

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) startet 19. Österreichische Schmerzwochen: Zentrales Thema Schmerzprävention

Bereits zum 19. Mal informiert die Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) im Rahmen der Österreichischen Schmerzwochen ab 21. Jänner 2020 über eine breite Palette von wichtigen Themen, Neuerungen, Anliegen und Forderungen zu allen Bereichen der Schmerzmedizin. Ein Fokus der Aufklärungsinitiative in diesem Jahr liegt auf dem Thema Schmerzprävention und auf dem neuen Qualitätsstandard zum optimalen Management von Rückenschmerzen. Die Fachgesellschaft appelliert zudem an die Politik, die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten auch auf anderen Gebieten zu verbessern.

Wien, 21. Jänner 2020 – Bereits zum 19. Mal führt die Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) ab dem 21. Jänner ihre „Österreichischen Schmerzwochen“ durch, eine breit angelegte Aufklärungsoffensive in Sachen Schmerzmedizin. „Unsere Informationsinitiative legt in diesem Jahr einen Fokus auf die vielfältigen Möglichkeiten der Schmerzprävention. Wir möchten auch neue Erkenntnisse der schmerzmedizinischen Forschung bekannter machen und über die breite Palette bestehender Therapieangebote informieren. Zudem fordern wir alle auf, die für die medizinische Versorgung verantwortlich sind, die nötigen Angebote für Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten zu optimieren“, betonte Prim. Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic, Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) und Leiter der Abteilung Neurologie, Salzkammergut-Klinikum (Vöcklabruck) zum Auftakt der Schmerzwochen 2020.

Chronische Schmerzen sind nicht nur eine große Belastung für die Betroffenen, sie verursachen auch enorme Kosten. Daten aus Deutschland zeigen, dass chronische Schmerzen Kosten im Ausmaß von 2,2 Prozent des BIP verursachen, das enthält direkte Gesundheitskosten ebenso wie Produktivitätsausfälle. „In Österreich dürfte die Situation ähnlich sein. Wir gehen von 1,5 bis 1,8 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen aus. Es ist daher sehr wichtig, mit vielfältigen Präventionsmaßnahmen dafür zu sorgen, dass Schmerzen nicht chronisch werden. Und wir müssen Schmerzpatientinnen und -patienten in ganz Österreich mit einem abgestuften Versorgungsmodell die jeweils passende Behandlung garantieren können“, so ÖSG-Präsident Prim. Mitrovic.

Bewegung und Kultur wirken chronischem Schmerz entgegen

Studien belegen, dass Bewegung geradezu ein Wundermittel gegen chronische Schmerzen ist: Menschen im Erwerbsalter entwickeln seltener chronische Schmerzen, wenn sie drei- bis fünfmal pro Woche trainieren. Eine aktuelle Metastudie zeigt, dass körperliches Training wirksam hilft, die Wahrscheinlichkeit für das Wiederauftreten von Beschwerden im unteren Rückenbereich zu reduzieren. Ab dem 50. Lebensjahr scheint regelmäßige Bewegung ein regelrechter „Schutz“ gegen chronische Schmerzen zu sein. Eine englische Langzeitstudie mit rund 2.600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern kam zum Ergebnis, dass neben einem wöchentlichen intensiven Training auch die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, etwa Museums- oder Konzertbesuche, eine vorbeugende

Maßnahme gegen chronische Schmerzen sein kann. Dies vermutlich deshalb, weil diese Form der Freizeitgestaltung moderate Bewegung, soziales Leben und geistige Herausforderung verknüpfen und für Wohlbefinden sorgen. „Um die Motivation zur körperlichen Aktivität zu erhöhen, sollten die entsprechenden Sport- und Bewegungsangebote für Menschen jeden Alters verbessert werden“, so ÖSG-Präsident Prim. Mitrovic.

Abgestufte Schmerzversorgung verbessern

Als optimal für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen hat sich ein abgestuftes Versorgungsmodell mit drei Ebenen erwiesen: Basisversorgung (niedergelassene Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte), spezialisierte Versorgung wie etwa Schmerzambulanzen, und hochspezialisierte Versorgung, also Einrichtungen, die intensive multimodale Therapieprogramme anbieten. Jeder Ebene werden leitliniengerechte Kompetenzen zugeordnet, mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten eine zeitgerechte optimale Diagnostik und Therapie zu ermöglichen. „Die drei Versorgungsebenen müssen in Österreich allerdings weiter verbessert werden“, erklärt ÖSG-Generalsekretär Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, Leiter der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum Klagenfurt und LKH Wolfsberg; Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Sigmund Freud Universität. Mögliche Verbesserungen in der Versorgung wären beispielsweise mehr ambulante und stationäre Schmerzzentren, die Ausweitung von multimodalen Therapieangeboten und entsprechenden Zentren und eine optimale Vernetzung von niedergelassenen Schmerzbehandlerinnen und -behandlern. Zudem braucht es eine Aufwertung der schmerzmedizinischen Aus- und Weiterbildung, angepasst auch an die verschiedenen Versorgungsebenen.

Lange Wartezeiten für Schmerzpatienten verschlechtern Gesundheitszustand weiter

Eine gut funktionierende abgestufte Versorgung würden lange Wartezeiten in der Schmerzmedizin reduzieren. „Lange Wartezeiten in der Schmerzversorgung verschlechtern nachweislich den Gesundheitszustand von Menschen mit chronischen Beschwerden weiter: Ihre Schmerzen intensivieren sich, gleichzeitig verschlechtert sich ihre Lebensqualität bis hin zu Depression und Schlafstörungen“, betont Prof. Likar. Der Sinn der Basisversorgung auf der ersten Ebene ist neben der Diagnosestellung und Einleitung der Therapie ein Screening auf schwerwiegende Ursachen des Schmerzes, die sofort behandelt werden müssen. Manche Schmerzpatientinnen und -patienten sind bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt gut aufgehoben. Doch insbesondere auf dem Land wirkt sich auch hier der Ärztemangel negativ aus.

Wenn bei nicht spezifischen akuten Schmerzen innerhalb von einigen Wochen keine wesentliche Besserung der Schmerzen erreicht wird, sollten Patienten auf die zweite Ebene verwiesen werden. Allerdings gibt es in ganz Österreich nur 48 Schmerzambulanzen, die zudem regional sehr ungleich verteilt sind. Die wenigsten können einen Vollbetrieb leisten, meist aufgrund fehlender personeller und zeitlicher Ressourcen. Deshalb gibt es oft wochenlange Wartezeiten auf einen Behandlungstermin. Für besonders schwer chronifizierte Schmerzen sollten in der dritten Versorgungsebene spezielle interdisziplinäre Schmerzzentren zuständig sein, die multimodale Therapiekonzepte nach internationalen Standards anbieten können. Dieses Angebot ist allerdings noch immer viel zu klein, verfügbar sind solche multimodalen Programme etwa am Klinikum Klagenfurt und am Schmerzzentrum der ÖGK (vormals WGKK) in Wien. „Unser Ziel muss es sein, in jedem Bundesland zumindest ein Schmerzzentrum mit einem solchen multimodalen Angebot zu haben“, unterstreicht ÖSG-Generalsekretär Prof. Likar.

Neuer Qualitätsstandard für die abgestufte Schmerzversorgung unspezifischer Kreuzschmerzen

Einen wichtigen Fortschritt gibt es bei der Versorgung von Kreuzschmerzen, die in Österreich zu den häufigsten Leiden zählt. „Hier wird es bald gelingen, einen Qualitätsstandard für eine abgestufte Versorgung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu verankern“, sagt ÖSG-Vizepräsidentin Dr. Waltraud Stromer, Oberärztin an der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Landeskrankenhaus Horn.

Im neuen „Qualitätsstandard abgestufte Schmerzversorgung unspezifischer Kreuzschmerz“ wurde ein dreistufiges Versorgungskonzept detailliert festgelegt, das bestmögliche Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen flächendeckend, wohnortnah und effizient gewährleisten soll. Ein wichtiger Teil des Qualitätsstandard ist das STarT Back-Screening-Tool. Mit diesem kurzen Fragenbogen können Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner rasch jene Kreuzschmerzpatienten herausfiltern, bei denen die Gefahr einer Chronifizierung besteht oder deren Akutbeschwerden rasch behandelt werden müssen. Sie können außerdem besser einschätzen, welche Versorgungsebene die Kreuzschmerzpatienten jeweils benötigen. Der Fragebogen erfasst nicht nur die biomedizinischen Aspekte des Kreuzschmerzes, sondern hilft auch, die psychosozialen Faktoren angemessen zu berücksichtigen. „Eine derartige Entwicklung ist richtungsweisend und auch für alle anderen Bereiche der Schmerzversorgung dringend notwendig“, resümiert ÖSG-Vizepräsidentin Dr. Stromer.

Service für Patienten und Interessierte: Informationsfolder und Webinar

Damit sich Patienten und Angehörige über aktuelle Möglichkeiten der Schmerzmedizin informieren können, legt die ÖSG einen Patientenflyer mit dem Titel „Schmerzen vorbeugen – Schmerzen behandeln“ auf. Er ist in Arztpraxen und zum Download erhältlich unter https://www.bkkommunikation.com/downloads/Schmerzwochen_2020_Flyer.pdf.

Außerdem bietet die ÖSG auch 2020 wieder ein kostenloses Webinar für Patienten, Angehörige und Interessierte an. Bei diesem interaktiven Online-Event erörtern ÖSG-Präsident Prim. Mitrovic, ÖSG-Vizepräsidentin OÄ Dr. Waltraud Stromer und ÖSG Past Präsidentin OÄ Dr. Gabriele Grögl-Aringer die wichtigsten Möglichkeiten der Schmerzprävention, zeigen auf, dass Schmerz nicht gleich Schmerz ist und informieren über den Einsatz von Cannabis in der modernen Schmerzmedizin. Anschließend stehen die Schmerzexpertinnen und -experten für Fragen der Teilnehmenden zur Verfügung. Details zur Anmeldung und Teilnahme gibt es unter www.oesg.at oder www.bkkommunikation.com/de/patientenwebinar2020/.

Ausführliche Statements der zitierten Expertin bzw. Experten sowie Fotos von der Auftakt-presskonferenz finden sich unter <https://www.bkkommunikation.com/de/presse-service/>. Audio- und Videomaterial von der Pressekonferenz werden unter www.o-ton.at zur Verfügung gestellt.

Quellen:

- T Landmark et al, Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: Evidence from the HUNT 3 study. *Pain* 2011; 152; 2241-2247
- D Fancourt et al, Physical and Psychosocial Factors in the Prevention of Chronic Pain in Older Age; *The Journal of Pain Volume 19, Issue 12*, December 2018, Pages 1385-1391.
- D. Steffens et al, Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2016;176(2):199–208. doi:<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7431>
- BMASGK (2019): Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Karstens S, Steinhäuser J, Joos S: Der STarT-Fragebogen. Ein Instrument zur abgestuften Therapiezuweisung bei Kreuzschmerzen. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2013;65 (5):50-53

Mit freundlicher Unterstützung von



*Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der
Österreichischen Schmerzgesellschaft.*

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Schmerzen vorbeugen als zentrales Thema der 19. ÖSG-Schmerzwochen – bis zu 1,8 Millionen Menschen in Österreich haben chronische Schmerzen – Bewegung als hochwirksames Schmerzmittel

Statement **Prim. Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic**, Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG); Leiter der Abteilung Neurologie, Salzkammergut-Klinikum, Vöcklabruck

Es freut mich, Sie als Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft zum Auftakt der alljährlichen Schmerzwochen begrüßen zu dürfen. Unsere Informationsinitiative setzt im Einklang mit der internationalen Kampagne der International Association for the Study of Pain (IASP) und der Europäischen Schmerzförderer (EFIC) einen thematischen Schwerpunkt: In diesem Jahr richten wir unseren Fokus auf die vielfältigen Möglichkeiten der Schmerzprävention. Wir, die Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG), möchten die neuesten Erkenntnisse der schmerzmedizinischen Forschung bekannter machen und über die bestehenden Therapieangebote in Österreich informieren. Nicht zuletzt richten wir uns mit dieser Initiative auch an alle, die für die medizinische Versorgung verantwortlich sind. Sie sind gefordert, die nötigen Angebote für Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten zu verbessern.

Enorme Folgekosten von chronischen Schmerzen

Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs werden Schmerzen in akute, subakute oder chronische eingeteilt. Die Zeitachse ist nicht der alleinige determinierende Faktor für einen chronischen Schmerz. Wichtiger noch ist der Zeitpunkt, an dem der Schmerz seine Warnfunktion verloren hat und zu einer eigenständigen Erkrankung geworden ist. Dieses Schicksal kann Menschen in jedem Lebensalter treffen, so ist auch bei nicht wenigen Kindern und Jugendlichen Schmerz ein ständiger Begleiter. Bei Menschen höheren Alters gelten Schmerzen oft als unvermeidbare Folge des Älterwerdens. Diese Schmerzen können jedoch durch konsequente Behandlung gelindert werden, was zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Chronische Schmerzen sind ein weit verbreitetes und auch sehr teures Problem: Die Kosten dafür sind enorm, wie etwa Daten aus Deutschland zeigen: Dort gehen 2,2 Prozent des BIP auf das Konto chronischer Schmerzen, verursacht durch direkte Gesundheitskosten und Produktivitätsausfälle. In Österreich dürfte die Situation ähnlich sein. Gemäß Umfragen und internationalen Datenerhebungen gehen wir für Österreich von 1,5 bis 1,8 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen aus.

„Regelmäßige Bewegung und kulturelle Aktivitäten“ wirken chronischem Schmerz entgegen

Die Studien belegen, dass Bewegung geradezu ein Wundermittel gegen chronische Schmerzen ist: Menschen im Erwerbsalter entwickeln seltener chronische Schmerzen, wenn sie drei- bis fünfmal pro Woche trainieren. Regelmäßige körperliche Aktivität senkt nachweislich das Risiko für Arthrosen von Hüfte oder Knie, ebenso das Risiko für Schmerzen im unteren Rücken. Wie eine aktuelle Metastudie mit insgesamt über 30.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zeigt, hilft körperliches Training

wirksam, die Wahrscheinlichkeit für das Wiederauftreten von Beschwerden im unteren Rückenbereich zu reduzieren.

Auch ab dem 50. Lebensjahr scheint regelmäßige Bewegung ein „Schutz“ gegen chronische Schmerzen zu sein. Eine englische Langzeitstudie mit rund 2.600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern kam zu dem Ergebnis, dass „Kraftkammer und Kultur“ chronischen Schmerz reduzieren können. Das Forscherteam hat über eine Dekade Menschen ab 50 begleitet, die zu Studienbeginn noch keine chronischen Schmerzen hatten. 42 Prozent davon entwickelten im Studienzeitraum chronische Schmerzen, wobei Frauen deutlich stärker betroffen waren. Probanden, die einmal wöchentlich ein intensives Training absolvierten, waren besser geschützt. Moderate Bewegung einmal pro Woche hingegen schien nicht auszureichen.

Neben Bewegung wurde auch die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen wie Museums- oder Konzertbesuche als vorbeugende Maßnahme gegen chronische Schmerzen identifiziert, vermutlich, weil sie moderate Bewegung, soziales Leben und geistige Herausforderung verknüpfen und für Wohlbefinden sorgen.

Die WHO empfiehlt 150 Minuten moderate Bewegung pro Woche, das sind zum Beispiel 10.000 Schritte pro Tag. Von wesentlicher Bedeutung ist hier die individuelle Bereitschaft zur körperlichen Aktivität. Um die Motivation zu erhöhen, sollten die entsprechenden Sport- und Bewegungsangebote für Menschen jeden Alters verbessert werden. Daher ist es unser erklärtes Ziel im Rahmen der Schmerzwochen sowohl den einzelnen Menschen, als auch den zuständigen Gesundheitsinstitutionen aktuelle und zeitgemäße Inputs für die Verbesserung der Schmerzprävention und der Schmerzbehandlung zu geben.

Webinar für PatientInnen, Angehörige und Interessierte am 4. Februar um 16 Uhr

Aufgrund der positiven Rückmeldungen des letzten Jahres sind auch heuer Patienten- Informationsbroschüren sowie ein Webinar für PatientInnen, Angehörige und Interessierte geplant. ÖSG-Vizepräsidentin OÄ Dr. Waltraud Stromer, ÖSG Past-Präsidentin OÄ Dr. Gabriele Grögl-Aringer und ich werden in dieser interaktiven Online-Veranstaltung über Möglichkeiten der Schmerztherapie referieren und für konkrete Fragen zur Verfügung stehen. Das Webinar findet am 4. Februar um 16 Uhr statt, Details zur Anmeldung und Teilnahme gibt es unter www.oesg.at und www.bkkommunikation.com/de/patientenwebinar2020/.

