen sog. stark wirksame Opioide (wie z. B. Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin oder Tapentadol) gegeben werden.

Stufe I

NICHTOPIOIDANALGETIKA

+ unterstützende Maßnahmen

+ Ko-Medikation

Stufe 2

SCHWACHE OPIOIDANALGETIKA

+ Nichtopioidanalgetika

+ unterstützende Maßnahmen

+ Ko-Medikation

Stufe 3

STARKE OPIOIDANALGETIKA

+ Nichtopioidanalgetika

+ unterstützende Maßnahmen

+ Ko-Medikation

Welche Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen stark-wirksamen Opioiden der WHO-Stufe 3?

Die derzeit in Deutschland verfügbaren stark-wirksamen Opiode werden nach ihrer Wirkdauer und dem Wirkeintritt nach Einnahme sowie durch ihre Darreichungsform unterschieden.

Grundlage einer längerfristigen Schmerztherapie mit Opioiden sollten langwirkende Darreichungsformen (sog. long-acting opioids, LAO) sein, wie es sie für alle Opioidwirkstoffe gibt. In der Frühphase der Behandlung (d.h. während der schrittweisen Dosisfindung können diese LAOs vorübergehend mit wirkstoffidentischen kurzwirksamen Präparaten (sog. short-acting opioids, SAO) ergänzt werden, um die Dauer bis zum Erreichen einer wirksamen Zieldosis zu überbrücken.

Neben LAO und SAO gibt es noch die Sonderform der ultraschnell anflutenden Fentanylpräparate (die sog. rapid onset opioids, ROO), die in Deutschland für die Notfallbehandlung tumorbedingter Durchbruchschmerzen zugelassen sind und für die Dauerbehandlung keine Rolle spielen.

Von den stark wirksamen Opioiden werden die sog. schwach-wirksamen Opioiden unterschieden! Sie unterliegen zumeist nicht der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und werden bei akuten und chronischen Schmerzen angewandt, die mit herkömmlichen Schmerzmitteln (ohne Opiode) nicht gelindert werden können.





Auf welche Weise kann man Opiode zu sich nehmen?

Hinsichtlich ihrer Darreichungsform wird bzgl. der langwirkenden Opiode zwischen Wirkstoffen (Morphin, Hydromorphon, Oxycodon und Tapentadol) in Form von Tabletten oder Kapseln unterschieden die oral verabreicht (also geschluckt) werden müssen und solchen wie Fentanyl oder Buprenorphin, die als sog. transdermale therapeutische Systeme (TTS) auf die Haut geklebt werden und ihren Wirkstoff unter Umgehung des Magen-Darm-Bereichs an den Körper abgeben.

Weitere Möglichkeiten der Wirkstoffzufuhr ergeben sich über die Anwendung in Zäpfchenform, die intravenöse Gabe über einen Zugang, die subkutane Verabreichung durch Injektion in die Haut und die direkte Abgabe des Wirkstoffes in das Hirnwasser des Rückenmarks unter Verwendung geeigneter externer und interner (d. h. implantierbarer) Pumpensysteme.



Wichtig:

Mit Ausnahme von Menschen mit einer strukturellen oder funktionellen Beeinträchtigung bzgl. der Wirkstoffaufnahme über den Mund oder der Wirkstoffaufnahme in den Körper über den Magen-Darm-Bereich, sollte bei der Behandlung chronischer Schmerzen der oralen Darreichungsform aus Sicherheitsgründen der Vorzug gegeben werden.

Nebenwirkungen der Opioid-Therapie

Nebenwirkungen wie z. B. Verstopfung, Übelkeit und Sedierung treten bei der Mehrheit der mit Opioiden behandelten Patienten auf. Sie stellen nicht nur eine große Belastung für den individuell betroffenen Patienten dar, sondern sind regelhaft auch Anlass für eine vorzeitige Therapiebeendigung.

In einer Metaanalyse randomisierter kontrollierter Studien, in denen Opiode bei Patienten mit chronischen nichttumorbedingten Schmerzen eingesetzt worden waren, war die opioidinduzierte Verstopfung (dt. Obstipation; engl. opioid-induced constipation, OIC) mit 41 % die häufigste Nebenwirkung, gefolgt von Übelkeit (bei 32 %) und Müdigkeit (29 %; Kalso E et al. Pain. 2004; 112(3):372-380).



Gut zu wissen:

Vor allem bei Patienten, die zum ersten Mal Opiode verordnet bekommen, kann es zu Nebenwirkungen kommen. Die meisten dieser Effekte treten nur in der Anfangsphase einer Schmerztherapie auf, in der sich der Körper auf den Wirkstoff einstellt und dadurch die unerwünschten Begleiterscheinungen tolerieren kann. Die Verstopfung ist die häufigste Nebenwirkung, die nicht nur vorübergehend auftritt.

