

Der Schmerz ist allgegenwärtiger Bestandteil des menschlichen Lebens



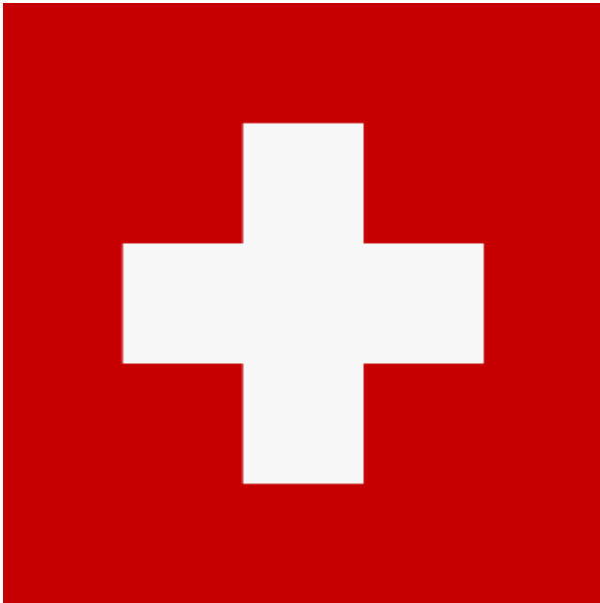
Schweizer Tugenden

- Tiefe Steuern
- Liberaler Arbeitsmarkt
- Offene Türen für die Besten und Klügsten aus Deutschland

Roger Köppel, Die
Weltwoche 2007



**Schweizerische
Schmerzstiftung**



„Anders ist die Situation in der Schweiz. Das Wissen um die Therapierbarkeit von chronischen Schmerzen ist fast nicht vorhanden. Nur wenige Ärzte wissen von den Therapiemöglichkeiten und noch weniger wenden sie auch an.

Den Schweizer Patienten sind die Möglichkeiten der Schmerztherapie kaum bekannt“.

Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäuser

Maier C, et al. 2010

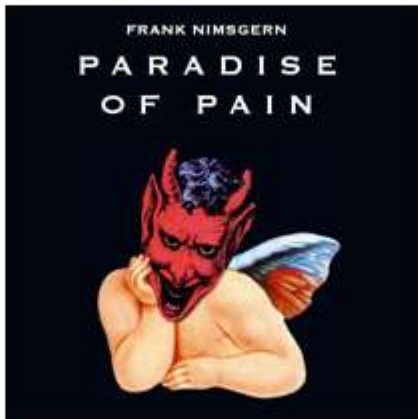
- 80% aller Patienten im Krankenhaus hatten Schmerzen
- 1/3 der operierten und 1/3 der konservativen Pat.: mäßige bis starke Ruheschmerzen
- Mehr als 50%: belastungsabhängige Schmerzen dieser Intensität
- 56% : nicht akzeptable Schmerzen
- 70% der operierten Pat. stuften ihre Schmerzmedikation als wirksam ein
- Nur 50% der konservativen Pat. fühlten sich wirksam schmerzbehandelt (NSR <4)

Kritik der postoperativen Schmerztherapie

„Es fehlt nicht an wirksamen Analgetika,
sondern an einer praktikablen Organisation der
Schmerztherapie, um den individuellen
Schwankungen der Schmerzstärke therapeutisch
gerecht zu werden“

Jage, Essentials der postoperativen Schmerztherapie 2004

Das schmerzfremie Krankenhaus



„Die Einbeziehung der Pflegenden, der Aufbau von Akutschmerzdiensten sowie Benchmark-Projekten sind vermutlich die entscheidenden Schritte“

Maier C, et al. 2010

Häufigkeit chronischer Schmerzen in Deutschland

- Mittelstarke Schmerzen: 14,5%
- Starke Schmerzen 5,7%
- Chronische Rückenschmerzen:
 - Lebenszeit 27,3%
 - 12 Monate 18,7%
 - Schulter- u. Nackenschmerzen allein 5,7%

Versorgungssituation chronischer Schmerzpatienten

- Erstkontakt Allgemeinarzt: nach ca. 3 Jahre
- Erstkontakt schmerztherapeutisches Zentrum: nach ca. 12 Jahren
- 50% der Überweisungen durch nicht-medizinisches Personal
- Behandlung im Therapiezentrum nur zu 30% interdisziplinär