Abgestufte Schmerzversorgung und politische Entscheidungsträger

Die Österreichische Schmerzgesellschaft verfolgt das Ziel, dass gut informierte, mündige Schmerzpatientinnen und -patienten auf schmerzmedizinisch gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte treffen. Das ist die optimale Voraussetzung dafür, dass die verfügbaren Behandlungsmethoden bestmöglich eingesetzt werden. Daneben bedarf es einer klar definierten, einheitlichen und leitlinienbezogenen Vorgangsweise bei Diagnostik und Therapie. Als optimales Modell hat sich die abgestufte Schmerzversorgung mit drei Versorgungsebenen erwiesen: Basisversorgung, spezialisierte Versorgung (z.B. intramurale Schmerzzambulanzen) und hochspezialisierte Versorgung (Einrichtungen, die u.a. sehr intensive multimodale Therapieprogramme anbieten). Jeder Ebene werden leitliniengerechte Kompetenzen, Rechte und Pflichten zugeordnet, mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten eine zeitgerechte optimale Diagnostik und Therapie zu ermöglichen. Auf jeder Versorgungsebene können in Österreich Verbesserungen eingeführt werden. Der Sinn der Basisversorgung ist neben der Diagnosestellung und Einleitung der Therapie ein Screening auf schwerwiegende Ursachen des Schmerzes. Wenn innerhalb von einigen Wochen keine wesentliche

Besserung der Schmerzen erreicht werden kann, sollen Patienten auf die Etage spezialisierte Versorgung verwiesen werden. Bei fehlender Besserung sollen Patienten schleunigst in die multimodalen Therapieprogramme der dritten Etage eingegliedert werden. Die abgestufte Schmerzversorgung funktioniert leider in der Praxis nicht zufriedenstellend. Eine gute Vernetzung ist hier enorm wichtig, da eine Verzögerung zwischen den Etagen das Risiko für den chronischen Schmerz wesentlich erhöht. Die Kapazitäten der spezialisierten und hochspezialisierten Einrichtungen für die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten sind leider in Österreich sehr begrenzt, was zu längeren Wartezeiten und Verzögerungen in der Versorgung führt. Obwohl das Niveau unseres Gesundheitssystems sehr hoch ist, gibt es im Bereich der Schmerzbehandlung noch viel zu wenig Strukturen, die sehr intensive und erfolgsversprechende Therapieprogramme anbieten.

Mögliche Verbesserungen in der Versorgung wären z.B.: mehr ambulante und stationäre Schmerzzentren, mehr strukturiert ausgebildete Schmerztherapeuten, Ausweitung von multimodalen Therapieansätzen sowie eine bessere Vernetzung von niedergelassenen Schmerztherapeuten.

Die Etablierung einer gut funktionierenden abgestuften Schmerzversorgung in Österreich würde das Leiden von Schmerzpatientinnen und –patienten deutlich reduzieren. Was wir brauchen – und das ist auch unser Appell an die Gesundheitspolitik und die Sozialversicherungen – ist eine gut geplante abgestufte Versorgung, in der jede Schmerzpatientin und jeder Schmerzpatient genau auf jener Ebene behandelt und betreut wird, auf der er oder sie am besten aufgehoben ist.

Die Schmerzwochen, als Informations- und Medienaktion der ÖSG finden heuer bereits zum 19. Mal statt und richten sich an die breite Öffentlichkeit, Schmerzpatienten und deren Angehörige. Mit der diesjährigen Veranstaltung ist es uns ein besonderes Anliegen, den hohen Stellenwert körperlicher Bewegung und sonstige Maßnahmen in der Vorbeugung von Schmerzen sowie der Behandlung chronischer Schmerzen zu betonen. Dazu gehört vor allem die individuelle Bereitschaft zur körperlichen Aktivität. Abschließend möchte ich unseren Unterstützerinnen und Unterstützern aus der Industrie für ihr Engagement und die langjährige Loyalität danken.

Quellen:

MN Raftery et al, The economic cost of chronic noncancer pain in Ireland: results from the PRIME study, part 2. *J Pain*. 2012 Feb;13(2):139-45

R Gatchel et al, Research Agenda for the Prevention of Pain and Its Impact: Report of the Work Group on the Prevention of Acute and Chronic Pain of the Federal Pain Research Strategy, *The Journal of Pain*, Vol 19, No 8 (August), 2018: pp 837-851

Martelletti et al.; My Migraine Voice survey: a global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed *The Journal of Headache and Pain* (2018) 19:115

T Landmark et al, Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: Evidence from the HUNT 3 study. *Pain* 2011; 152; 2241-2247

D Fancourt et al, Physical and Psychosocial Factors in the Prevention of Chronic Pain in Older Age; [The Journal of Pain Volume 19, Issue 12](#), December 2018, Pages 1385-1391.

D. Steffens et al, Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):199–208. doi:<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7431>

Mit freundlicher Unterstützung von



*Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der
Österreichischen Schmerzgesellschaft.*

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Schmerztherapie bitte warten: Schmerzen werden häufig viel zu spät behandelt, oft jahrelange Odyssee bis zur korrekten Diagnose

Statement ÖSG-Generalsekretär **Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar**, Leiter der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum Klagenfurt und LKH Wolfsberg; Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Sigmund Freud Universität

3,6 Millionen Österreicherinnen und Österreicher haben laut der letzten Gesundheitsbefragung der Statistik Austria im Laufe der vergangenen vier Wochen unter Schmerzen gelitten. Geschätzte 500.000 bis 600.000 Personen sind hierzulande durch chronische Schmerzen erheblich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt.

Rasche Schmerzbehandlung verhindert weitere Verschlechterungen

Für diese Menschen ist eine spezialisierte ärztliche Schmerzversorgung dringend notwendig. Lange Wartezeiten in der Schmerzversorgung verschlechtern nachweislich den Gesundheitszustand von Menschen mit chronischen Beschwerden weiter: Ihre Schmerzen intensivieren sich, gleichzeitig verschlechtert sich ihre Lebensqualität bis hin zur Depression. Die International Association for the Study of Pain (IASP) empfiehlt daher eine möglichst rasche Behandlung aller Schmerzen:

- Akute Schmerzen müssen sofort behandelt werden.
- Schwere Schmerzzustände mit dem Risiko der Verschlechterung und Chronifizierung sollten innerhalb einer Woche versorgt werden. Das gilt etwa für Schmerzen bei Kindern, beim Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) oder bei krebisbedingten oder terminalen Schmerzen.
- Eine Empfehlung für die Behandlung innerhalb eines Monats gibt es für schwere unterdiagnostizierte oder fortschreitende Schmerzen mit dem Risiko von funktionalen Einschränkungen – etwa bei Rückenschmerzen oder fortdauernden Schmerzen nach Operationen oder Traumata.
- Spätestens innerhalb von acht Wochen sollten langfristig anhaltende Schmerzen ohne signifikante Schmerzsteigerung versorgt werden.

Abgestufte Versorgungsstruktur flächendeckend gewährleisten

Wie in vielen anderen Ländern sind aber leider auch in Österreich die Wartezeiten viel zu lang: Schmerzpatienten müssen im Schnitt eine eineinhalb- bis zweijährige Odyssee auf sich nehmen, bis sie zu einer aussagekräftigen Diagnose kommen – fast jeder Fünfte bekommt überhaupt keine. Der Hauptgrund dafür: Die bestehende Versorgungsstruktur kann nicht für alle Betroffenen eine rasch einsetzende und auf die individuellen Bedürfnisse angepasste Schmerztherapie garantieren. Die Lösung liegt deshalb in einer abgestuften Versorgung: Nicht jeder Schmerzpatient benötigt die höchste Versorgungsstufe.

- Die erste Stufe der Versorgungsebene ist der extramurale niedergelassene Bereich: Manche Patientinnen und Patienten mit Schmerzen sind bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt

gut aufgehoben. Hier erfolgt die primäre schmerzmedizinische Versorgung. Doch insbesondere auf dem Land wirkt sich auch hier der Ärztemangel negativ aus.

- Die zweite Versorgungsstufe übernehmen die Schmerzambulanzen und -ambulatorien. Allerdings gibt es in ganz Österreich nur 48 Schmerzambulanzen, die zudem regional sehr ungleich verteilt sind. Die wenigsten können einen Vollbetrieb leisten, meist aufgrund fehlender personeller und zeitlicher Ressourcen. Im Durchschnitt liegen die Ambulanzöffnungszeiten bei nur 18 Stunden pro Woche. Deshalb gibt es oft wochenlange Wartezeiten auf einen Behandlungstermin.
- Für die langfristige Behandlung sollten in der dritten Versorgungsebene spezielle interdisziplinäre Schmerzzentren zuständig sein. Dieses Angebot ist allerdings noch immer viel zu klein, auch wenn nun erfreulicherweise neben dem Zentrum Klagenfurt, das lange Zeit das einzige derartige Zentrum in Österreich war, mit einem Schmerzzentrum der WGKK in Wien eine weitere spezialisierte und multimodal tätige Einrichtung zur Verfügung steht. Das Ziel muss sein, in jedem Bundesland zumindest ein Schmerzzentrum zu haben.

Einen klaren Fortschritt gibt es bei der Versorgung des Kreuzschmerzes. Hier wird es gelingen, einen Qualitätsstandard für eine abgestufte Versorgung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu verankern. OÄ Dr. Stromer wird näher darauf eingehen. Eine derartige Entwicklung ist auch für alle anderen Bereiche der Schmerzversorgung dringend notwendig.

Aus- und Fortbildung verbessern

Die Verbesserung der Versorgungsstruktur auf allen Ebenen steht und fällt auch mit der Verbesserung der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte, die Schmerzen behandeln. Die postgraduelle Qualifikation muss sich dabei den Erfordernissen der Versorgung anpassen. Auch die zusätzliche spezielle Ausbildung zur Schmerzbehandlung muss also entsprechend abgestuft werden, je nachdem auf welcher Ebene Arzt oder Ärztin tätig ist.

An spezieller postgradueller Zusatzausbildung für die Schmerzversorgung gibt es derzeit in Österreich das Diplom der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) „Spezielle Schmerztherapie“ auf freiwilliger Basis. Außerdem gibt es den Universitätslehrgang „Interdisziplinäre Schmerzmedizin“. Rund 1.000 Ärztinnen und Ärzte absolvierten das Schmerzdiplom der ÖÄK, das vor allem auf den niedergelassenen Bereich ausgerichtet ist. Mit dieser Ausbildung konnte und kann die Qualität der Behandlung der häufigsten Schmerzformen verbessert werden. Es gibt aber zu wenig Schmerzambulanzen und somit auch zu wenig Praxisplätze, um die für das Diplom erforderlichen 80 Stunden strukturierter schmerzmedizinischer Praxis zu absolvieren.

Für die Fortbildung jener Medizinerinnen und Mediziner, die an spezialisierten Einrichtungen der Schmerzversorgung tätig sein sollen, brauchen wir zudem andere Zusatzqualifikationen. Ein vertieftes Wissen um das komplexe Phänomen Schmerz würde die Chancen auf eine rasche und zielgenaue Diagnose und adäquate Therapie erhöhen. Die ÖGARI hat daher 2017 den Antrag gestellt, ein zweites Diplom einzuführen, das auf dem ersten aufbaut. Diese weiterführende Ausbildung sollte die „Spezialisierung Schmerzmedizin“ etablieren. Das anspruchsvolle Ausbildungspaket hätte eine breite Themenpalette abgedeckt, von der Schmerzerfassung, den besonderen Erfordernissen im Umgang mit chronischen Schmerzkrankheiten bis zur palliativen Schmerztherapie, Methoden der physikalischen Medizin oder Stimulationstechniken. Die ÖÄK hat aber leider diesen Antrag abgelehnt, obwohl nahezu alle beteiligten Fachgesellschaften die vertiefte Ausbildung befürwortet haben.

In Österreich wird nach wie vor keine standardisierte universitäre Ausbildung zur Schmerzmedizin angeboten, weil die Curricula nicht einheitlich sind. Zwar findet das Thema Schmerz in zahlreichen Bereichen der neuen Facharztausbildung Beachtung, aber es wurde keine Stundenzahl für die Tätigkeit in einer schmerzmedizinischen Einrichtung festgelegt. Meines Erachtens wäre es wichtig, mehrere Monate in einer Schmerzklinik zu verbringen, um sich vertiefende Kenntnisse anzueignen.

Um die Versorgung der Schmerzpatienten zu verbessern und Wartezeiten möglichst kurz zu halten, appelliere ich an die künftige Bundesregierung, ausreichende Kapazitäten für eine abgestufte Versorgungsstruktur zu schaffen. Zudem braucht Österreich dringend eine Aufwertung der schmerzmedizinischen Aus- und Weiterbildung.

Quellen:

Lynch ME, Campbell FA, Clark AJ, Dunbar M, Goldstein D, Peng P, Stinson J, Tupper H. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. Pain 2008;136:97–116.

International Association for the Study of Pain Task Force on Wait-Times: Summary and Recommendations. https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf

Stadt Wien (Hrsg.), Schmerzbericht Wien 2018. Wien, September 2018. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/schmerzbericht.html>

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Volksleiden Rückenschmerzen: Zu viele unnötige Wirbelsäulen-Operationen – Neuer Qualitätsstandard hilft mit abgestuftem Versorgungskonzept

Statement ÖSG-Vize-Präsidentin **Dr. Waltraud Stromer**; Oberärztin an der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Landesklinikum Horn

Rückenschmerzen gehören in Österreich zu den häufigsten Leiden. Wenn Patientinnen und Patienten angeben, dass sie unter Schmerzen leiden, ist fast bei der jeder und jedem Zweiten der Rücken betroffen. Natürlich sollten alle Möglichkeiten der Vorbeugung ausgeschöpft werden, damit diese Schmerzen gar nicht erst entstehen oder gar chronisch werden. Aber leider ist der Rückenschmerz ein Gesundheitsproblem, das sich den verschiedenen Ansätzen von Prävention, kurativen Therapie und Rehabilitation oft hartnäckig widersetzt. Das ist nicht zuletzt wegen der Komplexität von Rückenschmerzen so. Diese können vielfältige Ursachen und unterschiedliche Ausformungen haben, die auch von psychosozialen Faktoren bestimmt werden. Für die Behandlung ist daher ein abgestuftes Versorgungskonzept nötig, das auf die individuellen Zustände und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen kann.

Studie: Bei systematischen Zweitmeinungsverfahren deutlich weniger Wirbelsäulen-OPs

Das umso mehr, als zum Beispiel eine aktuelle Studie aus Deutschland zeigt, dass Wirbelsäulen-Operationen zwar innerhalb von zehn Jahren um 71 Prozent zugenommen haben, jedoch sehr oft medizinisch nicht erforderlich sind und sehr gut durch konservative Behandlungsmethoden ersetzt werden könnten. Die Studienautoren boten im Auftrag mehrerer gesetzlicher Krankenkassen Rückenschmerz-Patienten mit bereits fixiertem OP-Termin im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens die Möglichkeit, die OP-Indikation und konservative Therapiealternativen zu überprüfen. Das wurde bei 3.824 Patienten so gemacht, und in nur 7,7 Prozent der Fälle wurde die Notwendigkeit der OP bestätigt. Bei 44,9 Prozent der Patienten wurde alternativ eine besondere Versorgung im Rahmen eines ambulanten multimodalen Intensivprogramms empfohlen, bei 47,4 die Fortführung der Behandlung als ausreichend angesehen. Es zeigte sich, dass in neun von zehn Fällen die Absage der Operation endgültig war und die OP nicht nachgeholt wurde musste. Die Studienautoren raten daher, die Indikation zur operativen Intervention bei Rückenschmerzen kritisch zu hinterfragen und das Einholen einer Zweitmeinung durch ein erfahrenes, interdisziplinär besetztes Team konservativ tätiger Schmerzspezialisten zur gesetzlich verpflichtenden Voraussetzung zu machen.