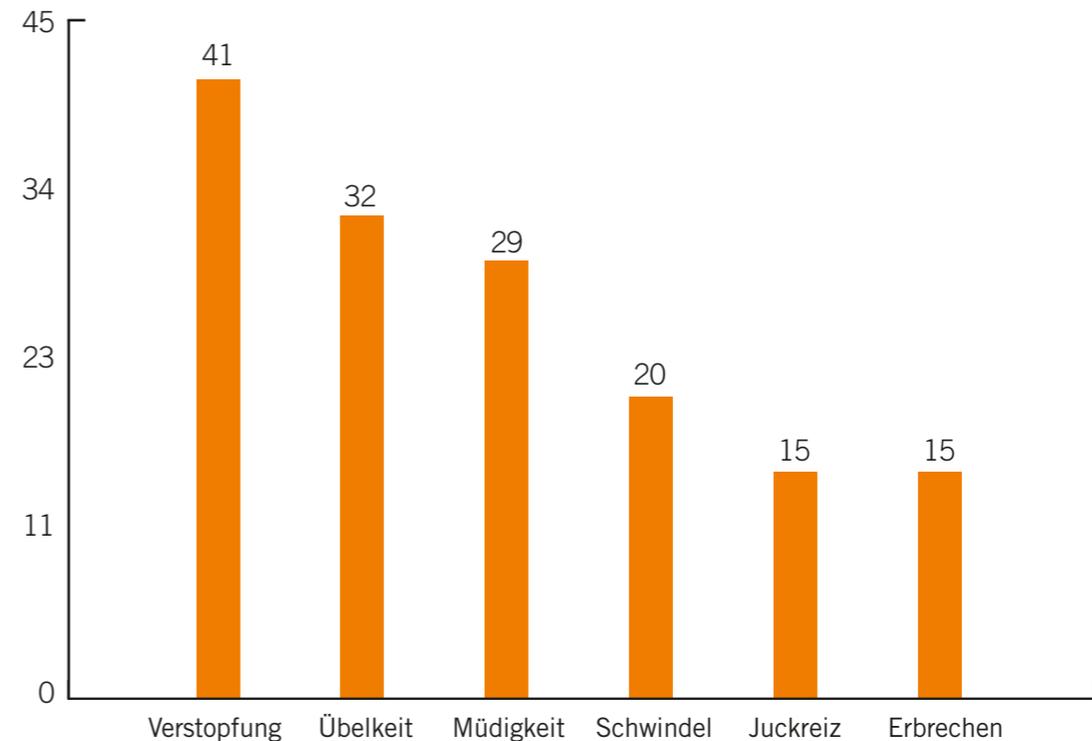


Abb. 3: Die opioidinduzierte Verstopfung (OIC) ist die häufigste Nebenwirkung bei Patienten mit chronischen Schmerzen

Die opioidinduzierte Verstopfung

Sie ist die häufigste, hartnäckigste und auf Dauer auch schwerwiegendste Nebenwirkung einer Dauertherapie mit Opioiden und erklärt sich durch die Wirkung der Opiode auf das (sog. enterale) Nervensystem von Magen und Darm. Der Darm verdaut eigenständig die aufgenommene Nahrung und leitet sie in wellenförmigen Bewegungen – ähnlich einem Regenwurm – weiter. Die dabei eingesetzte Muskulatur in der Darmwand wird durch das selbstständig funktionierende enterale Nervensystem versorgt, welches nicht der bewussten Kontrolle unterliegt.

Dieses „Bauchhirn“ veranlasst die Muskeln des Darms, sich an den Abschnitten zusammenzuziehen und wieder zu entspannen, an denen der Darm durch den Nahrungsbrei gedehnt wird. So wie bei allen anderen Nerven auch, werden hier an den Kontaktstellen (Synapsen) zwischen den Nerven, aber auch zu den Muskelzellen des Darms, Botenstoffe freigesetzt und damit

das elektrische Signal weitergeleitet und eine definierte Reaktion (z. B. eine Darmbewegung) ausgelöst (Abb. 7)

Ähnlich wie bei den Schmerzimpuls leitenden Nervenfasern kann auch hier durch körpereigene (endogene), wie von außen (exogen) zugeführte Opiode die Weiterleitung des Signals unterbrochen und damit die Darmfunktion gestört werden.

Die Darmmuskulatur wird somit, zumindest teilweise, gelähmt, sodass der Weitertransport des Nahrungsbreis im Darm ins Stocken gerät. Die Verstopfung wird zusätzlich dadurch gefördert, dass dem Stuhl durch den Verdauungsprozess im Darm und die verlängerten Transportzeiten vermehrt Wasser entzogen wird (weshalb er austrocknet und hart wird), an bestimmten Stellen im Darm „Pfortner-Funktionen“ blockiert werden (und damit die Passage verhindert) und auch wichtige Verdauungsenzyme nur unzureichend bereit gestellt werden.

Impuls: Darmbewegung

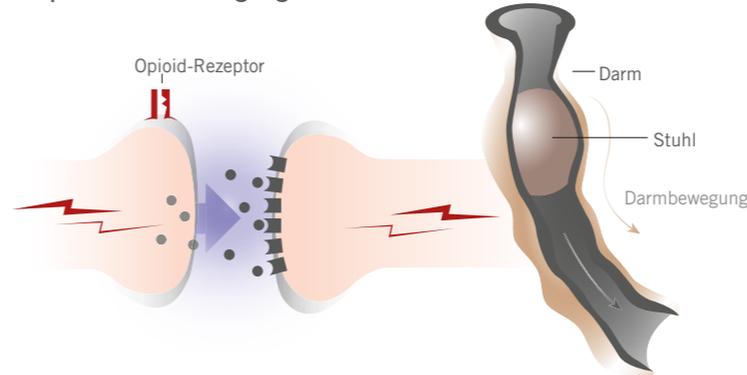


Abbildung: Die Nerven des sogenannten Bauchhirns senden Impulse aus, welche die Darmbewegung veranlassen

Opiode: Nebenwirkung Verstopfung

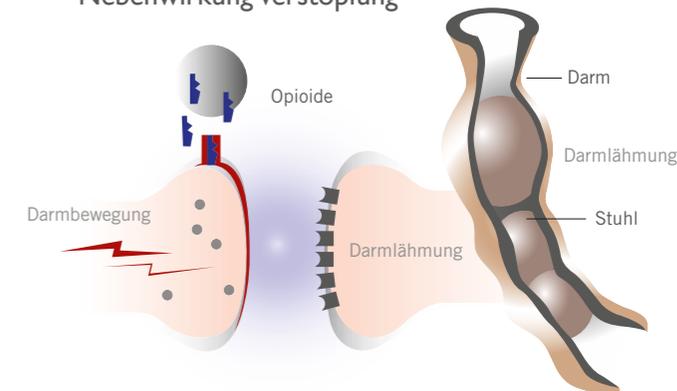


Abbildung Werden durch Opiode („-Schlüssel“) die Opioidrezeptoren im Nervensystem des „Bauch- hirns“ besetzt, wird die Weiterleitung des Signals „Darmbewegung“ unterbrochen.