Kreuzschmerz: Epidemiologie u. sozioökonomische Bedeutung (NVL 2010)

- ca. 15,6 Millionen Deutsche betroffen
- Häufigster Anlass für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation
- Direkte Kosten: 8,4 Milliarden Euro/Jahr,
 - davon 85% durch Produktivitätsausfall
 - 15% durch medizinische Behandlung

NVL Kreuzschmerz: Medikamentöse Therapie

- Paracetamol: schwach wirksam, nur kurzzeitig geben, max. 3g/Tag
- tNSRA: etwas besser wirksam als Paracetamol; nicht parenteral geben, möglichst niedrig dosieren, nur kurzzeitig geben, bei gastralen Risiken mit Protonenpumpenhemmern kombinieren
- COX-2-Hemmer: für Kreuzschmerzen nicht zugelassen, nur „off-Label-Gebrauch“; Ausnahme Spondylitis ankylosans

NVL Kreuzschmerz: Zentrale Muskelrelaxanzien

- Nicht besser wirksam als tNSRA
- Wegen der Nebenwirkungen nicht länger als 2 Wochen hintereinander zuführen

Opioide bei Kreuzschmerz?

- meist schwach wirkende wie Tilidin, Tramadol
- Indikation bei akutem Rückenschmerz
spätestens nach 4 Wochen überprüfen, bei
chronischem spätestens nach 3 Monaten.
Wenn keine Besserung: absetzen!
- Starke Opioide: zurückhaltend einsetzen;
möglichst nur im multimodalen Konzept und
in Zusammenarbeit mit Schmerztherapeuten

Trizyklische Antidepressiva bei Kreuzschmerz?

- nur Zusatzmedikation im therapeutischen Gesamtkonzept
- Wirksamkeit nicht gesichert (Cochrane Review) oder gering bis mäßig

Antiepileptika bei Kreuzschmerz?

- Gabapentin, Pregabalin und Carbamazepin:
Wirksamkeit nicht nachgewiesen
- Werden bei akuten und chronischen
Rückenschmerzen nicht mehr empfohlen

NVL: Bei Kreuzschmerz nur eingeschränkt empfohlene Maßnahmen (nur im multimodalen Konzept)

- Akupunktur
- Manipulationen
- Mobilisierungen
- Massagen

Bei Kreuzschmerzen *nicht* empfohlene Verfahren (NVL)

- TENS
- Triggerpunkt-Infiltrationen
- Injektionen an den Wirbelbogengelenken
- Injektionen in das Sakroiliakalgelenk
- Epidurale Injektionen
- Spinale Opioidzufuhr einschließlich implantierbarer Systeme
- Spinale Stimulationsverfahren

NVL Kreuzschmerz: Versorgungskoordination

- 1 Arzt als Lotse für gesamten Versorgungsprozess
- Akuter, nicht-spezifischer Kreuzschmerz: nur Akutversorgung und Beratung
- Wenn länger als 2 Wochen arbeitsunfähig: weitere Fachdisziplinen hinzuziehen
- Nach 6 Wochen Erstdiagnose erneut überprüfen
- Nach 6, spätestens aber nach 12 Wochen multimodales Behandlungsprogramm

Fibromyalgie: Fehl- und Überversorgung sind die Regel!

- 48% der Pat. erhalten Antirheumatika, 11% starke Opioide, 56% Psychopharmaka
- 8 Wirkstoffe sind empfohlen, 85 wurden verordnet
- Stationär: in 60% interventionelle Verfahren (Injektionen/Infusionen – auch in die Wirbelsäule); nur bei 14% leitliniengerechte multimodale Schmerztherapie
- Ambulant: invasive Verfahren nicht empfohlen, jedoch häufig Akupunktur als alleiniges Verfahren angewandt
- Hohe Zahl von Physiotherapie-Verordnungen

Therapieerfolge bei chronischer Schmerzkrankheit

6 und 12 Monate nach
Behandlungsbeginn im
Schmerztherapiezentrum:

- Nur bei 20% Besserung
der Schmerzen und
psychometrischer
Merkmale



Schulte et al. 2010

Die Abwesenheit von Schmerzen ist der Maßstab des Lebensglücks

A. Schopenhauer



„Kommt zu einem schmerzlosen Zustand noch die Abwesenheit der Langeweile, so ist das irdische Glück im wesentlichen erreicht!“