Neuer Qualitätsstandard abgestufte Schmerzversorgung unspezifischer Kreuzschmerz

Die Österreichische Schmerzgesellschaft arbeitet intensiv und in guter Partnerschaft mit dem Gesundheitsministerium daran, die Versorgung und das Schmerzmanagement von Rückenschmerzpatienten beständig zu verbessern. So ist es nach langen Vorarbeiten 2018 gelungen, mit der „Leitlinie unspezifischer Kreuzschmerz“ einen Wegweiser für die optimale Versorgung dieser Schmerzen zu publizieren. Der jüngst entstandene „Qualitätsstandard abgestufte Schmerzversorgung

unspezifischer Kreuzschmerz“ stellt einen weiteren wichtigen Fortschritt dar. Diese Expertenempfehlungen zur Verbesserung der Kreuzschmerzversorgung sollen nun in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) aufgenommen werden. Damit wird erstmals ein wichtiges Teilgebiet der Schmerzversorgung in der Gesundheitsplanung verankert.

Drei Versorgungsebenen flächendeckend in ganz Österreich

Im neuen Qualitätsstandard wurde ein dreistufiges Versorgungskonzept festgelegt, das bestmögliche Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen flächendeckend, wohnortnah und effizient gewährleisten soll. Ein abgestuftes Versorgungskonzept hilft, die angemessene Behandlung zu finden und solche unnötigen Operationen zu vermeiden.

Wie sollte ein abgestuftes Versorgungskonzept aussehen? Die Versorgungsebene I bietet die Basisversorgung und wird vor allem von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt. Hier erfolgt innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Auftreten der Schmerzen das Erst-Assessment mit Anamnese und klinischer Untersuchung, die leitlinienkonforme Behandlung, die Aufklärung und Beratung der Patienten sowie ein Screening, ob psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren vorliegen. Sind die Therapieergebnisse nach sechs Wochen nicht zufriedenstellend, sollen die Allgemeinmediziner die Patienten in die Versorgungsebene II weiterleiten.

Die Versorgungsebene II bilden niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, selbständige Ambulatorien oder Reha-Einrichtungen, sowie intramurale interdisziplinäre Schmerzambulanzen. Hier untersucht der Facharzt oder die Fachärztin, ob psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Faktoren für die Chronifizierung des Rückenschmerzes besonders berücksichtigt werden müssen und ob eine weiterführende Diagnostik indiziert ist. Bei Bedarf wird eine multimodale Schmerztherapie durchgeführt. Bestehen die Rückenschmerzen nach zwölf Wochen dennoch weiter, kommen die Patienten auf Versorgungsebene III. Hier erfolgt eine hochspezialisierte interdisziplinäre und ggf. multimodale Versorgung mit Durchführung eines interdisziplinären Assessments mit ggf. weiterführender Diagnostik, mit akutmedizinischer und, wenn zur Gewinnung diagnostischer Erkenntnisse bzw. zur Schmerzlinderung nötig, interventioneller Schmerztherapie. Die Patientenedukation wird intensiviert, ggf. werden schmerz-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt. Die Versorgungsebene III kann beispielsweise ein interdisziplinäres Schmerzzentrum, eine Reha-Einrichtung oder eine Tagesklinik sein.

Das abgestufte Versorgungskonzept soll dazu führen, dass die angemessene Behandlung von Rückenschmerzpatienten jeweils zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Versorgungseinrichtung und mit leitliniengerechter adaptierter Therapie erfolgt. Die Kriterien für die Überleitung in die nächste Ebene müssen dabei nachvollziehbar und transparent sein. Das Ziel ist auch, dass die Versorgung bei bestmöglicher Qualität gesamtwirtschaftlich kostengünstig abläuft.

Neues Screeningtool für AllgemeinmedizinerInnen

Ein wichtiger Teil des neuen österreichischen „Qualitätsstandards abgestufte Schmerzversorgung unspezifischer Kreuzschmerz“ ist ein Screeningtool, das ich gemeinsam mit Prof. Sven Karstens von der Hochschule Trier erarbeitet habe. Das STarT Back-Screening-Tool ist ein sehr praktikables Online-Assessment mit einem aus neun Punkten bestehendem Fragebogen, welcher in unterschiedlichen Sprachen (für Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund) zur Verfügung steht. Nach einer raschen Online-Auswertung wird das Chronifizierungsrisiko der Patientinnen und Patienten ermittelt und eine entsprechende risikoadaptierte Therapie, welche zeitnah einzuleiten ist, vorgeschlagen. Als

Vorlage diene dabei das STaRT Back Screening Tool der University of Keel. Mit der Beantwortung des kurzen Fragebogens können Allgemeinmediziner jene Kreuzschmerzpatienten herausfiltern, bei denen die Gefahr einer Chronifizierung besteht. Sie können außerdem besser einschätzen, welche Versorgungsebene die Kreuzschmerzpatienten benötigen. Der Fragebogen erfasst nicht nur die biomedizinischen Aspekte des Kreuzschmerzes, sondern hilft auch, die psychosozialen Faktoren angemessen zu berücksichtigen.

Quellen:

BMASGK (2019): Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

Hill JC, Dunn K et al: A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 59, No. 5, May 15, 2008, pp 632–641

Karstens S, Steinhäuser J, Joos S: Der STaRT-Fragebogen. Ein Instrument zur abgestuften Therapiezuweisung bei Kreuzschmerzen. pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten 2013;65 (5):50-53

Karstens S, Joos S, Hill J C. et al: General Practitioners Views of Implementing a Stratified Treatment Approach for Low Back Pain in Germany: A Qualitative Study. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0136119 August 31, 2015

Überall M, Nolte T, Kletzko H, Müller-Schwefe G: Operationen bei chronischen Rückenschmerzen nur in 7,7 % indiziert! Ergebnisse des IMC Zweitmeinungsverfahrens bei 3824 Patienten mit bereits terminierten Rückenoperationen. Abstract P11.01. Der Schmerz 2019; Suppl 1: 73

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Schmerzen wirksam vorbeugen: Österreichische Schmerzgesellschaft bietet Info-Material und interaktives Webinar für Patienten und Angehörige

Bis zu 1,8 Millionen Menschen jeden Alters leiden in Österreich unter chronischen Schmerzen. Doch muss das sein? Wie können wir chronischen Schmerzen vorbeugen? Anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen bietet die ÖSG Informationsmaterialien für Patienten und Angehörige und lädt Interessierte zu einem Webinar am 4. Februar um 16 Uhr ein. Details zur Anmeldung und Teilnahme gibt es unter www.oesg.at oder www.bkkommunikation.com/de/patientenwebinar2020/.

Wien, 21. Jänner 2020 – Bis zu 1,8 Millionen Menschen sind in Österreich von chronischen Schmerzen betroffen. Bei 350.000 haben sich die Schmerzen zu einer eigenständigen schweren Erkrankung mit massiver Chronifizierung entwickelt. Das müsste vielfach nicht so sein, oft lassen sich Schmerzen zum Beispiel durch einen aktiveren Lebensstil vermeiden. Für andere gibt es Möglichkeiten der medikamentösen Prophylaxe. Sehr häufig sind chronische Schmerzen die Folge von ungenügend behandelten Akutschmerzen.

Die von der ÖSG initiierten „Österreichischen Schmerzwochen“ stehen heuer im Zeichen der Schmerzvorbeugung. „Dafür möchten wir ein Bewusstsein schaffen und Betroffene ermutigen, für ihre Gesundheit aktiv zu werden und sich nicht mit Schmerzen einfach abzufinden“, sagt ÖSG-Präsident Prim. Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic. Die zum 19. Mal stattfindende Informations- und Medienkampagne macht sich nicht nur für eine bessere Schmerzversorgung stark, sondern will Betroffene auch aufklären und unterstützen.

Patientenfolder „Schmerzen vorbeugen – Schmerzen behandeln“

Damit sich Patienten und Angehörige über aktuelle Möglichkeiten der Schmerzmedizin informieren können, legt die ÖSG einen Patientenflyer mit dem Titel „Schmerzen vorbeugen – Schmerzen behandeln“ vor. Er ist in Arztpraxen und zum Download erhältlich unter https://www.bkkommunikation.com/downloads/Schmerzwochen_2020_Flyer.pdf.

Bei Online-Webinar Fragen an die Experten stellen

Nach der großen Resonanz des Vorjahrs bietet die ÖSG auch 2020 wieder ein Webinar für Patienten, Angehörige und Interessierte. Bei diesem interaktiven Online-Event referieren ÖSG-Präsident Prim. Mitrovic, ÖSG-Vizepräsidentin OÄ Dr. Waltraud Stromer und ÖSG Past Präsidentin OÄ Dr. Gabriele Grögl-Aringer. Sie erörtern die wichtigsten Möglichkeiten der Schmerzprävention, unter anderem durch regelmäßige körperliche Bewegung und die Einnahme geeigneter Medikamente. Es wird dargelegt, dass Schmerz nicht gleich Schmerz ist und dass spezifische Schmerzen auch sehr spezifisch behandelt werden müssen. Nicht zuletzt geht es um den Einsatz von Cannabis in der modernen Schmerztherapie. Anschließend stehen die Schmerzexpertinnen und -experten für Fragen zur Verfügung.

„Wir freuen uns auf rege Beteiligung“, sagt ÖSG-Präsident Prim. Mitrovic. Das Webinar findet am 4. Februar um 16 Uhr statt. Details zur Anmeldung und Teilnahme gibt es unter www.oesg.at oder www.bkkommunikation.com/de/patientenwebinar2020/.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Weniger Schmerzen und mehr Lebensqualität: Neue Recover-E-App hilft Patienten nach Hüft- oder Kniegelenkersatzoperation

Die Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg launcht eine neue App, um Patienten über alle Aspekte von Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen zu informieren und in der Rehabilitationsphase zu unterstützen. Eine Anwenderstudie zeigt: User haben weniger Schmerzen und mehr Lebensqualität.

Wien, 22. Jänner 2020 – Immer mehr Menschen benötigen aufgrund von Arthrosen einen künstlichen Gelenkersatz, insbesondere Hüft- oder Knieendoprothesen. Weil die Frührehabilitation rasch einsetzt, wird die Aufenthaltszeit im Spital nach der Operation zunehmend kürzer. „Es ist zwar gut, dass Patienten möglichst früh wieder mobilisiert werden. Der Krankenhausaufenthalt ist somit aber meist zu kurz, um sie mit umfassenden Informationen über die Operation zu versorgen und sie für den Genesungsprozess und die Anpassung ihres Alltags zu schulen“, sagt Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink, Vorstandmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) und Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG. Er entwickelte deshalb mit seinem Team die „Recover-E-App“ für Smartphones. Sie liefert Betroffenen Informationen über die Operation und den Rehabilitationsprozess und zeigt, welche Übungen sie nach der Operation machen können. Außerdem bietet sie Hilfe für das Alltagsverhalten und motiviert dazu, im Rehabilitationsprozess aktiv zu sein.

Anwenderstudie in vier Spitälern

„Wir haben den Nutzen der App in einer Studie in vier Krankenhäusern untersucht“, berichtet Prof. Osterbrink. Wer die App nutzte, so das Ergebnis, schaffte drei Monate nach der Operation Alltagsverrichtungen deutlich besser. Außerdem wiesen App-User geringere Schmerzintensität und höhere Lebensqualität auf als die Vergleichsgruppe. „Patienten haben zudem weniger Angst vor der Operation, wenn sie von der App schon vor dem Eingriff Gebrauch machen“, so Prof. Osterbrink.

Zusätzlich ist mit der Anwendungssoftware auch möglich, Mobilität, Schlafqualität, Schmerzintensität sowie Ernährungsstatus der Patienten zu dokumentieren. Diese Daten sind für die Evaluierung durch die behandelnden Ärzte bedeutsam. „Die App wird die Patienten in ihrem Selbstmanagement unterstützen und zu besserer Funktionalität und weniger Schmerzen nach dem Gelenkersatz beitragen“, resümiert Prof. Osterbrink.

Quelle:

EFIC 2019 Abstracts: P110 – Recover-E – A Mobile Support for Patients with Hip- or Knee Replacement. N. Nestler, N. Schüßler, A. Stauber, D. Bruns, N. Schürholz, J. Osterbrink Paracelsus Medical University, Institute of Nursing Science and Practice, Salzburg, Austria

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Hirntumore: Cannabidiol (CBD) wirkt schmerzlindernd und hemmt möglicherweise das Tumorwachstum

Dem Cannabinoid Cannabidiol (CBD) wird eine Vielzahl von medizinischen Wirkungen zugeschrieben. Neue Studien und Fallbeispiele zeigen, dass CBD den Schmerz bei Glioblastomen, der häufigsten bösartigen Hirntumor-Art bei Erwachsenen, lindert, die Lebensqualität verbessert und möglicherweise das Tumorwachstum hemmt.

Wien, 23. Jänner 2020 – Das körpereigene Endocannabinoid-System hat vielfältige Regulationsaufgaben im Organismus. Cannabidiol (CBD) und Tetrahydrocannabinol (THC) docken im gesamten Körper an Cannabinoid-Rezeptoren an und zeigen ein großes Wirkungsspektrum. Im Unterschied zu THC ist CBD nicht psychoaktiv und erweist sich Studien zufolge als Add-on-Therapie in der Schmerzmedizin als nützlich. „Hochdosiertes CBD kann in Kombination mit Opioiden und anderen Schmerzmedikamenten auch bei sonst therapieresistenten Schmerzsymptomen eingesetzt werden“, sagt Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar (Leiter der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum Klagenfurt und LKH Wolfsberg; Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Sigmund Freud Universität) anlässlich der 19. Schmerzwochen der ÖSG.

Der Generalsekretär der Österreichischen Schmerzgesellschaft verweist besonders auf die Wirksamkeit der Substanz bei der Behandlung von Patienten mit Grad IV Glioblastom Multiform, einer Hirntumorerkrankung mit einer durchschnittlichen Überlebenszeit von 14 bis 16 Monaten. Die wesentlichen Behandlungsmaßnahmen bestehen darin, den Hirntumor, sofern das durch seine Lage möglich ist, chirurgisch zu entfernen und eine unterstützende Radiochemotherapie durchzuführen.

CBD scheint Tumorwachstum zu bremsen

In einer 2019 publizierten Fallserie behandelte Prof. Likar die Glioblastom-Patienten zusätzlich mit einer täglichen Dosis von 400 mg CBD. „In der Folge gingen die Schmerzen zurück. Die depressive Verstimmung und die Schlafqualität der Patienten besserten sich eindeutig und auch ihre chronische Erschöpfung ließ nach“, berichtet er. Die Daten der Fallserie lassen aber auch darauf schließen, dass sich CBD nicht nur die Lebensqualität der Glioblastom-Patienten positiv auswirkt, sondern auch ihre Überlebenszeit verlängert. „Von den neun Patienten unserer Fallserie waren zur Zeit der Veröffentlichung bis auf einen alle noch am Leben mit einer durchschnittlichen Überlebenszeit von 22,3 Monaten. Das ist länger, als man erwarten durfte“, erklärte Prof. Likar. Als Grund dafür wird eine Tumor-hemmende Wirkung von CBD vermutet. Auch eine steigende Zahl von Daten aus in vitro und in vivo Forschungen der letzten Jahre weist auf die potenzielle Rolle von CBD als Tumor-hemmenden Wirkstoff hin. „Die zusätzliche Gabe von CBD könnte eine Option für zukünftige Glioblastom-Behandlungen sein, zumal sie auch in der Regel gut verträglich ist“, so Prof. Likar.

CBD – ein Wirkstoff mit vielen Einsatzmöglichkeiten

CBD ist ein Wirkstoff mit großem Potenzial: Studien zufolge könnte er zu einer neuen Behandlungsoption bei psychotischen Symptomen und Angstzuständen werden oder bei Suchterkrankungen eingesetzt werden. Mögliche weitere Einsatzgebiete von CBD sind unter anderem Morbus Parkinson, die Graft-versus-Host-Reaktion bei Transplantationen oder Hauterkrankungen mit starkem Juckreiz. Das bislang einzige in der EU zugelassene CBD-Fertigarzneimittel Epidiolex wird bei seltenen und schweren Formen der kindlichen Epilepsie verwendet.

Experten fordern Aufnahme von CBD ins Arzneibuch

Die medizinischen Anwendungen von hochreinem und synthetisch hergestelltem CBD müssen allerdings klar vom Gebrauch von frei erhältlichen CBD-Extrakten unterschieden werden. In zahlreichen europäischen Ländern sind CBD-Extrakte frei erhältlich, die unter anderem als Öle, Tees oder in Nahrungsmitteln verkauft werden. Ihre Verwendung zur Selbstmedikation ist jedoch bedenklich, warnt Prof. Likar: „Oft ist unklar, wie viel CBD die Produkte enthalten. Zudem können sie verunreinigt sein und enthalten immer auch einen gewissen Anteil an THC.“ In Österreich gilt CBD neuerdings als „Novel Food“ und darf ohne Aufnahme in die entsprechende EU-Liste grundsätzlich nicht in den Handel gebracht werden. Das habe jedoch nicht wesentlich zur Klärung der Lage beigetragen, kritisiert Prof. Likar. „Im Sinne des Konsumentenschutzes wäre es dringend notwendig, dass CBD in das österreichische Arzneibuch aufgenommen und der einfachen Rezeptpflicht unterworfen wird“, so der Experte. Nur dann sei eine ausreichende Qualitätskontrolle möglich.