Eine Verstopfung kann sich nicht nur durch eine Abnahme der Stuhlgangshäufigkeit, sondern auch durch Bauchkrämpfe, Schmerzen, Blähungen, saures Aufstoßen und Übelkeit bemerkbar machen. Des Weiteren sind sog. paradoxe Durchfälle (d. h. ein Wechsel von Verstopfung mit plötzlichem Durchfall), die Bildung von vergrößerten, schmerzenden Hämorrhoiden sowie im Extremfall auch ein Darmverschluss möglich.

Durch die verlängerte Passagezeit und die beeinträchtigte Freisetzung von Verdauungssekreten kann es zusätzlich zu Fehlverdauung von Nahrungsbestandteilen, aber auch Medikamenten kommen, mit der Folge

entsprechender Zustandsverschlechterungen deutlich jenseits der eigtl. ursächlich verantwortlichen Verstopfung – ein Krankheitsbild, das dann als sog. opioidbedingte Darmfehlfunktion (engl. Opioid-induced bowel dysfunction) beschrieben wird.

Natürlich leidet unter einer anhaltenden Verstopfung nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Alltagsfunktionalität und nicht selten verzichten Betroffene aufgrund dieser Beschwerden lieber auf ihre (ansonsten wirksame) Schmerztherapie.

Gegenmaßnahmen

Um dem Problem der opioidbedingten Verstopfung gerecht zu werden, sollten zunächst – d. h. vor Beginn einer Opioidbehandlung! – geprüft werden, ob das Stuhlverhalten normal ist oder ob bereits eine anderweitig bedingte Verstopfungsneigung besteht. Diese sollte ggf. durch geeignete Maßnahmen – wie z. B. eine ausreichend hohe Trinkmenge, eine ausgeglichene und ausreichend ballaststoffhaltige Ernährung und regelmäßige körperliche Bewegung – behandelt werden, wobei diesbezüglich grundsätzlich gilt: alles in Maßen und vernünftiger Menge!

Anschließend wird derzeit empfohlen der Entwicklung einer opioidbedingten Verstopfung durch die frühzeitige Einnahme eines – im Falle der Opioidbehandlung ärztlicherseits auch zu Lasten der Krankenversicherungen verordnungsfähigen – Abführmittels zu begegnen. Diese sogenannten Laxanzien können einer Verstopfung

auf unterschiedlichem Wege (auch vorbeugend) entgegenwirken – allerdings ist Ihre Wirkung auf die durch Opioide ausgelöste Verstopfung meist nur gering.

So wird durch einige Laxanzien vermehrt Wasser in den Darm befördert, sodass der Stuhl insgesamt weicher wird und damit leichter zu transportieren ist. Gleichzeitig kommt es durch die zwangsläufig damit einhergehende Volumenzunahme zu einer zusätzlichen Dehnung der Darmmuskulatur, was wiederum das enterale Nervensystem anregt die Darmmuskulatur zu aktivieren und sich der Darm zusammenzieht. In gleicher Weise wirken auch Quellmittel und letztlich auch Ballaststoffe, die Wasser im Darm binden. Manche Laxanzien wirken dagegen als Gleitmittel und versuchen so den Weitertransport des Nahrungsbreis zu fördern und andere wiederum stimulieren direkt die Nervenzellen der Darmwand.

Wirkung von Laxanzien überschaubar – Nebenwirkungen häufig

Insgesamt ist die Wirkung konventioneller Laxanzien bei einem durch Opioid Schmerzmittel entstandene Verstopfung deutlich beschränkt [25]. In einer Umfrage gaben mehr als neun von zehn der unter einer opioidbedingten Verstopfung leidenden Betroffenen an, dass sie – trotz einer ausreichenden Dosierung verschiedener Laxanzien – nur eine unzureichende Linderung ihrer Beschwerden erzielen konnten. Die Gründe hierfür sind vielschichtig, ganz wesentlich jedoch dadurch bedingt, dass Opiode durch ihre Hemmung der Signalweiterleitung in den autonomen/unabhängigen Nervenzellen des Magen-Darm-Bereichs genau jene Darmreflexe ausschalten, die die Standardlaxanzien benötigen, um eine Wirkung zu entfalten.

Unabhängig davon führen die Laxanzien jedoch zu den o.g. Stuhlveränderungen, die nun – ohne dass diese das ursächliche Problem der gestörten Stuhlpassage lösen – selbst zu einem Gesundheitsproblem werden und zusätzliche Nebenwirkungen wie Völlegefühl und saurem Aufstoßen, Bauchschmerzen, Koliken und paradoxe Durchfälle bis hin zur Inkontinenz auslösen können.

Seit kurzem sind neuere Medikamente (sog. peripherally-acting mu(μ)-opioid receptor antagonist, kurz PAMORAs) verfügbar, die gezielt entwickelt wurden, um die Ursachen der opioidbedingten Verstopfung ursächlich zu behandeln. Diese PAMORA wirken wie eine Art Anti-Opioid und blockieren die Bindungsstellen der Opiode an den Nervenkontaktstellen von Magen und Darm. Dadurch kann das Opioid selbst dort nicht mehr (länger) binden und es wird somit (wieder) eine normale Darmfunktion gewährleistet.