Quellen:

Häuser W, Finn DP, Kalso E, Krceviski-Skvarc N, Kress HG, Morlion B, Perrot S, Schäfer M, Wells C, Brill S. European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management. Eur J Pain. 2018 Oct;22(9):1547-1564

European Health Forum Gastein 2019: Workshop Session L2 -Thursday, October 3, 12:00-13:30: Medical use of cannabis and cannabinoids

McGuire et al. Cannabidiol (CBD) as an Adjunctive Therapy in Schizophrenia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry 2018;175(3)

Likar R, Koestenberger M, Stultschinig M, Nahler G.: Concomitant Treatment of Malignant Brain Tumors With CBD – A Case Series and Review of the Literature. Anticancer Research 2019, Oct;39(10):5797-5801

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Opioid-Schmerzpflaster helfen gegen chronische Schmerzen: So werden sie richtig und sicher angewendet

Kleben statt schlucken: Gerade in der chronischen Schmerztherapie sind Schmerzpflaster, die Opioide über die Haut abgeben, eine wichtige und wirksame Option. Doch kommt es dabei immer wieder zu Fragen und Missverständnissen. Worauf müssen Patientinnen und Patienten beim Gebrauch aufpassen? ÖSG-Vize-Präsidentin Dr. Waltraud Stromer gibt Tipps für den richtigen und sicheren Umgang mit Opioid-Schmerzplastern.

Wien, 24. Jänner 2020 – Schmerzpflaster schicken Opioide über die Haut („transdermal“) in den Organismus. Die starken Schmerzmittel werden von den Blutgefäßen im Gewebe unter der Haut aufgenommen. Mit dem Blut gelangt der Wirkstoff zu den Opioid-Rezeptoren ins zentrale und periphere Nervensystem, und der Schmerz lässt nach. „Bei chronischen Schmerzen sind Schmerzpflaster oft die bessere Lösung als Opioide zum Schlucken, auch wenn die Schmerzen durch eine Tumorerkrankung entstehen“, sagt Dr. Waltraud Stromer, Vize-Präsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG.

Durch transdermales Fentanyl bzw. Buprenorphin werden aufgrund eines konstanten Plasmaspiegels chronische kontinuierliche Beschwerden beispielsweise besser gelindert als durch ein orales retardiertes Opioid. Zudem treten unerwünschte Nebenwirkungen wie Verstopfung und Müdigkeit mit Buprenorphin deutlich seltener auf. Pflaster mit dem Wirkstoff Buprenorphin sind besonders gut für die Schmerztherapie geriatrischer Patienten geeignet: Bei diesem Mittel tritt seltener zentralnervöse Nebenwirkungen wie Schwindel auf als bei anderen Opioiden, das verringert auch die Sturzgefahr. „Generell sind Schmerzpflaster von Vorteil für Patienten, die nicht in der Lage sind, Medikamente zu schlucken. Auch das Abhängigkeits-Risiko ist bei Schmerzplastern geringer als bei oraler Einnahme“, so Dr. Stromer.

Richtig kleben: Vorheriges Eincremen und Rasieren ungünstig

Was die Anwendung der Schmerzpflaster betrifft, besteht allerdings Aufklärungsbedarf. Soll das alte Pflaster entfernt werden, wenn ein neues aufgeklebt wird? Soll man die Haut rasieren, bevor das Pflaster geklebt wird? Wie werden die alten Pflaster entsorgt? „Betroffene sind manchmal unsicher, wie sie Schmerzpflaster mit Opioiden richtig anwenden sollen“, beobachtet Dr. Stromer. So kommt es vereinzelt vor, dass Patienten mehrere Pflaster auf der Haut tragen. Dr. Stromer: „Beim Pflasterwechsel muss das alte Pflaster selbstverständlich entfernt werden.“

Die Pflaster werden auf den Oberkörper oder den Oberarm geklebt, dort allerdings nicht auf eine Gelenkpartie. „Das ist beim Bewegen hinderlich und das Pflaster kann sich ablösen“, so die Expertin. Die ausgewählte Hautstelle darf keine Verletzungen aufweisen und muss trocken und sauber sein. Auch vorheriges Eincremen ist tabu. Außerdem sollte zwar das Pflaster auf unbehaarte Haut geklebt werden, diese darf aber nicht unmittelbar vorher rasiert werden. „Beim Rasieren entstehen kleine

Risse in der Haut, durch die größere Mengen an Wirkstoff ins Blut gelangen als vorgesehen“, warnt Dr. Stromer.

Pflaster werden in der Regel je nach Substanz bzw. Präparat alle drei bis vier oder sieben Tage gewechselt und müssen zur Vermeidung einer Irritation immer auf eine andere Hautpartie geklebt werden. Löst sich das Pflaster zu früh, sollten Patienten so rasch wie möglich eine neues aufbringen. „Wichtig ist dabei, dass damit ein neuer Wechselzyklus beginnt“, so Dr. Stromer.

Patienten, die Opioid-Pflaster nutzen, sollten Hitze, heiße Whirlpools und Saunen meiden. „Duschen, Baden und Schwimmen sind erlaubt, aber Wärmequellen wie etwa Heizdecken, Wärmeflaschen oder beheizte Wasserbetten verstärken die Wirksamkeit des Opioids, was zu Nebenwirkungen führen kann“, sagt die Expertin.

Schmerzpflaster richtig entsorgen

Für die Entsorgung der Pflaster werden die Klebeflächen gegeneinandergedrückt und zurück in die Packung gesteckt. Patienten können die gebrauchten Pflaster eventuell ihrem verschreibenden Arzt zurückgeben oder zur Entsorgung in die Apotheke bringen. Es sollte darauf geachtet werden, dass eine auch teilweise Wiedergewinnung der noch enthaltenen Opioide unmöglich ist. Opioide zählen zu den wirkungsvollsten Schmerzmitteln und unterliegen in Österreich dem Suchtmittelgesetz. Patientinnen und Patienten sollten deshalb darauf achten, dass die benutzten Pflaster nicht in falsche Hände geraten.

Dr. Stromer empfiehlt, sich die Anwendung des Schmerzpflasters von Arzt oder Apotheker vorzeigen zu lassen: „Viele Schmerzmittel-Firmen bieten zu Demonstrationszwecken wirkstofffreie Muster. Die Anwendung vorab zu üben ist auch deshalb sinnvoll, weil die Pflaster eine Kindersicherung haben. Für ältere Menschen oder Menschen mit Arthritis ist es oft nicht leicht, diese zu entfernen.“

An sich sollte die Packungsbeilage die Anwendung der Schmerzpflaster ausführlich und deutlich erklären. „Die Gebrauchsinformation ist aber für Anwender häufig zu lang und zu klein gedruckt“, bedauert Dr. Stromer. Den meisten Patienten sei bewusst, dass Schmerzpflaster mit Opioiden wie Fentanyl und Buprenorphin eine besondere Art von Arzneimittel sind, mit denen sorgfältig umgegangen werden muss. „Dennoch sollten Arzt und Apotheker immer wieder darauf hinweisen, dass es sich bei diesen Präparaten um Opioide, also um starke Schmerzmittel handelt, mit denen sorgfältig umgegangen werden muss.“

Quellen:

Leppert W, Malec-Milewska M, Zajackowska R, Wordliczek J: Transdermal and Topical Drug Administration in the Treatment of Pain. *Molecules*:2018 Mar 17;23(3). pii: E681. doi: 10.3390/molecules23030681

Opioide im Pflaster; Heilberufe (2019) 71: 18. <https://doi.org/10.1007/s00058-019-0074-4>

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Migräne: Aktuelle Studien bestätigen Wirksamkeit neuer Antikörpertherapie – zu wenige Patientinnen und Patienten erhalten Prophylaxe

Laut einer rezenten Studie leidet jeder zehnte Erwachsene in Österreich an Migräne, aber nur einer von dreien sucht ärztlichen Rat, und weniger als ein Fünftel der Patienten erhält auch prophylaktische Medikamente. Auch die langfristige Wirksamkeit der neuen Antikörpertherapie wurde bestätigt.

Wien, 27. Jänner 2020 – In Österreich leidet jeder zehnte Erwachsene an Migräne, allerdings haben zwei von drei Betroffenen deswegen noch nie ärztlichen Rat gesucht. Von den Migränepatienten, die einen Arzt konsultieren, sind lediglich 17,5 Prozent in neurologischer Behandlung, und weniger als ein Fünftel erhält auch Medikamente zur Migräneprophylaxe. Auch migränespezifische und gut wirksame Medikamente für die Behandlung von akuten Kopfschmerzen (sog. Triptane) werden viel zu selten verwendet. Zu diesem Schluss kommt die Eurolight Studie, für die über 9.200 Patientinnen und Patienten aus zehn Ländern befragt wurden, auch aus Österreich. „Die verfügbaren Möglichkeiten in der Migränetherapie werden leider seitens vieler Patientinnen und Patienten nur selten in Anspruch genommen“, sagt der Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) Prim. Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG. Diese Informationskampagne steht heuer im Zeichen der Schmerzprophylaxe.

Lebensqualität leidet bei der Mehrzahl der Betroffenen

Laut einer Studie aus 2016 zählt Migräne zu den Top 10 der Erkrankungen in Bezug auf die Dauer der deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität, bei unter 50-jährigen belegt sie sogar den Platz 1. Wie sehr die Lebensqualität Betroffener durch Migräne eingeschränkt ist, zeigt auch die internationale Studie „My Migraine Voice“. Über 11.000 Migränepatienten aus 31 Ländern wurden befragt, darunter auch 140 aus Österreich. Alle Studienteilnehmer verzeichnen mindestens vier Migränetage pro Monat. Die Ergebnisse: Im Durchschnitt beeinflusste Migräne das Leben der Patienten negativ fast 10 Tage im Monat. Die Hälfte der Teilnehmer gab deutliche bis ausgeprägte Alltagseinschränkungen an. Drei von vier Befragten leiden unter Schlafproblemen. 80 Prozent verbringen migränebedingt viel Zeit während der Attacken im Dunklen, mehr als die Hälfte kann im Alltag nicht klar denken und hat ein Müdigkeitsgefühl. Mehr als 40 Prozent der Befragten braucht häufige Pausen und fühlt sich hilflos. Psychische Begleitsymptome wie Depression und Angst wurden sehr häufig angegeben.

Die Krankheit hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche: Zwei von drei Befragten gaben an, dass Partnerschaft und Familienleben unter der Migräne leiden. Drei von vier Befragten klagten über Nachteile im Sozialleben: 61 Prozent mussten schon auf wichtige Veranstaltungen verzichten, 45 Prozent können ihren Hobbys nicht mehr nachgehen, 40 Prozent gehen seltener aus. Das Liebesleben kommt oft zu kurz.

Häufige Migräneattacken haben auch eine negative Auswirkung auf das Arbeitsleben: 63 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass die Krankheit ihr Berufsleben negativ beeinflusst, 58 Prozent können sich aufgrund der Migräne nicht auf die Arbeit konzentrieren. Zur Krankheit selbst kommen

noch sozialer und existenzieller Druck: 48 Prozent fühlen sich von ihren Kolleginnen und Kollegen nicht verstanden oder ernstgenommen. 13 Prozent haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich wegen Migräne krankmelden müssen.

Medikamentöse Migräneprophylaxe ist wirksam

„Für einen Teil der Patienten wäre eine präventive Behandlung sehr sinnvoll. Es gibt eine Reihe von gut erprobten Medikamenten aus z.B. den Gruppen der Betablocker, Kalziumantagonisten und Antiepileptika, die bei 50 bis 75 Prozent der Patienten die Häufigkeit der Migräneattacken um mehr als 50 Prozent reduzieren. Für jene Patienten, die auf diese Medikamente nicht ansprechen oder wenn diese mitunter nicht vertragen werden, gibt es inzwischen auch eine Alternative“, erklärt Prim. Mitrovic. Therapien auf Basis von sogenannten monoklonalen Antikörpern, etwa Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab, wirken anders als Standardmedikamente: Sie binden an den Rezeptor oder an das Neuropeptid „Calcitonin Gene-Related Peptide“ (CGRP), das für das Entstehen von Migräne-Kopfschmerz eine wesentliche Rolle spielt. Während einer Migräne-Attacke können bei Patienten erhöhte CGRP-Spiegelwerte gemessen werden, eine Gabe von CGRP löst bei Migräne-Patienten eine Migräne-Attacke aus. Triptane, also Medikamente, die Migräne-Kopfschmerzen erfolgreich kupieren können, senken das Blutlevel von CGRP. Die oben genannten CGRP-Antikörper reduzieren die Häufigkeit der Migräne-Tage signifikant besser im Vergleich zu Placebo. Die anhaltende Wirksamkeit des erstzugelassenen Präparats (Erenumab) wurde vor kurzem durch eine Langzeit-Studie bestätigt. Untersucht wurden 250 Patientinnen und Patienten, die zu Behandlungsbeginn durchschnittlich 8,7 Migränetagen pro Monat aufwiesen und über vier Jahre in Behandlung blieben. Die 4,5-Jahresdaten zeigen, dass bei 77 Prozent der Patienten die monatlichen Migränetage um mindestens 50 Prozent zurückgegangen sind. 56 Prozent schafften sogar eine Reduktion der monatlichen Migränetage um 75 Prozent. Bei 33 Prozent trat im letzten Untersuchungsmonat gar keine Migräne mehr auf. Das Medikament ist, wie auch Galcanezumab und Fremanezumab, seit kurzem auch für Österreich zugelassen. „Ich kann Migränepatienten nur ans Herz legen: Resignieren Sie nicht, suchen Sie Hilfe, reden Sie mit Ihrem Hausarzt oder einem Neurologen“, appelliert Prim. Mitrovic. „Es gibt Möglichkeiten, die Häufigkeit der Migränetage deutlich zu reduzieren.“

Service:

Unter www.migräne-service.at gibt es Informationen zum Thema Migräne und eine Facharztsuche. Geboten wird außerdem ein Migränetagebuch zum Download, damit Betroffene möglichen Auslösern der Kopfschmerzattacken auf die Spur kommen können.

Quellen:

Katsarava et al.; Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study, The Journal of Headache and Pain (2018) 19(1):10. doi: [10.1186/s10194-018-0839-1](https://doi.org/10.1186/s10194-018-0839-1)

Martelletti et al.; My Migraine Voice survey: a global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed The Journal of Headache and Pain (2018) 19:115.

Ashina M et al.; Sustained efficacy and long-term safety of erenumab in patients with episodic migraine: 4+ year results of a 5-year, open-label treatment period. IHC 2019

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Studie: Das Nicht-Opioid-Analgetikum Metamizol wird im deutschsprachigen Raum besonders häufig verwendet

Metamizol ist eine Alternative zu NSAR und Paracetamol und das unter Anästhesisten in deutschsprachigen Ländern beliebteste Nicht-Opioid-Analgetikum, zeigen neue Studien.

Wien, 28. Jänner 2020 – Metamizol ist in den deutschsprachigen Ländern das beliebteste Nicht-Opioid-Analgetikum und eine sichere und wirksame Alternative zu NSAR und Paracetamol. Das zeigte eine Umfrage unter 2.237 Anästhesistinnen und Anästhesisten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 93,8 Prozent der Befragten verwenden Metamizol bei akuten Schmerzen. Bei Patienten mit chronischen Schmerzen verwenden 76,7 Prozent der Umfrageteilnehmer orales Metamizol in Kombination mit anderen Nicht-Opioid-Analgetika. 19,9 Prozent setzen Metamizol als alleiniges Medikament ein. Lediglich 2,9 Prozent machen gar keinen Gebrauch von Metamizol.

Metamizol braucht keinen Magenschutz

Metamizol hat gegenüber anderen Nicht-Opioid-Analgetika eine Reihe von Vorteilen: Es verursacht weniger Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre als nicht-selektive NSAR. Zudem ist eine zusätzliche Gabe von Magenschutzmedikamenten bei Metamizol nicht nötig, weil es klinisch kein erhöhtes Blutungsrisiko gibt. „Außerdem ist das Risikoprofil von Metamizol in Bezug auf Leber- oder Nierentoxizität und negativen kardiovaskulären Effekten im Vergleich zu anderen Nicht-Opioid-Analgetika geringer“, sagt Oberärztin Dr. Waltraud Stromer, Vizepräsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG. Wie eine neue Studie zeigt, ist eine Kombination von Paracetamol mit Metamizol nach ambulanter Operation bei der Behandlung von akutem postoperativem Schmerz zu Hause gleich wirksam und erreicht die gleiche Patientenzufriedenheit wie eine Kombination von Paracetamol mit dem NSAR Ibuprofen.

„Metamizol ist für die große Mehrheit der Patienten ein sicheres, wirksames und zudem kostengünstiges Medikament, das in der Schmerztherapie nicht fehlen darf“, sagt Dr. Stromer. „Insbesondere in einem perioperativen Zusammenhang, also vor oder nach Operationen, ist Metamizol das bevorzugte Nicht-Opioid-Analgetikum.“

Nur geringes Risiko für Agranulozytose

Das Risiko einer Agranulozytose, einer potenziellen Nebenwirkung von Metamizol, sei in Mitteleuropa im postoperativen Einsatz äußerst gering und vertretbar. Dabei handelt es sich um eine starke Verminderung der Granulozyten, einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen. Die Umfrage ergab, dass nur 3,5 Prozent der befragten Anästhesisten bei akuten Schmerzen Metamizol-assoziierte Agranulozytose beobachteten, bei chronischen Schmerzen waren es 1,5 Prozent. Metamizolbedingte Agranulozytose tritt schätzungsweise bei einem von einer Million Patienten pro Jahr auf.

Um das Risiko weiter zu verringern, ist es jedoch wichtig, dass Anästhesisten über diese mögliche Nebenwirkung von Metamizol genau Bescheid wissen und die Verwendung des Medikaments exakt

dokumentieren. Außerdem müssen sie Patienten vor der Gabe über Agranulozytose und die Symptome dieser Erkrankung aufklären, sagt Dr. Stromer.

Quellen:

Reist L, Erlenwein J, Meissner W, et al: Dipyron is the preferred nonopioid analgesic for the treatment of acute and chronic pain. A survey of clinical practice in German-speaking countries. Eur J Pain 2018 Jul;22(6):1103-1112. doi: 10.1002/ejp.1194. Epub 2018 Feb 12.

Sittl R et al: Considerations concerning the perioperative use of metamizole. Anaesthesist. 2019 Aug;68(8):530-537.

Stessel B, Boon M, Pelckmans C et al: Metamizole vs. ibuprofen at home after day case surgery A double-blind randomised controlled noninferiority trial. European Journal of Anaesthesiology (EJA): May 2019; 36 (5): 351–359

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Neue Hoffnung für Patienten: Innovatives Medikament gegen Arthrose-Schmerz in Sicht

Die Gelenkserkrankung Arthrose ist sehr weit verbreitet und schwer behandelbar. Mit der Entwicklung und weiteren Erforschung eines monoklonalen Antikörpers könnte es bald ein neues Medikament für die Schmerzbehandlung bei Arthrose geben. Die Forschung arbeitet derzeit daran herauszufinden, welche Patientengruppen davon am besten und ohne Nebenwirkungen profitieren.

Wien/Villach, 29. Jänner 2020 – 1,4 Millionen Menschen sind in Österreich von der Gelenkserkrankung Arthrose betroffen, sie ist die häufigste, aber auch eine sehr schwer behandelbare rheumatische Krankheit. Arthrose-Schmerzen werden herkömmlicherweise mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder Opioiden behandelt. „Doch ist zu erwarten, dass schon bald ein monoklonaler Antikörper verfügbar sein dürfte, der auf andere Weise wirkt: Er hemmt die Wirkung des Nervenwachstumsfaktors und verhindert so die Weiterleitung von Schmerzsignalen aus Muskeln, Haut und Organen an das zentrale Nervensystem“, berichtet ÖSG-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Michael Ausserwinkler, Facharzt für Innere Medizin mit Spezialgebiet Rheuma-Erkrankungen in Villach, anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG. „Der neue Wirkstoff könnte jenen Arthroseschmerz-Patienten helfen, bei denen herkömmlichen Analgetika nicht wirken, oder die diese nicht vertragen.“

Arthrose entsteht durch ein Missverhältnis zwischen abbauenden und aufbauenden Prozessen im Gelenkknorpel und den darunterliegenden Knochen. Wird mehr Knorpelmasse ab- als aufgebaut, kommt es zu Abnützungen und Schädigungen des Knorpels und in der Folge zu Entzündungen und Schmerzen.

Studienergebnisse zeigen gute Wirksamkeit und Verträglichkeit

2019 wurden die Ergebnisse einer Phase-III-Studie (Berenbaum F et al) vorgestellt, in der 849 Patienten mit mittelstarken bis starken Arthrose-Schmerzen subkutan 2,5 mg bzw. 5 mg des monoklonalen Antikörpers Tanezumab oder Placebo erhielten. „Die Patienten, die mit 5 mg Tanezumab behandelt wurden, hatten nach 24 Wochen im Vergleich zur Placebo-Gruppe deutlich weniger Schmerzen, eine bessere körperliche Funktion sowie eine bessere Gesamtbeurteilung hinsichtlich des allgemeinen Krankheitsverlaufs“, berichtet Prof. Ausserwinkler. Bei den Patienten, die mit 2,5 mg Tanezumab behandelt wurden, verbesserten sich Schmerz und körperliche Funktion auch deutlich, aber die Gesamtbewertung der Patienten hinsichtlich ihrer Arthrose-Schmerzen unterschied sich nicht von der jener Patienten, die nur Placebo erhalten hatten. Bezüglich der Sicherheit des Medikaments zeigte die Studie, dass Tanezumab generell gut verträglich ist.

In einer weiteren neuen Studien (Tive L et al) erhielten Patienten mit fortgeschrittener Arthrose Tanezumab intravenös oder Tanezumab mit oralem NSAR (Naproxen, Celecoxib oder Diclofenac), beziehungsweise Vergleichsgruppen diese NSAR alleine oder Placebo. Es zeigte sich, dass Tanezumab alle Endpunkte bezüglich Schmerz und Funktionalität sowie des Allgemeinzustandes (Patient's Global Assessment) der Arthrosepatienten verbesserte. Bei der Untergruppe der Risikopatienten –

Menschen mit Diabetes, schweren Arthrosesymptomen oder mehr als 65 Jahren – waren die Ergebnisse ähnlich wie in der Gesamtgruppe. Auch wurde bei den Risikopatienten kein gesteigertes Risiko für Nebenwirkungen festgestellt.

„Es gibt ausreichend Studien zu Tanezumab, die zeigen, dass das Medikament Patienten mit Hüft- oder Kniearthrose helfen kann. Somit könnte der Wirkstoff in absehbarer Zeit auf den Markt kommen“, sagt Prof. Ausserwinkler. „Nun geht es noch um die Festlegung, welche Patientengruppen am meisten von diesem Medikament profitieren können und bei welchen die Gefahr ernsthafter Nebenwirkungen besteht.“

Die klinische Entwicklung von Tanezumab als Schmerzmittel bei Arthrose wurde 2010 und nochmals 2012 von der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA gestoppt, da es in Phase-III-Studien zu schnell fortschreitender Arthrose beziehungsweise zu Knochennekrose als Nebenwirkung kam. In der Folge konzentrierte sich die Forschung zu Tanezumab auf diese Nebenwirkung und die richtige Dosierung.

Quellen:

Hefti F: Pharmacology of nerve growth factor and discovery of tanezumab, an anti-nerve growth factor antibody and pain therapeutic. *Pharmacol Res* 2019 Apr 23;104240. doi: 10.1016/j.phrs.2019.04.024. [Epub ahead of print]

Tive L et al: Pooled analysis of tanezumab efficacy and safety with subgroup analyses of phase III clinical trials in patients with osteoarthritis pain of the knee or hip. *J Pain Res.* 2019; 12: 975–995.

Berenbaum F et al.: Subcutaneous Tanezumab for Osteoarthritis Pain: A 24-Week Phase 3 Study with a 24-Week Follow Up. *Ann Rheum Dis.* Jun 2019;78(Suppl 2):262-4. [Abstract LB0007](#), doi: 10.1136/annrheumdis-2019-eular.8660

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Lebensqualität bei Altenheimbewohnern: Schmerzen und mögliche depressive Verstimmungen konsequent behandeln

Neue Studie der Paracelsus Medizinische Privatuniversität mit 146 Befragten unterstreicht, wie wichtig die Behandlung depressiver Störungen im Alter ist.

Wien, 30. Jänner 2020 – Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Altenheimbewohnern mit Schmerzen ist dann besonders deutlich eingeschränkt, wenn sie häufig mit schmerzhaften Beeinträchtigungen zu kämpfen haben, an mehreren Krankheiten leiden und depressive Symptome aufweisen. Das zeigt eine Salzburger Studie, die Aussagen und Daten von 146 Befragten ausgewertet hat. „Unsere Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig es ist, nicht nur die Schmerzen der Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenheimen im Auge zu behalten. Wir müssen auch immer wieder ihre psychische Verfassung in den Blick nehmen, damit wir nicht mögliche depressive Störungen übersehen. Mit der Behandlung depressiver Verstimmungen können wir die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren positiv beeinflussen“, sagte ÖSG-Vorstandsmitglied und Leiter der Studie Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink von der Paracelsus Medizinische Privatuniversität anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG). Die alljährliche Informationskampagne der ÖSG steht heuer im Zeichen der Schmerzvorbeugung.

Quelle:

Brandauer A, Berger S, Freywald N, Gnass I, Osterbrink J, Seidenspinner D, Kutschar P.: Quality of life in nursing home residents with pain: pain interference, depression and multiple pain-related diseases as important determinants. Qual Life Res. 2019 Sep 21. doi: 10.1007/s11136-019-02290-x.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler
0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Rückenmarkstimulation wird immer patientenfreundlicher: Weniger Schmerz, abnehmender Medikamentenbedarf, mehr Lebensqualität

Innovationen helfen, die Rückenmarkstimulation immer besser an individuelle Patientenbedürfnisse anzupassen. Neue Studien belegen die Wirksamkeit der Methode bei hartnäckigen Beschwerden in Rücken, Armen und Beinen auch dann, wenn herkömmliche Therapien scheitern.

Wien/Innsbruck, 31. Jänner 2020 – Immer mehr Studien belegen die Wirksamkeit der Rückenmarkstimulation bei bestimmten chronischen Schmerzzuständen, auch aufgrund der ständigen Verbesserungen dieser Methode. „Die Behandlung hilft schon seit rund 30 Jahren gegen chronische Schmerzen. Dank permanenter Weiterentwicklungen wird sie aber immer ausgefeilter und patientenfreundlicher“, berichtet A.o. Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Eisner, Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) anlässlich der 19. Schmerzwochen der ÖSG.

Therapiestärke in Einklang mit Patientenbedürfnissen bringen

Der „EvolveSM Workflow“ beispielsweise ist eine Innovation, die ein Feinjustieren der Therapie ermöglicht. Bisher wurde die Rückenmarkstimulation in einer niedrigen Frequenz von 40 Hz dosiert, doch immer häufiger kommt die Hochfrequenzstimulation mit 1000 Hz von Anfang an zum Einsatz. „Die Hochfrequenzstimulation erzielt zwar gute Erfolge, aber nicht für alle Patienten ist dieser steile Einstieg die beste Option“, sagt dazu Prof. Eisner. Der „EvolveSM workflow“ ermöglicht es, High dose- und Low dose-Therapieeinstellungen bei Rückenmarkstimulationssystemen optimal an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen.

Getestet wurde „EvolveSM workflow“ im Rahmen der kürzlich publizierten VECTOR-Studie bei 103 Patienten mit hartnäckigen Schmerzen in Rücken und Beinen, die sonst auf keine andere Therapie ansprachen. Mehr als zwei Drittel (69 Prozent) erreichten nach drei Monaten eine Schmerzreduktion um mindestens 50 Prozent, 70 Prozent erreichten ihr persönlich gesetztes Aktivitätsziel. Mit der Therapie zufrieden waren 81 Prozent. Nach drei Monaten entschieden sich 96 Prozent der Patienten ausschließlich für die Hochfrequenzstimulation.

Erfolgreich gegen das *Failed Back Surgery Syndrome*

Nur wenige wissenschaftliche Daten gab es bisher zu Rückenmarkstimulation beim **Failed Back Surgery Syndrome**, wenn also nach einer Wirbelsäulenoperation die alten oder auch neue Beschwerden wieder auftreten. Eine in 28 europäischen und US-amerikanischen Zentren durchgeführte Studie hat nun die Wirkung von mehrreihiger Rückenmarkstimulation bei Schmerzpatienten evaluiert, bei denen eine Wirbelsäulenoperation nicht den erhofften Erfolg gebracht hatte und die unter den anhaltenden Beschwerden des Failed Back Surgery Syndrome litten. Verglichen wurden die Therapieerfolge von insgesamt 218 Patienten, die optimale medizinische Betreuung mit und ohne Rückenmarkstimulation erhielten. In der Gruppe mit zusätzlicher Rückenmarkstimulation gab es mehr Teilnehmer, die auf die Behandlung ansprachen. Bei dieser Gruppe verringerten sich auch Schmerzintensität und funktionelle Einschränkungen,

während die gesundheitsbezogene Lebensqualität stieg. Bei der anderen Gruppe besserte sich nur die Lebensqualität. „In Summe scheint die mehrreihige Hochfrequenzstimulation als Zusatz zu einer optimalen medizinischen Versorgung geeignet zu sein, Schmerzen und Einschränkungen bei Patienten mit Failed Back Surgery Syndrome zu minimieren. Das ist besonders erfreulich, denn dieser Patientengruppe ist in der Regel sehr schwer zu helfen“, sagt Prof. Eisner.

Weniger Opioide bei Wirbelsäulenschmerzen nötig

Eine vergleichende Literaturstudie hat untersucht, inwieweit Rückenmarkstimulation den Schmerzmittelkonsum von Patienten mit hartnäckigen Schmerzen der Wirbelsäule und Gliedmaßen beeinflusst. Fünf Studien mit insgesamt 489 Teilnehmern wurden identifiziert. Drei Studien berichteten, dass die Patienten mit Rückenmarkstimulation weniger Opioide brauchten als die Kontrollgruppe oder diese sogar absetzten. Eine der Studien kam zum Ergebnis, dass 34 Prozent der Patienten in einer Hochfrequenzgruppe und 26 Prozent der Patienten in einer konventionellen Niedrigfrequenzgruppe den Opioidkonsum senken konnten. In der Gruppe mit Hochfrequenzstimulation verringerte sich die durchschnittliche Morphinäquivalenzdosis um 24,8 mg, in der anderen um 7,3 mg. „Auch wenn der Unterschied zwischen den Gruppen keine statistische Signifikanz erreichte und es generell noch mehr Forschung zur Medikamentenreduktion infolge von Rückenmarkstimulation braucht, legt diese Literaturstudie doch nahe: Mit Rückenmarkstimulation steigt die Wahrscheinlichkeit deutlich, mit weniger starken Schmerzmitteln auszukommen“, resümiert Prof. Eisner.

Quellen:

Hatheway, J et al (2019), ESRA19-0365 Vectors study: primary and secondary results assessing pain relief and functional outcomes using spinal cord stimulation (SCS) with high dose (HD) stimulation parameters. Regional Anesthesia & Pain Medicine. 44. A97-A98. 10.1136/rapm-2019-ESRAABS2019.103.

Rigoard P et al, Multicolumn spinal cord stimulation for predominant back pain in failed back surgery syndrome patients: a multicenter randomized controlled trial. Pain. 2019 Jun;160(6):1410-1420. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001510.

Pollard EM et al, The effect of spinal cord stimulation on pain medication reduction in intractable spine and limb pain: a systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. J Pain Res. 2019 Apr 30;12:1311-1324. doi: 10.2147/JPR.S186662. eCollection 2019.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler
0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Multimodale Schmerztherapie hilft Patienten mit hartnäckigen Schmerzen

Hoffnung für Menschen, die starke Schmerzen einfach nicht loswerden: Eine Studie von österreichischen Schmerzspezialisten zeigt, dass chronischen Schmerzpatienten mit multimodaler Schmerztherapie wirksam geholfen werden kann. 60 Prozent der Teilnehmer verzeichneten eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Wien/Klagenfurt, 3. Februar 2020 – Bis zu 1,8 Millionen Menschen in Österreich sind von chronischen Schmerzen betroffen, bei 350.000 haben sich die Schmerzen zu einer eigenständigen schweren Erkrankung mit massiver Chronifizierung entwickelt. „Für diese meist sehr verzweifelten Menschen braucht es ein umfassendes, kombiniertes Angebot. Schmerztabletten allein richten da nichts mehr aus“, sagt Dr. Stefan Neuwersch, Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Schmerzwochen der ÖSG. Dr. Neuwersch behandelt chronische Schmerzpatienten am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee bereits seit 2012 mit einer maßgeschneiderten multimodalen Schmerztherapie. Inzwischen bestätigt auch eine Studie österreichischer Schmerzspezialisten die Wirksamkeit dieses Behandlungskonzepts, die auf dem Jahreskongress der Europäischen Schmerzgesellschaft (EFIC) 2019 in Valencia präsentiert wurde.