Wichtig zu wissen ist, dass die erwünschte Schmerzlinderung durch die Opiode unter den PAMORA nicht beeinträchtigt wird, da sie aufgrund ihrer Struktur und Größe die sog. Blut-Hirn-Schranke (eine Schutzbarriere zwischen den Blutgefäßen und dem Blut mit all seinen Inhaltsstoffen einerseits und dem zentralen Teil des Nervensystems andererseits) nicht überwinden können und somit ausschließlich „peripher“ – also z. B. im Bereich von Magen und Darm – wirken können.

Impuls: Darmbewegung

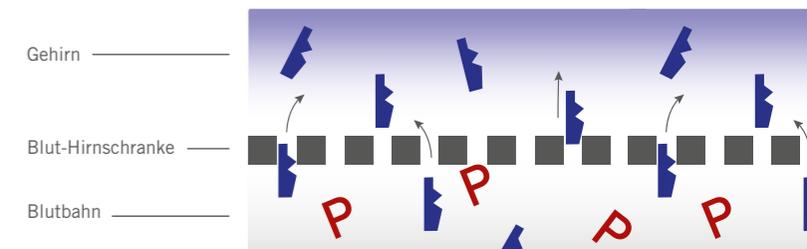
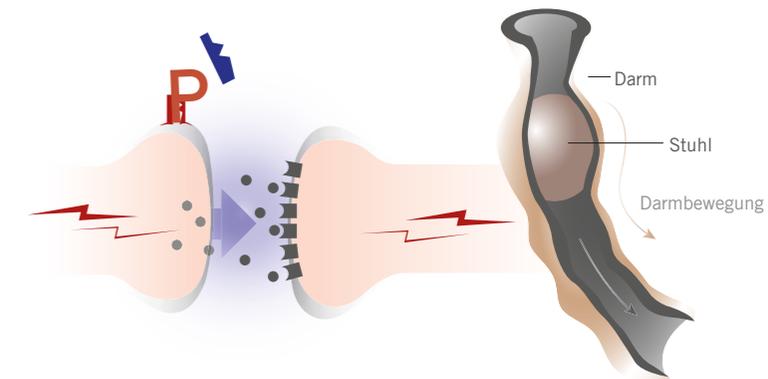


Abbildung: Der Filter Blut-Hirn-Schranke lässt Opiode, nicht aber die PAMORAs passieren. Daher bleibt die schmerzlindernde Wirkung der Opiode erhalten

Verstopfung – wer spricht darüber?

Bitte zögern Sie nicht Ihren Arzt direkt anzusprechen, wenn Sie Opioide einnehmen und sie darunter eine Veränderung ihres sonst üblichen Stuhlverhaltens beobachten. Auch wenn das Thema schwierig und mitunter auch emotional besetzt ist und Ihnen Ihr behandelnder Schmerzmediziner vielleicht auch gar nicht als erster Ansprechpartner für dieses Problem in den Sinn kommt, ist es doch wichtig, dass Sie hier von sich aus aktiv werden!

Viele Patienten mit einer opioidbedingten Verstopfung zögern, über ihre Beschwerden zu sprechen oder nehmen entsprechende Auffälligkeiten oder Veränderungen ihres Stuhlverhaltens gar nicht als Folge ihrer Opioidbehandlung wahr. So gab im Rahmen einer Umfrage z. B.

ein Drittel aller befragten Patienten, die im letzten Monat bei ihrem Arzt waren an, die aus ihrer Opioidanwendung resultierenden Verstopfungssymptome im Rahmen ihres Arztbesuchs nicht konkret angesprochen zu haben [25].

Gut zu wissen:

Keine der genannten Medikamente gegen Verstopfung machen abhängig. Sie können problemlos nach einer Schmerzbehandlung wieder abgesetzt werden.* Im Gegensatz zu anderen Mitteln bekämpfen PAMORA gezielt die Ursachen der opioidbedingten Verstopfung und wirken effektiv und nebenwirkungsarm.



Hilfsmittel A: Bristol Stuhlformen Skala

Durch die Bezugnahme auf einfache Hilfsmittel – wie z. B. die Bristol Stuhlformen Skala (siehe Abbildung) oder den sog. Bowel-Function Index (BFI; siehe nachfolgend) können Sie Ihrem Arzt rasch das Ausmaß ihrer Verstopfungsbeschwerden – auch im zeitlichen Verlauf bzw. unter verschiedenen Gegenmaßnahmen verdeutlichen.



Abbildung: Bristol Stuhlformen Skala

Hilfsmittel B: Bowel Function Index

Nicht nur im deutschsprachigen Großraum hat sich - sowohl zur Diagnosestellung, als auch zur Verlaufsbeobachtung der Beschwerdeintensität, bzw. dem Ansprechen auf eine gewählte Therapie - der sog. Bowel Function Index (BFI) als einfache und sensitive Alternative zu den zahlreichen anderen international diskutierten (und verwendeten) Instrumenten erwiesen.

Beim BFI handelt es sich um ein kurzes und einfach anzuwendendes Selbstauskunftsinstrument, welches entwickelt wurde, um das Ausmaß einer opioidbedingten Verstopfung zu messen. Der BFI (siehe Abbildung) besteht aus drei Fragen (zu Leichtigkeit des Stuhlgangs, Unvollständigkeit der Darmentleerung und Grad der Verstopfung in den vergangenen sieben Tagen), die von Patienten selbst unter Verwendung einer visuellen Analogskala analog der Schmerzintensität (0=keine Beschwerden, 100=maximal vorstellbare Beschwerden)

beantwortet werden und aus denen dann (durch einfache Mittelwertbildung) der eigentliche BFI-Wert berechnet wird.

Der BFI hat sich nicht nur in kontrollierten klinischen Studien als geeignet erwiesen das Ausmaß einer OIC zu bestimmen, sondern zeichnet sich insbesondere auch durch eine hohe Veränderungssensitivität (der erfasste Zeitraum betrifft die jeweils letzten 7 Tage) - insbesondere auch unter praktischen Alltagsbedingungen - aus.

Entscheidender Vorteil des BFI gegenüber anderen Instrumenten ist das Vorhandensein eines definierten Cut-Offs zur Abgrenzung zwischen einem unauffälligen ($\leq 28,8$ mm VAS) und einem (im Sinne einer Obstipation) auffälligen Stuhlverhalten ($> 28,8$ mm VAS) sowie eines sog. klinisch bedeutungsvollen Unterschieds („minimal

clinical important difference, MCID“), d.h. eines konkreten Änderungswertes (von 12mm VAS), dessen Überschreiten Betroffene mit einer klinisch relevanten Änderung ihres Stuhlverhaltens assoziieren.

Durch die Verwendung als Teil standardisierter konventioneller Befragungen (z. B. des Deutschen Schmerzfragebogens bzw. - Schmerztagebuchs DGS) oder elektronischer Assistenzsysteme (wie z. B. iDocLive(R)) kann der BFI dabei helfen den vorliegenden Leitlinienempfehlungen zu Erst- und Verlaufsdiagnostik auf ökonomische Art und Weise nachzukommen.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die vergangenen Tage. Bitte beantworten Sie diese Fragen bezüglich Ihrer Darmfunktion

Leichtigkeit des Stuhlgangs

Ihr Wert:



Gefühl der unvollständigen Darmentleerung

Ihr Wert:



Schweregrad der Verstopfung

Ihr Wert:



Abb. X: Bowel-Function Index



Hilfsmittel C: Das eigene Gefühl bzgl. vorher und nachher

Bisweilen genügt es aber einfach auch im Gespräch mit Ihrem Arzt auf den Unterschied von Stuhlfrequenz, Aussehen, Geruch und Menge hinzuweisen, so wie er von Ihnen unter der aktuellen Opioidbehandlung im Vergleich zum Zeitraum vor deren Beginn erlebt wird, denn für die Diagnosestellung entscheidend ist die Änderung des Stuhlverhaltens in zeitlichem Zusammenhang mit einer Änderung der Opioidtherapie (also nicht nur Neueinstellung, sondern auch Dosiserhöhung und/oder Wechsel von Wirkstoff oder Verabreichungsform.

Bzgl. der Stuhlfrequenz gilt für Mitteleuropa ein Grenzwert von mindestens drei spontanen (d.h. nicht durch Medikamente oder sonstige Maßnahmen verursachten) Stuhlgängen pro Woche sowie das Gefühl einer vollständigen Darmentleerung ohne übermäßiges Pressen bei einer weder zu harten noch zu weichen Stuhlbeschaffenheit als normal.

Andere opioidbedingte Nebenwirkungen

Übelkeit/Erbrechen

Eine recht häufige Nebenwirkung beim Einsatz von opioidhaltigen Medikamenten sind Übelkeit und Erbrechen. Viele Patienten glauben fälschlicherweise, dass Opioide – wie viele andere Schmerzmedikamente auch – den Magen belasten, das ist aber falsch! Ursache ist vielmehr, dass Opioide im Rahmen ihrer Gesamtwirkung auch Kontaktstellen eines Nervenzellverbandes (des sog. Brechzentrums) im Gehirn besetzen, welcher Übelkeit erzeugen und Erbrechen auslösen kann.

Dieses Nervenzentrum ist entwicklungsgeschichtlich für eine wichtige Schutzfunktion verantwortlich: Messfühler in Magen, Darm und Gehirn registrieren, wenn Giftstoffe, wie z. B. Alkohol oder verdorbene Nahrung, in den Körper gelangen, und melden dies dem Brechzentrum, welches dann versucht durch den Vorgang

des Erbrechens die weitere Aufnahme des Giftes in den Körper zu verhindern.

Gegenmaßnahmen: durch eine langsame schrittweise Dosissteigerung kann versucht werden die Intensität dieser beiden Nebenwirkungen in Grenzen zu halten. Grundsätzlich empfiehlt es sich aber diese in aller Regel nur in der Frühphase der Behandlung und vorübergehend auftretenden Nebenwirkungen bereits vorbeugend durch verschiedene Medikamente bzw. Wirkstoffe zu behandeln. Hierfür stehen verschiedene Alternativen (wie z. B. Haloperidol oder Levomepromazin, etc.) zu Verfügung. Bitte fragen Sie hierzu Ihren Arzt.

Weitere Maßnahmen

- ▶ Bei akuter Übelkeit oder nach dem Erbrechen den Oberkörper aufrecht halten und ggf. im Bett eine sitzende Position einnehmen, um zu verhindern, dass Erbrochenes in die Atemwege gelangt.
- ▶ Für frische Luft sorgen
- ▶ Den Betroffenen nicht mit für ihn unangenehmen Gerüchen konfrontieren
- ▶ Nur kleine Mahlzeiten anbieten; alles weglassen, was eventuell Übelkeit auslöst oder als zusätzliche Belastung empfunden wird.



Schwindel, Benommenheit, Müdigkeit

Opioide wirken allgemein dämpfend auf Gehirn und Rückenmark. Vor allem bei Patienten, die zum ersten Mal Opiode einnehmen und diese (z. B. mit dem Ziel einer rascheren/stärkeren Schmerzlinderung) zu schnell und/oder zu hoch dosieren, können diese Nebenwirkungen auftreten.

Auch kann die Reaktionsfähigkeit vorübergehend eingeschränkt sein. Eventuell ist auch die Fahrtauglichkeit und damit die Teilnahme am Straßenverkehr vorübergehend nicht möglich.

Dies kann – wie viele andere unerwünschte Nebenwirkungen einer Opioidbehandlung - besonders zu Beginn der Behandlung, also in der Einstellungsphase, der Fall sein.