Für die Studie waren 380 Patientinnen und Patienten befragt worden, die zwischen 2012 und 2015 eine multimodale Schmerztherapie durchlaufen hatten. Die Ergebnisse: 60 Prozent der Patienten berichteten, dass durch die multimodale Behandlung ihr Gesundheitszustand deutlich oder sehr deutlich besser geworden sei. 93 Prozent waren mit der Therapie zufrieden oder sogar sehr zufrieden. 60 Prozent konnten nach der Behandlung wieder ihrem Beruf nachgehen. „Zusammenfassend kann man sagen, dass die multimodale Schmerztherapie bei einer Mehrheit der Patienten zu einer signifikanten Besserung der Schmerzsymptomatik und zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität geführt hat“, resümiert Studien-Mitautor Dr. Neuwersch.

Multimodale Schmerztherapie: Vom körperlichen Training bis zur Patientenschulung

Im Klinikum Klagenfurt haben bisher rund 800 Menschen mit chronischen Rücken-, Kopf- oder muskuloskelettalen Schmerzen eine vier Wochen dauernde interdisziplinäre Therapie absolviert. Sie umfasst medizinische Trainingstherapie, Koordinationstraining, Ausdauer-Krafttraining, psychologische Gruppentherapie, Schmerzbewältigungs- und Entspannungstraining, Stressbewältigung, Patientenschulungen, ärztliche und psychologische Einzelgespräche sowie das Anpassen der medikamentösen Therapie. Die Umsetzung dieses vielfältigen Behandlungskonzeptes erfolgt täglich in Gruppen von acht bis zehn Personen und wird mit nachfolgenden „Refreshern“ sowie wiederholenden Übungsprogrammen für zu Hause ergänzt.

Quelle:

EFIC 2019 Abstracts: M. Köstenberger, W. Pipam, S. Neuwersch, R. Likar: Multimodal pain therapy and what then? A re-evaluation of the therapeutic success 3 years after completion of the treatment.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Die stärksten Kopfschmerzen: Was gegen Clusterkopfschmerzen hilft?

Kleine Fallzahl, stärkste Beschwerden: Um wirksame Behandlungsmöglichkeiten gegen quälende Attacken erfolgreich einzusetzen, muss zeitnahe die richtige Diagnose gestellt werden.

Wien/Vöcklabruck, 4. Februar 2020 – Unter Clusterkopfschmerzen leiden nur wenige: Die vermutlich heftigste Kopfschmerzart, die es überhaupt gibt, betrifft 0,1 Prozent der Bevölkerung, das sind etwa 8.500 Menschen in Österreich. „Die Clusterkopfschmerzsymptome dürfen nicht mit denen einer Migräne verwechselt werden, da sich die Therapie der beiden Erkrankungen wesentlich unterscheidet“, erklärt Prim. Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic, Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. ÖSG-Schmerzwochen. Die jährliche Informationskampagne der ÖSG steht heuer im Zeichen der Schmerzvorbereitung und -vermeidung.

„Cluster“ bezieht sich auf die Form des Auftretens, denn die Kopfschmerzattacken erfolgen niemals allein, sondern immer in Gruppierungen („Cluster“). Die Schmerzattacken, in bohrender, stechender Qualität treten einseitig auf, dauern bis zu drei Stunden und gehen mit ipsilateralen Begleitsymptomen, wie tränendem, gerötetem Auge, hängendem Lid, verstopfter oder laufender Nase und verengter Pupille einher. Ein Charakteristikum dieser Erkrankung ist eine massive Ruhelosigkeit – Migränepatienten brauchen im Gegenteil häufig Ruhe, Schlaf und dunkle Umgebung. Betroffene leiden über einen Zeitraum von mehreren Wochen mehrfach unter Schmerzen, meist täglich oder jeden zweiten Tag, und haben an den Schmerztagen zwischen einer und acht Attacken. Anschließend sind die meisten Patienten über Monate bis Jahre beschwerdefrei.

Menschen mit Verdacht auf Clusterkopfschmerz sollten auf jeden Fall bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin für Neurologie vorstellig werden, um zum Beispiel eine Migräne oder andere Schmerzursachen auszuschließen.

Was gegen Clusterkopfschmerzen hilft – Akuttherapie

„In der Akutphase können verschiedene Mittel die Intensität und Dauer der Attacken reduzieren: Das Inhalieren von 100-prozentigem Sauerstoff über eine Maske kürzt die Attacken deutlich ab. Fast 80 Prozent der Patientinnen und Patienten erfahren unter 12 l/min Sauerstoff nach 15 Minuten eine deutliche Besserung der Beschwerdesymptomatik oder sind sogar schmerzfrei im Vergleich zu 20 Prozent der Patienten unter Placebo“, berichtet Prim. Mitrovic. Von einer exzessiven Sauerstoffverwendung wird allerdings abgeraten, da einige Patienten darunter eine deutliche Frequenzzunahme der Kopfschmerzattacken erleben können. Die großen Vorteile dieser Therapie sind einerseits die hohe Effektivität und andererseits das Fehlen von Nebenwirkungen. Eine vergleichbare Wirkung entfalten Sumatriptan Spritzampullen zu 6 mg, die sich die Patienten selbst mit einem Pen injizieren können. Die Ansprechrate liegt hier nach 20 Minuten bei ca. 75 Prozent der Anwender. Auch Nasensprays wie Zolmitriptan 5-10 mg und Sumatriptan 20 mg (sogenannte Triptane) waren in den Studien deutlich besser wirksam als Placebo. Prim. Mitrovic: „Nasenspray wird bei einer Unverträglichkeit der subkutanen Sumatriptan-Gabe empfohlen, manche Patienten geben jedoch ohnedies Nasensprays den Vorzug“. Nebenwirkungen wie Brustschmerz, Schwindel und Missempfindungen sind unter Triptanen nicht häufig, Kontraindikationen wie vorangegangene Myokardinfarkte und Schlaganfälle müssen jedoch beachtet werden.

Prophylaxe

Verapamil ist die Substanz der Wahl in der Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes. Nach zwei Wochen liegt die Ansprechrate, definiert als eine Reduktion der Kopfschmerzattacken, um 50 Prozent bei 80 Prozent der Patienten, verglichen mit null Prozent unter Placebo. Auch Kortikoide (zum Beispiel Prednisolon 100 mg/Tag) können zusätzlich über mehrere Tage als Kurzzeitprophylaxe verwendet werden, bis zu 80 Prozent der Patienten sprechen auf Kortikoide gut an. Die Dosis soll über einen Zeitraum von zwei Wochen langsam ausgeschlichen werden. Einige Patienten sprechen ausschließlich auf Kortikoide an, weshalb diese über einen längeren Zeitraum gegeben werden müssen. Hier ist Vorsicht mit Langzeitnebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Diabetes oder Infektionen geboten. Es gibt jedoch auch eine Reihe von anderen Medikamenten, die in der Prophylaxe von Clusterkopfschmerzen wirksam eingesetzt werden können.

Zur Kurzzeitprophylaxe sind Infiltrationen oder die Stimulation von unterschiedlichen Nervenstrukturen eine Option. So kann beispielsweise das Ganglion Sphenopalatinum elektrisch stimuliert werden. Eine Infiltration des N. occipitalis major mittels Lokalanästhetika und/oder Kortikoiden kann bei Patienten auch eine deutliche Erleichterung bringen. Für den CGRP-Antikörper (CGRP = „calcitonin gene related peptide“) Galcanezumab konnte gezeigt werden, dass eine einmal monatliche subkutane Injektion von 300 mg bei Patienten mit episodischem Cluster-Kopfschmerz die Häufigkeit der Attacken im Vergleich zu Placebo senkt.

Jeder zehnte Patient mit Clusterkopfschmerz leidet an einer chronischen, zum Teil schwer behandelbaren Form. In solchen Fällen können ähnliche Mittel wie bei der episodischen Form wirksam sein, die besten Daten liegen für Verapamil vor.

Prim. Mitrovic: „Clusterkopfschmerzen sind extrem belastend, bei den meisten Patienten können jedoch die Kopfschmerzattacken erfolgreich behandelt werden. Ein kleiner Anteil der Patienten spricht leider nicht ausreichend auf die Therapie an, sodass hier sowohl eine intensivere Basisforschung, als auch die Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten wünschenswert wäre.“

Quellen:

Ishii M et al, Therapeutic Effects of Intranasal Sumatriptan for Cluster Headache, Yakugaku Zasshi. 2019;139(1):107-111. doi: 10.1248/yakushi.18-00130.

Goadsby PJ et al., Trial of Galcanezumab in Prevention of Episodic Cluster Headache. N Engl J Med. 2019 Jul 11;381(2):132-141.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Pflege-Schmerzexperten für bessere Schulungen zum Problem chronischer Schmerz

Zwei aktuelle Studien zeigen: Schmerzexpertinnen und -experten aus der Pflege in Spitälern und in der Altenhilfe orten vielfach Verbesserungsbedarf bei der Schulung von Kollegen und bei der Etablierung von Expertenstandards für die Pflege und Betreuung von Menschen mit verschiedenen Schmerzzuständen.

Wien, 5. Februar 2020 – Diplomierte Pflegepersonen nehmen beim Schmerzmanagement in Krankenhäusern und in der Altenhilfe oft eine Schlüsselrolle ein. In Deutschland haben sich mehr als 15.000 Personen zu pflegerischen Schmerzexperten fortgebildet, in Österreich gibt es über 600 ausgebildete pflegerische Schmerzexperten. Doch in welchen Bereichen sind sie tatsächlich im Einsatz, welche Aufgaben erfüllen sie und wo sehen die Pflegekräfte selbst noch Verbesserungsbedarf? Das haben erstmals zwei aktuelle Studien eines Teams der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg erhoben. An einer Befragung unter pflegerischen Schmerzexperten in Krankenhäusern nahmen 329 Personen aus Deutschland teil. 87 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer absolvierten die Fortbildung zur Pain Nurse, 30,6 Prozent eine Qualifizierung als Pflegeexperte im Schmerzmanagement. Knapp die Hälfte der Befragten (46 Prozent) ist auf Allgemeinstationen tätig, die restlichen 54 Prozent betreuen Patienten mit invasiven Schmerztherapieverfahren. Jeweils ein Drittel betreut auch Patienten mit komplexen Schmerzproblemen aus operativen oder konservativen Abteilungen. „Die Daten belegen, dass pflegerische Schmerzexperten wesentliche Motoren sind, um die Professionalisierung des Schmerzmanagements im Spital voranzutreiben“, sagt Svetlana Geyrhofer, BA, Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG.

Schulungen und Einführung von Expertenstandards sind zentrale Vermittlungsaufgaben

Tatsächlich zählt bei 58 Prozent die Schulung der pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den häufigsten edukativen Aufgaben im Berufsalltag, bei 51 Prozent ist es die Einführung von Expertenstandards für die Pflege von Patienten mit akuten Schmerzen. Die Umfrage zeichnete aber auch ein sehr klares Bild davon, wo es laut der Befragten noch Defizite gibt: Sie erleben einen Optimierungsbedarf bei der Betreuung von Patienten mit komplexen Schmerzproblemen, sei es auf operativen (60 Prozent) oder konservativen Abteilungen (71 Prozent). Auch bei edukativen und konzeptionellen Aufgaben gibt es laut Umfrageteilnehmern Luft nach oben, insbesondere bei der Schulung anderer Pflegekräfte, wie 70 Prozent angaben. Die Einführung des Expertenstandards Schmerzmanagement für die Pflege von chronischen Schmerzpatienten würde ebenso mehr Aufmerksamkeit verdienen, sind 61 Prozent der Meinung.

Altenpflege: Nur ein Fünftel der Einrichtungen haben Arbeitsgruppen zum Thema Schmerz

Auch in der Altenhilfe etabliert sich seit fast 20 Jahren das pflegerische Schmerzmanagement. Hier zeigt eine Umfrage unter 110 pflegerischen Schmerzexperten aus Altenpflegeheimen, ambulanten

Pflegediensten und Einrichtungen wie Hospizen oder spezialisierter ambulanter Palliativversorgung ein vergleichbares Bild wie in den Spitälern: 58 Prozent der pflegerischen Schmerzexperten betreuen nicht nur Pflegebedürftige, sie müssen auch Expertenstandards einführen und umsetzen. 59 Prozent haben auch die Schulung der pflegerischen Mitarbeiter zur Aufgabe. Jeweils 54 Prozent der Befragten erleben einen Optimierungsbedarf in der Versorgung von Seniorenheimbewohnern mit chronischen Schmerzen und komplexen Schmerzproblemen. Fast drei Viertel (73 Prozent) finden, konzeptionelle und edukative Aufgaben kommen zu kurz, insbesondere was die Schulung von pflegerischen Mitarbeitern betrifft. Nur in 22 Prozent der Einrichtungen gibt es Arbeitsgruppen zum Thema Schmerz, obwohl Menschen fortgeschrittenen Alters sehr häufig unter Schmerzen leiden.

Schriftliche Aufgabenbeschreibung fehlt häufig

Sowohl in Spitälern wie in der Altenhilfe fehlt mehrheitlich eine schriftliche Festlegung der Aufgaben der pflegerischen Schmerzexperten. „Das wäre aber sehr wichtig, um für die Tätigkeit der pflegerischen Schmerzexperten ein Bewusstsein zu schaffen und ihr mehr Raum und Verbindlichkeiten einzuräumen. Die fehlende schriftliche Festlegung von Rolle und Aufgaben lässt vermuten, dass die Kompetenz der pflegerischen Schmerzexperten nicht einrichtungsweltweit genutzt oder eingesetzt wird“, so Svetlana Geyrhofer. Auch eine bessere Vernetzung der pflegerischen Schmerzexperten innerhalb und außerhalb der jeweiligen Einrichtung wäre ein wünschenswertes Ziel, um voneinander lernen zu können. Derzeit ist nur die Hälfte der pflegerischen Schmerzexperten in Spitälern oder Altenheimen mit anderen in Kontakt.

Quelle:

Abstractband Deutscher Schmerzkongress 2019: Abstract P02.06, Ruth Boche/Nadja Nestler, Pflegerische SchmerzexpertInnen im Krankenhaus – wo sind sie und was sind ihre Aufgaben? Abstract P02.07, Nadja Nestler/Ruth Boche, Aufgaben pflegerische SchmerzexpertInnen in der Altenhilfe

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler
0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Beschwerden des Bewegungsapparates sind dritthäufigste Krankenstands-Ursache – „Kur neu“ und Rehabilitation wirksam

Mit aktivierenden Konzepten gegen chronische Schmerzen: Die neue „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ verhindert Spätfolgen von Beschwerden am Bewegungs- und Stützapparat. Mit multimodaler Behandlung lässt sich die Arbeitsfähigkeit von Menschen mit schweren Kreuzschmerzen zu fast 80 Prozent wiederherstellen.

Wien/Moorheilbad Harbach, 6. Februar 2020 – Beschwerden am Bewegungs- und Stützapparat sind langwierig und sehr verbreitet: „2018 waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit über 602.000 Fällen und knapp 9,3 Millionen Krankenstandtagen die dritthäufigste Krankenstandsursache in Österreich. Präventions- und Rehabilitationsprogramme werden in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen müssen – denn sie sind für Betroffene und die öffentliche Hand die beste Lösung“, erklärt OÄ Dr. Waltraud Stromer, Vize-Präsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG. Die Fachgesellschaft legt bei ihrer jährlichen Informationskampagne heuer den Fokus auf die Schmerzvorbeugung. Wer unter Problemen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe leidet, ist meist länger außer Gefecht: Während es alle Beschäftigten in Österreich im Durchschnitt auf 9,6 Krankenstandstage pro Jahr bringen, dauert ein Krankenstand aufgrund von Problemen des Bewegungs- und Stützapparats im Schnitt über 15 Tage – und selbst danach leiden die Betroffenen in der Regel an Schmerzen und unter Einschränkungen im Alltag.