Lassen die genannten Nebenwirkungen nicht innerhalb weniger Tage nach, sollte der Arzt informiert werden. Er wird ggf. die Dosis reduzieren oder das Medikament wechseln.

Juckreiz

Juckreiz tritt bei der Einnahme opioidhaltiger Medikamente recht häufig auf. Mögliche Ursache ist eine vermehrte Freisetzung von Histamin (eines wichtigen Botenstoffs, der vor allem bei allergischen und entzündlichen Reaktionen eine Rolle spielt) sowie die Stimulation/Reizung von druck- und berührungsempfindlichen Nervenfasern in Haut und Rückenmark durch die Opiode.

Gegenmaßnahmen: Es gibt verschiedene Medikamente, die den Juckreiz lindern können. Hierzu gehören unter anderem lokal wirksame Mittel – vorübergehend u.U. auch kortisonhaltige Medikamente.

Wichtig ist auch:

die Haut vor Austrocknung zu bewahren:

- ▶ Kühlende Emulsionen oder Umschläge einsetzen
- ▶ Hautpflege mit rückfettenden Hautpflegemitteln verwenden
- ▶ Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- ▶ Eher kalt waschen oder duschen
- ▶ Beim Abtrocknen abtupfen, nicht abrubbeln
- ▶ Kratzen kann den Juckreiz verstärken; daher Fingernägel schneiden, nachts Baumwollhandschuhe tragen
- ▶ Bevorzugt lockere Kleidung (Baumwolle) tragen, die einen Wärmestau verhindert



Probleme beim Wasserlassen:

Opioide wirken – wie in der Darmwandmuskulatur – auch im Bereich der Harnwege auf Nerven die die Bewegung der Harnblasenmuskulatur steuern. Werden diese Kontaktstellen durch Opioide besetzt, kann es, ähnlich wie beim Darm, zu Funktionsstörungen kommen.

Typische Symptome sind:

- ▶ Nachlassender Harndrang
- ▶ Ungewolltes Verlieren kleiner Mengen Urin (Überlaufblase)
- ▶ Schmerzen im Blasenbereich, Krämpfe
- ▶ Häufiges Wasserlassen kleiner Urinmengen

Gegenmaßnahmen: Treten die o. g. Symptome dauerhaft auf, sollten Sie Ihren Arzt darauf ansprechen.

Verengung der Pupillen (Miosis)

Bis auf eine eventuell eingeschränkte Nachtsicht ergeben sich hieraus keine weiteren medizinischen Probleme.

Mundtrockenheit

Unter Opioiden kann die Speichelproduktion gehemmt sein. In der Folge kann Mundtrockenheit entstehen, welche sich negativ auf die Mundflora auswirkt. Mundtrockenheit fördert Zahnfleischentzündungen und macht die Zähne empfindlicher gegenüber Karies.

Abhilfe: Möglichst viel Wasser trinken und vorbeugend intensive Mundhygiene betreiben.

Minderung des Atemantriebs

Eine bei Schmerzpatienten sehr seltene, aber im Falle ihres Auftretens lebensbedrohliche Nebenwirkung, ist die Unterdrückung des Atemreizes. Opioide können Nervenzellen im Atemzentrum des Gehirns hemmen, sodass der Patient „vergisst“ zu atmen. Diese Wirkung wird bei Schmerzpatienten – also Menschen die Opioide aus medizinischen Gründen und zur Linderung starker Schmerzen einnehmen – extrem selten beobachtet und tritt vor allem als gefürchtete Komplikation bei Freizeitkonsumenten und Drogenabhängigen auf.

Gegenmaßnahmen: Sofortiges Beenden der Opioidzufuhr (Cave transdermale therapeutische Systeme), ggf. Einnahme von Medikamenten, welche – wie z. B. Naloxon – die Wirkung des Opioids vorübergehend aufheben.

Gewöhnung, Abhängigkeit und Sucht

Bei regelmäßiger oder einer (wie z. B. im Falle einer schmerzmedizinischen Betreuung erforderlich werden) über längere Zeit notwendigen Behandlung mit Opioiden kommt es zu einer Gewöhnung des Körpers an das Medikament. Diese Gewöhnung erklärt, warum Patienten sog. Entzugssymptome (wie z. B. Unruhe, Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Schwächegefühl, Kreislaufstörungen, etc.) erleben, bei denen das Opioid plötzlich rasch und vollständig beendet oder deutlich in seiner Tagesdosis reduziert wird.

Diese (körperliche) Gewöhnung ist keine Sucht (!) und auch der Umstand, dass Patienten zur Vermeidung derartiger Entzugssymptome im Rahmen einer Opioidbehandlung auf eine regelmäßige Einnahme eines ihnen vertrauten Arzneimittels angewiesen sind, darf nicht mit einer solchen verwechselt werden.

Der menschliche Körper ist an die regelmäßige Zufuhr einer Vielzahl verschiedenster Produkte/Stoffe gewöhnt und insofern auch „abhängig“, als er bei deren Fehlen „Entzugssymptome“ entwickelt. Denken Sie nur an Wasser/Flüssigkeiten, Sauerstoff/Atemluft und Nahrungsmittel. Auch sind Opioide nicht die einzigen lebensnotwendigen Arzneimittel, bei denen eine solche körperliche Abhängigkeit besteht – denken Sie nur an Insulin bei Menschen mit einer Zuckererkrankung, etc.

Dennoch darf nicht vernachlässigt werden, dass es natürlich auch unter einer medizinisch einmal als sinnvoll erachteten Schmerzbehandlung mit Opioiden im Laufe der Zeit zu einer über das übliche Maß der körperlichen Gewöhnung hinaus gehende krankhafte Abhängigkeit im Sinne einer Sucht kommen kann. Mögliche Risikofaktoren hierfür sind z. B. schnell bzw. sogar ultraschnell

freisetzende Darreichungsformen von Opioiden, hohe Tagesdosierungen und eine bereits bestehende Sucht bzgl. anderer Medikamente oder Genussgifte. Je niedriger die Dosis, je langsamer bzw. gleichmäßiger die Wirkstofffreisetzung erfolgt und je intensiver die behandlungsauslösenden Schmerzen sind, desto niedriger ist das Risiko für die Entwicklung einer echten Sucht.

Zum korrekten Umgang mit Opioiden gehört zudem nicht nur die langsame schrittweise Dosissteigerung zu Beginn, sondern auch, dass am Ende einer Behandlung durch behutsames „Ausschleichen“ – d.h. eine schrittweise Absenkung der Dosis – der Körper langsam an geringere Wirkspiegel gewöhnt wird, womit „Entzugssymptome“ in aller Regel vermieden werden können. Tropfen oder schnell freisetzende Tabletten sollten nicht als Routinemedikamente verwendet werden, sondern

nur bei „Schmerzsitzen“ oder instabilen Schmerzzuständen zu Beginn der Opioideinstellung.

In jedem Fall sollte der eigene Bedarf an Opioiden kontinuierlich überprüft und ggf. auch mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Medizinisch nicht begründbare Steigerungen des Opioidbedarfs, eine nachlassende schmerzlindernde Wirkung oder die Notwendigkeit zur Verkürzung der Einnahmeintervalle können (müssen aber nicht!) mögliche Hinweise auf eine beginnende Suchtproblematik sein und sollten zum Anlass genommen werden die Behandlung mit einem Arzt zu besprechen.

Toleranzentwicklung

Toleranzentwicklung bedeutet, dass sich der Körper an die Wirkung des Opioids, aber auch an die damit verbundenen Nebenwirkungen gewöhnt. Während letzteres sinnvoll und gut ist und in vielen Fällen erst eine stabile Dauerbehandlung mit einem Opioid ermöglicht, kann die Gewöhnung an die positiven (schmerzlindernden) Effekte einer Opioidbehandlung die Sinnhaftigkeit einer längeren Fortführung der Therapie in Frage stellen.

Lässt die Wirkung eines Opioids – nach zunächst stabiler Dosierung und ausreichend guter Wirkung und Verträglichkeit – im zeitlichen Verlauf langsam nach, muss der Arzt entscheiden, ob eine Dosissteigerung, eine Verkürzung der Einnahmeintervalle (3- statt 2-mal oder 2- statt einmal täglich) oder gar ein Medikamentenwechsel- bzw. eine Kombinationsbehandlung sinnvoll sein kann.

Diesbezüglich sollte insbesondere auf die Gefahr einer sog. opioidbedingter Hyperalgesie, also einer durch Opiode ausgelösten Zunahme der Schmerzen geachtet werden, die – wenn sie nicht rechtzeitig erkannt wird zu einer kontinuierlichen Dosissteigerung (und damit natürlich zu beträchtlichen Problemen) führen kann.

Die positiven Aspekte der Toleranzentwicklung betreffen die üblichen opioidtypischen Nebenwirkungen. Bis auf die bereits beschriebene Verstopfung lassen die anderen Nebenwirkungen (wenn sie denn überhaupt auftreten) im Laufe der Behandlung üblicherweise allmählich nach oder verschwinden gar ganz. Das bedeutet, dass gerade zu Beginn einer Therapie (und hier insbesondere während der Dosisfindungsphase) sowie bei notwendig werdenden Dosisanpassungen oder Medikamentenwechseln Rücksicht genommen und vorübergehend auf

kritische Tätigkeiten (z. B. die Arbeit an/mit Maschinen oder die aktive Teilnahme am Straßenverkehr) verzichtet werden sollte.

Der Körper benötigt eine gewisse Zeit, um sich auf ein für ihn neues Medikament oder eine neue Dosis einzustellen. Vielfach treten anfänglich Nebenwirkungen auf, welche müde machen oder die Reaktionsfähigkeit einschränken. Treten diese Nebenwirkungen nicht auf oder verschwinden nach einer „Eingewöhnungsphase“ gänzlich, ist Autofahren oder das Bedienen von Maschinen unter Schmerztherapie durchaus möglich. Voraussetzung hierfür ist, Ihr Arzt gibt Ihnen „grünes Licht“, Sie sind über die Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt und Sie fühlen sich auch entsprechend fit. Wichtig ist natürlich auch, dass Sie Ihre Fähigkeit Auto zu fahren selbstkritisch beurteilen und bei Verdacht – auch im

Sinne anderer Verkehrsteilnehmer – lieber verzichten. In Zweifelsfällen sollten Sie Ihre Fahrleistung überprüfen lassen (Geschicklichkeitstest beim TÜV oder bei DEKRA).

TIPPS UND EMPFEHLUNGEN

im Umgang mit starken opioidhaltigen Schmerzmitteln

- Starke opioidhaltige Schmerzmittel benötigen eine spezielle Verschreibung durch den Arzt („BtM-Rezept“, „gelbes Rezept“). Sie müssen das Rezept innerhalb einer Woche in der Apotheke einlösen, sonst verliert es seine Gültigkeit.
- Opioidhaltige Schmerzmittel sollten nie ohne Rücksprache mit dem Arzt eigenständig abgesetzt oder in der Dosis verändert werden. Es können starke Nebenwirkungen oder andere unerwünschte Begleiterscheinungen (z. B. Entzugssymptome) auftreten.
- „Nicht den Helden spielen“. Falls Ihre Schmerzen unter der Behandlung nicht nachlassen, sprechen Sie mit

Ihrem Arzt. Er wird mit Ihnen zusammen die Situation neu bewerten und möglicherweise die Dosis erhöhen oder Ihnen ein anderes Medikament (möglicherweise auch zusätzlich) verschreiben.