Gesundheitsvorsorge Aktiv verhindert Schlimmeres

Die ÖSG sieht es als Fortschritt, dass die Pensionsversicherungsanstalt nach dreijähriger Pilotphase flächendeckend aktive Gesundheitsvorsorge anbietet. „Mit dem Programm der ‚Gesundheitsvorsorge Aktiv‘ (GVA) – dem Nachfolgemodell der traditionellen österreichischen Kur – können wir Menschen mit leichteren bis mittelschweren Symptomen am Stütz- und Bewegungsapparates helfen und vor potenziellen Spätschäden schützen“, erklärt Prim. Dr. Johannes Püspök, Ärztlicher Leiter des Moorheilbads Harbach. Die niederösterreichische Einrichtung war bei der Einführung der Gesundheitsvorsorge Aktiv Vorreiterin. „Der Fokus dieses Konzepts liegt vor allem auf Bewegung, mentaler Gesundheit und gesunder Ernährung. Aktivtherapien und Sport bilden die medizinische Basis, um die Eigenverantwortung zu stärken und die erlernten Übungen dauerhaft in den Alltag zu integrieren“, berichtet Dr. Püspök. Bereits in der der Pilotphase hat sich gezeigt, dass die Effekte der intensivierten Schulung länger anhalten als Moorpackungen und Massagen.

Orthopädische Rehabilitation hilft wieder auf die Beine In Harbach werden auch Rehabilitation, multimodale, interdisziplinäre Therapie bei schweren chronischen Schmerzsymptomen im Rahmen der Orthopädischen Rehabilitation nach Operationen geboten. Eine intensivierte, multimodale Orthopädische Rehabilitation wirkt sich nachhaltig positiv aus: „Der subjektive Gesundheitszustand der Patienten ist besser. Die Intensität ihrer Schmerzen lässt nach“, berichtet Dr. Püspök. Bei degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, Verletzungsfolgen oder nach operativen Eingriffen

kann eine dreiwöchige stationäre Orthopädische Rehabilitation zur Wiederherstellung der Gesundheit und Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld in Anspruch genommen werden. Eine aktuelle Studie belegt, dass 74 Prozent der Patienten unmittelbar von einer stationären orthopädischen Rehabilitation des Bewegungs- und Stützapparates profitieren.

Angst vor Schmerzen nehmen

Chronische Schmerzen in der Lendenwirbelsäule sind eine besonders teure Erkrankung – insbesondere wenn sie zu Langzeitkrankenständen von mehr als sechs Monaten führen. Schmerzpatientinnen und -patienten nehmen häufig eine Schonhaltung ein und vermeiden Bewegung aus Angst vor weiteren Schmerzen. Wie Studien zeigen, ist die Überwindung dieser Angst einer der entscheidendsten Faktoren, ob Patienten wieder arbeitsfähig werden. Eine aktuelle Schweizer Studie hat insgesamt zwei Gruppen von insgesamt 970 Patienten mit chronischen Lumbalschmerzen zwölf Monate lang begleitet, die ein multidisziplinäres Programm durchliefen. Dieses basierte auf kognitiver Verhaltenstherapie und enthielt neben körperlichem Training auch berufliche Aufgaben. Bei der zweiten Gruppe wurde zusätzlich die Arbeitsbelastung kontinuierlich gesteigert. Bei der ersten Gruppe konnte die Arbeitsfähigkeit fast verdoppelt werden: Sie verbesserte sich von 40 auf 79 Prozent. In der zweiten Gruppe stieg die Arbeitsfähigkeit sogar auf 86 Prozent. Dafür war in der ersten Gruppe das subjektive Gefühl, körperlich wieder belastbarer zu sein, besser als in der Vergleichsgruppe. Die Patienten zeigten weniger Angst vor Schmerzen, das Vermeidungsverhalten war zurückgegangen. „Ein multidisziplinärer Therapie-Ansatz kann die Arbeitsfähigkeit eines Menschen mit chronischen Beschwerden im Lendenwirbelbereich in einem hohen Ausmaß wiederherstellen. Die Therapieerfolge lassen sich weiter verbessern, wenn den Betroffenen gezielt die Angst vor Bewegung genommen wird und die Belastungen im Laufe der Therapie langsam ansteigen“, resümiert Dr. Püspök.

Quellen:

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555191>

Grote V. et al, Medizinische Ergebnisqualität: Unspezifische Outcome-Parameter einer stationären Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates in Österreich. Monozentrische klinische Referenzwerte eines deskriptiven Evaluationsmodells für Routine-Outcome-Measurements in Orthopädischer Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge Aktiv, Phys Med Rehab Kuror 2019; 29(02): 104-117, DOI: 10.1055/a-0835-6481

Abstractband Deutscher Wirbelsäulenkongress, European Spine Journal (2019): 28:2660-2758, p. 2719, Abstract P50, M. I. Norberg et al, A change of rehabilitation model increases work capacity at 12 months in low back pain.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Mit Muskelkraft gegen Schmerzen: Krafttraining, multimodale Ansätze und Elektrostimulation lindern oder verhindern Beschwerden

Nicht nur Medikamente helfen gegen Schmerzen, auch starke Muskeln sind ein wesentlicher Faktor für Prävention und Therapie. Training ist das beste „Medikament“ zur Muskelkräftigung. Auch die elektrische Stimulation der Muskeln mit speziellen Geräten wirkt stärkend – und kann sogar einfach zuhause durchgeführt werden.

Wien/Linz, 7. Februar 2020 – Schwinden die Muskeln, kommen die Schmerzen: „Mit kräftigen Muskeln lassen sich viele Beschwerden vermeiden oder lindern. Es ist in jedem Alter lohnend, die Muskeln zu stärken oder deren altersbedingten Abbau zu verhindern“, sagt Prim. Dr. Daniela Gattringer, Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG. Die jährliche Informationskampagne der Fachgesellschaft steht heuer insbesondere im Zeichen der Schmerzvorbeugung. „Gerade bei Menschen fortgeschrittenen Alters führt die schwindende Muskelmasse und der damit einhergehende Verlust an Muskelkraft und Muskelfunktion oft zu gravierenden Einschnitten in die Lebensqualität. Individuell angepasstes Training und ärztlich verordnete Elektrotherapien können hier viel bewirken“, ist die Experte für Physikalische Medizin und Rehabilitation überzeugt.

Kniearthrose: Starke Streckmuskulatur verbessert Funktionalität

Warum ein Krafttraining der Kniegelenksmuskulatur gegen die Beschwerden von Arthrose-Patienten hilft, konnte erst vor kurzem eine Studie klären: Die positiven Effekte werden im Wesentlichen durch den Kraftzuwachs der Streckmuskulatur erreicht. Für die Studie wurden Daten von 97 Patienten analysiert, die an Schmerzen und Einschränkungen infolge einer Gonarthrose litten, einer langsam voranschreitenden, nicht-entzündlichen Abnutzung des Kniegelenks, die allmählich zu einer Zerstörung des Gelenkknorpels und anderer Gelenkstrukturen führt. Ein Teil der Patienten machte zwölf Wochen lang physiotherapeutisch betreutes Krafttraining, um die Knieextensoren zu stärken. Die Patienten gewannen in dieser Zeit an Kraft und Lebensqualität dazu: Die Kraftzunahme der Kniestrecker war für 38 Prozent der Schmerzlinderungen und für 60 Prozent der funktionellen Verbesserungen ursächlich.

Elektrotherapie kräftigt Muskeln – auch im Wohnzimmer

Eine wichtige Möglichkeit zur Muskelstärkung stellt die Elektrotherapie dar. Dabei wird der Muskel durch Stromimpulse dazu gebracht, sich anzuspannen. Das führt zu kräftigenden Reizen im Muskelgewebe. Die Stimulation wirkt jedoch auch über einen anderen Weg: Sie aktiviert zusätzlich die für Bewegung zuständigen Areale im Gehirn. „Ein Vorteil der Elektrostimulation ist, dass auch Patienten davon profitieren können, die vorübergehend oder längere Zeit nicht mobil sind – zum Beispiel nach einer Operation oder wegen schwerer Krankheit“, so Prim. Gattringer. Genauso wie ein aktives Training muss auch die Elektrotherapie auf die individuellen Bedürfnisse eingestellt und regelmäßig an die Fortschritte bei der Muskelentwicklung angepasst werden. Damit sie Wirkung zeigt, sollte die Stromtherapie drei- bis fünfmal wöchentlich angewendet werden. Wichtig ist zum

Start eine Abklärung und Therapieplanung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Physikalische Medizin. „Besonderen Charme hat, dass man die Elektrotherapie auch im eigenen Wohnzimmer fortsetzen kann, nachdem eine Ärztin oder ein Arzt die Therapie definiert und die Patienten entsprechend geschult hat. Die Geräte sind sehr einfach zu bedienen“, erklärt Dr. Gattringer.

Muskeln gegen Stürze oder Wundliegen

Für ältere Patientinnen und Patienten ist Elektrotherapie besonders hilfreich. Ihre Muskulatur unterliegt einem altersbedingten Abbau, bei dem Muskelmasse zunehmend durch Fett- und Bindegewebe ersetzt wird. „Mit der funktionellen Elektrostimulation lässt sich dieser Alterungsprozess hinauszögern“, so Dr. Gattringer. Die Stimulation bringt älteren Patienten eine bessere Durchblutung und mehr Muskelmasse. Das vermindert das Risiko für Schmerzen und Stürze und verbessert den Zustand der Betroffenen insgesamt. Für Menschen, die kaum mehr mobil sind, bedeutet mehr Muskelmasse eine Erleichterung beim Sitzen und einen Schutz gegen Druckstellen durch Wundliegen.

Rückenschmerzen: Multimodales Training bringt Kraftzuwachs und Schmerzlinderung

Das beste „Medikament“ zur Muskelstärkung ist Muskeltraining. Das muss aber nicht nur aus reinem Krafttraining bestehen, wie eine aktuelle deutsche Studie über 106 Patienten mit Rückenbeschwerden zeigt. Die Teilnehmer im Alter zwischen 50 und 65 Jahren absolvierten ein dreiwöchiges stationäres multimodales Trainingsprogramm. Patienten beider Geschlechter konnten eine deutliche Verbesserung der Kraft in allen Bewegungsrichtungen erreichen: Rumpfbeugung und Streckung sowie Seitneigung und Rotation. „Das ist sehr erfreulich, denn Krafttraining, das ausschließlich auf Muskelwachstum zielt, ist für ältere Menschen oft eine zu große Herausforderung. Das untersuchte multimodale Therapiekonzept ist ein erfolgversprechender Ansatz, um älteren Menschen den oft schwierigen Einstieg in das Krafttraining zu erleichtern“, fasst Prim. Gattringer zusammen.

Quellen:

Hall M. et al. Osteoarthritis Cartilage 2018; 26: 495-500

A. Pietsch, E. Hartinger, F. Schombach und H. Riepenhof. Kraftzuwachs durch Effekte eines multimodalen Therapieprogramms bei Patienten mit Rückenbeschwerden zur Prävention des Muskelverlustes im Alter. 2019; 31: 46-54. doi: 10.5414/PRX0540.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Neue Empfehlungen zur Behandlung chronischer neuropathischer Schmerzen

Periphere neuropathische Schmerzen werden nicht immer rechtzeitig erkannt und somit auch nicht frühzeitig behandelt. Bei spätem Therapiebeginn oder nicht-adäquater Behandlung beeinträchtigen chronische neuropathische Schmerzen jedoch die Lebensqualität der Betroffenen massiv. Um das diagnostische und therapeutische Management peripherer neuropathischer Schmerzen optimal zu unterstützen, wurden von einer interdisziplinären Expertengruppe neue Empfehlungen für die Behandlungspraxis vorgestellt, berichtet die Österreichische Schmerzgesellschaft aus Anlass der 19. Österreichischen Schmerzwochen.

Wien/Klagenfurt, 10. Februar 2020 – Sieben bis zehn Prozent der Bevölkerung sind von neuropathischen Schmerzen betroffen. Neuropathische Schmerzen werden, so auch die aktuelle Definition der International Association for the Study of Pain (IASP), durch eine Verletzung oder Dysfunktion des peripheren und/oder zentralen Nervensystems verursacht. Eingeteilt werden neuropathische Schmerzen in der Regel in periphere lokale oder multifokale Schmerzen, in periphere generalisierte oder diffuse Schmerzen oder Schmerzen mit zentralen Ursachen. „Die Diagnostik und Therapie peripherer neuropathischer Schmerzen kann im Behandlungsalltag herausfordernd sein. Das ist aber deshalb problematisch, weil bei spätem Therapiebeginn oder nicht-adäquater Behandlung chronische neuropathische Schmerzen die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinträchtigen“, sagt Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc, Generalsekretär der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) aus Anlass der 19. ÖSG-Schmerzwochen. Um das diagnostische und therapeutische Management peripherer neuropathischer Schmerzen optimal zu unterstützen, wurden von einer interdisziplinären Expertengruppe (Anästhesie, Palliativmedizin, Neurologie, Schmerzmedizin) neue Empfehlungen für die Behandlungspraxis erarbeitet. Neben Prof. Likar waren auch weitere Expertinnen und Experten aus dem Vorstand der ÖSG beteiligt.

Mit der richtigen Diagnose zur frühen Therapie

Behandelt wird in den neuen Empfehlungen zunächst die Diagnostik. Hilfreich zur Diagnosestellung von peripheren neuropathischen Schmerzen, so die Autorinnen und Autoren, sind validierte einfache Tests wie der painDETECT®-Fragebogen, der „DN4“-Fragebogen oder der General Pain Screener (GPS).

Bei positiven Hinweisen in der Anamnese kann die Arbeitshypothese neuropathischer Schmerz aufgestellt werden. Finden sich auch bei der körperlichen Untersuchung Symptome oder weitere Anhaltspunkte für das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente durch Bestätigung einer Nervenschädigung oder Erkrankung, ist der neuropathische Schmerz wahrscheinlich oder gesichert, und es kann eine adäquate Therapie eingeleitet werden, heißt es in den Expertenempfehlungen. Bei unklarer Diagnose kann eine initiale Therapie eingeleitet werden, zugleich sollte aber, genauso wie bei Nichtansprechen auf die Therapie, eine Überweisung zu Spezialistinnen bzw. Spezialisten erfolgen, wo gegebenenfalls weitere Spezialuntersuchungen durchgeführt werden können.

Die Therapie neuropathischer Schmerzen

„Die Palette an Arzneimitteln, die für die Behandlung neuropathischer Schmerzen verfügbar sind, hat sich in den vergangenen Jahren erweitert“, sagt Prof. Likar. „Es kommen topische und systemische Medikamente zum Einsatz, wobei auch eine Kombination in Betracht kommt“.

Zur topischen Behandlung von peripheren neuropathischen Schmerzen sind kutane Pflaster mit dem Wirkstoff Lidocain 700 mg (5 %) und Capsaicin 179 mg (8 %) zugelassen. Die interdisziplinäre Expertengruppe unterstreicht in ihrem Papier, dass bei lokalisierten neuropathischen Schmerzen der primäre Einsatz der topischen Therapieoptionen vorteilhaft sein kann. „Aufgrund des geringen Risikos für systemische und zentrale Nebenwirkungen und Medikamentenwechselwirkungen sollte der primäre Einsatz vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten, multimorbiden Personen und Menschen unter Polymedikation oder mit eingeschränkter Organfunktion erfolgen“, so die Autorinnen und Autoren. Auch die Patientenpräferenz, die Compliance sowie die Dringlichkeit einer wirksamen therapeutischen Intervention sollten in die Entscheidung für einen möglichen primären Einsatz einfließen.

„Kommt eine systemische Therapie in Betracht, muss die individuell geeignete Dosierung in Abhängigkeit von Wirkung und Nebenwirkungen durch sorgfältige Titration ermittelt werden. Die Auswahl sollte anhand des zugrunde liegenden Krankheitsbildes, des Nebenwirkungsprofils und der Komorbiditäten sowie unter Berücksichtigung von Komedikation und Kontraindikationen erfolgen“, zitiert Prof. Likar aus dem Expertenpapier. „Da bei neuropathischen Schmerzen das schmerzleitende oder schmerzmodulierende Nervensystem selbst gestört ist, wirken Standard-Analgetika wie Paracetamol oder nichtsteroidale Analgetika in der Regel nicht oder nur in sehr geringem Maße.“

Als systemisch pharmakologische Therapie erster Wahl werden Antikonvulsiva mit Wirkung auf neuronale Kalziumkanäle (Gabapentin, Pregabalin) sowie tri- und tetrazyklische Antidepressiva empfohlen. Ebenfalls als Therapie erster Wahl gilt der selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer Duloxetin, der allerdings nur zur Behandlung der diabetischen Neuropathie zugelassen ist. Das auf neuronale Natriumkanäle wirkende Antikonvulsivum Carbamazepin spielt insbesondere in der Behandlung der Trigeminusneuralgie eine wichtige Rolle.