- Treten Nebenwirkungen welcher Art auch immer auf oder sind Sie unsicher ob und was da unter der Behandlung gerade mit Ihnen, Ihrem Körper und Ihren Beschwerden passiert, so zögern Sie nicht Ihren Arzt daraufhin anzusprechen. Für die einen oder anderen Beschwerden (wie z. B. die Verstopfung) wird er Ihnen ein geeignetes Gegenmittel geben, bei anderen wird er die Dosis anpassen, die Arznei wechseln oder Sie einfach beruhigen und darauf verweisen, dass die Beschwerden bald von selbst wieder verschwinden werden. Von daher: vertrauen Sie auf Ihren Arzt und helfen Sie ihm dabei das für Sie richtige zu tun.

Der gleichzeitige Genuss von starken Schmerzmitteln und Alkohol kann das Reaktionsvermögen herabsetzen. Im Rahmen einer Schmerzbehandlung sollte deshalb der Konsum von Alkohol deshalb sparsam erfolgen.

Auch können einige Medikamente (und hier nicht nur verschreibungspflichtige, sondern auch von Ihnen selbst in Apotheken oder dem online-Versand bezogene sowie bestimmte Nahrungsmittel) die Wirkung starker Schmerzmittel beeinflussen. Fragen Sie daher bei gleichzeitiger Einnahme vorher Ihren Arzt und vergessen Sie nicht ihn auch über all die Dinge zu informieren, die er Ihnen nicht selbst verordnet hat.



Reisen mit Opioiden

Bevor Sie eine Urlaubsreise antreten, sollten Sie sich mit Ihrem Arzt besprechen. Im Ausland gelten unter Umständen andere Regeln für das Mitführen von starken opioidhaltigen Schmerzmitteln (= Betäubungsmittel). Für Patienten, die innerhalb Deutschlands oder in einen Mitgliedsstaat des Schengener Abkommens (siehe unten) reisen, gilt: Bei einem Urlaub bis zu 30 Tagen kann der Patient sämtliche Medikamente mitnehmen. Das betrifft auch starke Schmerzmittel wie Opiode, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen.

Um auf Reisen die medizinische Notwendigkeit der Opiodeinnahme zu dokumentieren, ist hierzu allerdings (wie eigtl. immer) eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. Darauf sind die Adresse des behandelnden Arztes, wichtige Daten des Patienten und alles Wissenswerte über das Arzneimittel (wie

z. B. Handelsbezeichnung und Wirkstoffangabe, Darreichungsform, Wirkstoffkonzentration und Reichdauer der Verschreibung aufzuführen). Ein entsprechendes Formular ist bei der Bundesopiumstelle in Bonn erhältlich:

Kontakt:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn
Telefon: 0228-99-307-30
Telefax: 0228-99-307-5207
E-Mail: poststelle@bfarm.de

Es wird vom Arzt ausgefüllt und muss von der obersten Landesgesundheitsbehörde (meist vom örtlichen Gesundheitsamt) beglaubigt werden. Sie können sich das benötigte Formular aber auch unter: www.bfarm.de als PDF-Datei herunterladen.

Bei Reisen außerhalb des Geltungsbereiches des Schengener Abkommens sollte eine ärztliche Bescheinigung in englischer Sprache mitgenommen werden. Diese sollte Angaben über die Einzel- und die Tagesdosis der Medikamente sowie die Dauer der Reise enthalten. Ein Muster für diese Bescheinigung gibt es ebenfalls unter www.bfarm.de zum downloaden (Startseite/Service/Formulare/Formulare Bundesopiumstelle). Außerdem kann es ratsam sein, bei der zuständigen Botschaft in Deutschland die genauen Richtlinien des Urlaubslandes zu erfragen, da

in einigen Gegenden dieser Welt bereits der Besitz stark wirksamer Opiode drastisch und ohne Ansehen von Person oder Grunderkrankung bestraft wird.

Wichtige Adressen und Links

Deutsche Schmerzliga e. V.

Rüsselsheimer Str. 22 / Haus A
60326 Frankfurt am Main

Telefon: 069 20019019

Telefax: 069 26946401

(montags, mittwochs und freitags: 9:00 bis 11:00 Uhr)

info@schmerzliga.de

www.schmerzliga.de

Mit freundlicher Unterstützung der
Kyowa Kirin GmbH
Monschauer Straße 1
40549 Düsseldorf

Der Inhalt dieser Broschüre entspricht der aktuellen Lehrmeinung und wurde mit großer Sorgfalt entwickelt. Gleichwohl kann keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Aktualität oder inhaltliche Richtigkeit der dargestellten Informationen übernommen werden. Diese Broschüre oder Auszüge dieser Broschüre dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung der Deutschen Schmerzliga in irgendeiner Form mit elektronischen oder mechanischen Mitteln reproduziert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Alle Rechte vorbehalten.

Quellenangaben Fotos:

Titel: © AtWaG-istockphoto.com; S. 6: © skhoward-istockphoto.com; S. 8: © mirzamlk-istockphoto.com; S. 10: © Tom Merton-istockphoto.com; S. 12/13: © tommaso79-istockphoto.com; S. 14: © seb_ra-istockphoto.com; S. 21: © benjaminolte-adobestock.com; S. 25: © DNY59-istockphoto.com; S. 26: © Pan_Da-shutterstock.com; S. 42: © Cat Box-shutterstock.com; S. 45: © Andrey Popov-adobestock.com; S. 48: © FroggyFrogg-istockphoto.com; S. 55: © alvarez-istockphoto.com



**Deutsche
Schmerzliga e. V.**