Auch Opiode bzw. μ -Opioid-Rezeptoragonisten/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (MOR/NRI) wie Tapentadol können in der Therapie chronischer neuropathischer Schmerzen eingesetzt werden, wobei sie nach Ansicht der Expertengruppe besonders bei starken Schmerzen und dem Bedarf für einen raschen therapeutischen Effekt ihren Stellenwert haben. Langzeitdaten fehlen allerdings. Die Expertengruppe betont, dass die Auswahl der geeigneten Opiode Mechanismus-orientiert differenziert erfolgen muss: Eine antineuropathische Wirksamkeit weisen das schwache Opioid Tramadol sowie die starken Opiode Oxycodon, Buprenorphin und Tapentadol auf.

Botulinumtoxin kann zur Therapie neuropathischer Schmerzen in Betracht kommen, allerdings nur als Drittlinientherapie bei lokal begrenzten Beschwerden. Auch orale Cannabinoide kommen als Drittlinien- bzw. Add-on-Therapie nach Ausschöpfung der anderen empfohlenen Maßnahmen in Betracht.

Quelle: Graggöber, Gustorff, Kress, Likar, Löscher, Masel, Mitrovic. Reichl, Sator-Katzenschlager, Stromer, Topkian: Chronische periphere neuropathische Schmerzen: Diagnose und Therapie in der Praxis. [Schmerznachrichten 1##/2020](#)

Mit freundlicher Unterstützung von



*Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der
Österreichischen Schmerzgesellschaft.*

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Rückenmark-Hochfrequenzstimulation mit 10.000 Hertz: Neue Studien zeigen Wirksamkeit bei chronischen Schmerzen

Neue Studien belegen die Wirksamkeit der Hochfrequenzstimulation mit 10.000 Hertz bei Schmerzen zum Beispiel des Rückens und der Beine. Die Therapie lindert chronische Schmerzen und senkt die zur Schmerzreduktion erforderlichen Opioidmenge.

Wien, 11. Februar 2020 – Das Verfahren der elektrischen Rückenmarkstimulation, das seit rund 40 Jahren erfolgreich gegen chronische Schmerzen u. a. des Rückens oder der Beine eingesetzt wird, wurde in den vergangenen Jahren laufend verbessert. Kleine Elektroden, die in den Wirbelkanal implantiert werden, geben nun Stromimpulse mit einer Frequenz von 10.000 Hertz an das Rückenmark ab. Dadurch lassen sich chronische Schmerzen ohne störende Nebenwirkungen reduzieren. Die noch junge Behandlungsmethode etabliert sich in Österreich zunehmend. „Drei aktuelle Studien zeigen erneut, dass die Hochfrequenz-Stimulation Patienten mit chronischen Schmerzen helfen kann“, berichtet ÖSG-Generalsekretär Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar (Leiter der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum Klagenfurt und LKH Wolfsberg; Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Sigmund Freud Universität) anlässlich der 19. ÖSG-Schmerzwochen. „Man darf zwar nicht erwarten, dass mit der neuen Methode starke chronische Schmerzen völlig verschwinden, aber eine Schmerzreduktion von bis zu 50 Prozent ist bereits ein guter Erfolg und verbessert die Lebensqualität erheblich.“

Beobachtungsstudie mit 1.660 chronischen Schmerzpatienten

Eine große Beobachtungsstudie untersuchte die Wirksamkeit der Hochfrequenz-Rückenmarks-Stimulation mit 10.000 Hertz bei 1.660 Patienten, die an chronischen Schmerzen an Rumpf oder Gliedmaßen litten. Dabei wurde erhoben, wie sich die Therapie drei, sechs und zwölf Monate nach der Behandlung auf die Schmerzlinderung auswirkte. Auch Änderungen bei Funktion, Schlaf, Lebensqualität und Medikamentengebrauch wurden evaluiert. „Die Resultate sprechen für diese Therapie: Mindestens 70 Prozent der Patienten berichteten nach zwölf Monaten, dass die Therapie ihre Schmerzen reduziert habe“, so Prof. Likar. Ein Großteil (72,3 Prozent) der Patienten gaben zudem an, dass sich ihre Funktion verbessert habe, sie besser schliefen (68 Prozent) und ihre Lebensqualität gestiegen sei (90,3 Prozent). Rund ein Drittel (32 Prozent) der Patienten musste infolge der Hochfrequenz-Stimulation weniger Schmerzmittel einnehmen. „Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit denen zuvor publizierter randomisierter Studien überein. Das zeigt, dass die Hochfrequenzstimulation ein wirksames Mittel zur Behandlung von chronischen Rücken- und Beinschmerzen ist“, fasst Prof. Likar zusammen.

Chronische Schmerzpatienten brauchen mit Hochfrequenz-Therapie weniger Opiode

Eine weitere Arbeit analysierte die Daten von zwei großen prospektiven Studien zur Hochfrequenzstimulation mit 10.000 Hertz bei Patienten mit chronischen Schmerzen im unteren Rückenbereich oder in den Beinen. Das Ergebnis: Mussten vor der Hochfrequenzstimulation noch fast 40 Prozent der Patienten Opioide einnehmen, die mehr als 90 Morphinäquivalenz-Einheiten (MME) pro Tag entsprachen, so waren es zwölf Monate nach der Behandlung nur noch 23 Prozent. Der Gruppe, die ursprünglich mehr als 90 MME pro Tag brauchte, konnte durch die Hochfrequenztherapie die durchschnittliche Opioid-Dosis um 46 Prozent senken. Gleichzeitig verzeichnete sie eine deutliche Schmerzreduktion. „Die Hochfrequenztherapie erwies sich auch in dieser Studie als vorteilhaft. Sie stellt eine evidenzbasierte, nichtpharmakologische Alternative zur Opioid-Therapie dar oder kann als zusätzliche Behandlung die Reduktion von Opioiden erleichtern“, so Prof. Likar.

Hochfrequenzstimulation auch bei chronischen Schmerzen des Nackens und der Arme wirksam

Dass die Hochfrequenzstimulation auch bei Schmerzen des Nackens und der Arme zum Einsatz kommen könnte, lässt eine Studie vermuten, bei der 23 von 24 behandelten Patienten auf diese Therapie ansprachen. Ihre Schmerzen im Nacken oder in den Armen konnten sechs sowie zwölf Monate nach Therapiebeginn deutlich reduziert werden. Bei diesen Patienten verbesserte sich auch die Funktionalität, sie hatten also weniger schmerzbedingte Alltagseinschränkungen. „Auch wenn es noch weitere Studien mit größeren Patientenzahlen braucht, um die Hochfrequenzstimulation auch für die Behandlung von Nacken- und Armschmerzen empfehlen zu können, weisen diese Daten in eine sehr vielversprechende Richtung“, resümiert Prof. Likar.

Quellen:

Stauss T, El Majdoub F, Sayed D et al: A multicenter real-world review of 10 kHz SCS outcomes for treatment of chronic trunk and/or limb pain. Ann Clin Transl Neurol. 2019 Jan 22;6(3):496-507. doi: 10.1002/acn3.720. eCollection 2019 Mar.

Al-Kaisy A, Van Buyten J-P, Carganillo R et al: 10 kHz SCS therapy for chronic pain, effects on opioid usage: Post hoc analysis of data from two prospective studies

Scientific Reports | (2019) 9:11441 | <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47792-3> 1

El Majdoub F, Neudorfer C, Richter R et al: 10 kHz cervical SCS for chronic neck and upper limb pain: 12 months' results. Ann Clin Transl Neurol. 2019 Nov;6(11):2223-2229. doi: 10.1002/acn3.50915. Epub 2019 Oct 8

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler
0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Postoperative Schmerzen wirksam behandeln, Schmerzchronifizierung vorbeugen

Schmerzen nach chirurgischen Eingriffen werden noch immer nicht ausreichend behandelt, obwohl ausreichend Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen. Das bedeutet nicht nur vermeidbare Schmerzen, sondern auch das Risiko der Schmerz-Chronifizierung mit dauerhaften Beschwerden. Eine Reihe neuer Studien beschäftigt sich jetzt mit der Rolle von intravenösem Ibuprofen in der postoperativen Schmerztherapie.

Wien, 12. Februar 2020 – Schmerzen nach chirurgischen Eingriffen werden, trotz aller Fortschritte und Möglichkeiten, noch immer nicht immer ausreichend behandelt. „Es wird oft unterschätzt, wie häufig und intensiv sie auftreten. Internationalen und österreichischen Patientenbefragungen zufolge leiden ein Viertel der Patienten postoperativ unter starken Schmerzen“, berichtet OA Dr. Wolfgang Jaksch, Sekretär der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Schmerzwochen der ÖSG. „Das ist auch deshalb problematisch, weil es nach unzureichend behandelten postoperativen Akutschmerzen zu einer Schmerz-Chronifizierung mit dauerhaften Beschwerden kommen kann. Eine gute Vorbeugung und Behandlung postoperativer Schmerzen ist entscheidend.“

Zur Linderung postoperativer Schmerzen stehen geeignete Medikamente zur Verfügung, eine Reihe neuer Studien beschäftigt sich jetzt mit intravenös verabreichtem Ibuprofen. Dieses kann Schmerzen lindern, die nach Operationen entstehen – unabhängig davon, ob diese an Kreuzband, Unterkiefer, Galle oder Magen durchgeführt wurden. Patienten, die nach den Eingriffen Ibuprofen zur Schmerzbehandlung erhalten, brauchen darüber hinaus weniger Opioide.

Ibuprofen ist ein nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR) mit anti-inflammatorischer, fiebersenkender und analgetischer Wirkung. Oral verabreicht ist es eines der am häufigsten verwendeten NSAR und seit langer Zeit im Einsatz. Die Infusionslösung erlaubt nun auch den frühzeitigen Einsatz dieser Substanz im perioperativen Schmerzmanagement. „Ein wichtiges Anwendungsgebiet in diesem Zusammenhang könnte ein frühzeitiger Einsatz beim Kaiserschnitt sein, denn die gut untersuchte Substanz geht fast nicht in die Muttermilch über“, sagt OA Dr. Jaksch. „Das ist schon deshalb von Bedeutung, weil sich in einer österreichweiten Befragung deutlich Defizite bei der schmerztherapeutischen Vorsorge nach Sektio gezeigt haben.“

Eine neue Studie (Cionac Florescu et al) zeigt zum Beispiel, dass Patienten weniger Morphin zur Schmerzlinderung nach einer Operation zur Wiederherstellung des vorderen Kreuzbandes benötigen, wenn sie alle zwölf Stunden 600 mg intravenös Ibuprofen erhalten. Zudem erweise sich Ibuprofen hier ähnlich schmerzlindernd wie Ketoprofen. Dr. Jaksch: „Da intravenöses Ibuprofen sicher in der Anwendung und gut verträglich ist, raten die Studienautoren, es als Analgetikum bei Kreuzbandoperationen in Betracht zu ziehen.“

Schmerzen nach Unterkiefer-OP vorbeugen

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie (Demirbas et al), die die schmerzlindernde Wirkung von Ibuprofen nach einer Unterkieferoperation am dritten Mahlzahn untersucht hat: Der präventive Einsatz von intravenösem Ibuprofen führte dazu, dass die Patienten nach der Operation geringere

Schmerzen hatten und weniger Notfallanalgesie innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation benötigten.

Zwei weitere Studien verglichen intravenöses Ibuprofen und Paracetamol bezüglich ihrer schmerzlindernden Wirkung und des nötigen Opioidbedarfs nach chirurgischen Eingriffen. Sowohl nach Gallenblasen-Entfernungen (Ekinci et al) als auch nach Magenverkleinerungen (Ciftci et al) führte intravenöses Ibuprofen im Vergleich zu Paracetamol zu günstigeren Schmerzwerten und einer größeren Reduktion des Opioidbedarfs innerhalb der ersten 24 Stunden nach den Eingriffen.

Eine Studie (Ozmen et al), die intravenöses Ibuprofen im Vergleich zu einem ultraschallgesteuerten bilateralen oberflächlichen Nervenblock des *Plexus cervicalis* als Analgetikum bei Schilddrüsenoperation untersuchte, zeigte keine Unterschiede zwischen den beiden analgetischen Optionen bezüglich des Fentanyl-Bedarfs 48 Stunden nach der Operation und den Schmerzscores. Eine Einzeldosis Ibuprofen sei möglicherweise acht Stunden nach der Operation in der Schmerzprävention genauso erfolgreich wie der Block.

Quellen:

Cionac Florescu S, Anastase D, Munteanu A et al: ESRA19-0477. Efficacy of intravenous ibuprofen compared to intravenous ketoprofen for pain control following anterior cruciate ligament reconstruction. A prospective, randomized, double-blind study. *Regional Anesthesia & Pain Medicine* 2019;44:A238.

Demirbas AE, Karakaya M, Bilge S et al: Does Single-Dose Preemptive Intravenous Ibuprofen Reduce Postoperative Pain After Third Molar Surgery? A Prospective, Randomized, Double-Blind Clinical Study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019 Oct;77(10):1990-1997. doi: 10.1016/j.joms.2019.04.019. Epub 2019 Apr 25

Ekinci M, Ciftci B, Celik EC et al: A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study that Evaluates Efficacy of Intravenous Ibuprofen and Acetaminophen for Postoperative Pain Treatment Following Laparoscopic Cholecystectomy Surgery. *J Gastrointest Surg.* 2019 Apr 22. doi: 10.1007/s11605-019-04220-1. [Epub ahead of print]

Ciftci B, Ekinci M, Celik EC et al: Comparison of Intravenous Ibuprofen and Paracetamol for Postoperative Pain Management after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. A Randomized Controlled Study. *Obes Surg.* 2019 Mar;29(3):765-770. doi: 10.1007/s11695-018-3613-1.

Ozmen O, Mutlu V, Ince I et al: Single-dose intravenous ibuprofen versus ultrasound-guided bilateral superficial cervical plexus block for post-thyroidectomy pain: A randomized study *Science* 2019;8(4):857-60

<https://www.embryotox.de/arzneimittel/details/ibuprofen/>

Jaksch W et al. Schmerzversorgung bei chirurgischen Eingriffen. Ergebnisse einer österreichweiten Patientenbefragung zur postoperativen Schmerzsituation und zum perioperativen Schmerzmanagement. *Der Schmerz* 3/2018.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler
0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Lebensqualität älterer Schmerzpatienten – nicht nur der Palliativpatienten – wird durch THC-Cannabisarzneimittel verbessert

Aktuelle deutsche Studie zeigt: THC-Cannabisarzneimittel wie Dronabinol sind eine effektive, risikoarme Therapieoption bei Palliativpatienten und älteren Menschen mit chronischen Schmerzen. Doch diese Therapien werden gerade für geriatrische nichtpalliative Patienten nur sehr restriktiv bewilligt.

Wien, 13. Februar 2020 – Ältere Menschen sind sehr häufig von starken chronischen Schmerzen betroffen. Eine aktuelle Studie zeigt, dass THC-Cannabisarzneimittel wie Dronabinol die Lebensqualität von älteren Schmerz- und/oder Palliativpatienten wesentlich verbessern können. Deutsche Forscher haben bei 93 geriatrischen Schmerzpatienten (54,8 Prozent nichtpalliativ, Gruppe A; 45,2 Prozent Palliativpatienten, Gruppe B) ab dem 80. Lebensjahr Dosierung, Schmerzstärke, Therapieeffekte und Nebenwirkungen einer Dronabinoltherapie analysiert. Dabei wurde sowohl bei geriatrischen, nichtpalliativen Schmerzpatienten (N=51, Gruppe A) als auch bei geriatrischen Palliativpatienten (N=42, Gruppe B) eine zusätzliche Schmerzlinderung durch das Cannabisarzneimittel nachgewiesen. Mit Dronabinol erreichten 52,5 Prozent der geriatrischen Patienten der Gruppe A eine Schmerzlinderung von mehr als 30 Prozent, bei zehn Prozent der Patienten betrug diese sogar über 50 Prozent. Im Untersuchungszeitraum nutzten die 51 geriatrischen Schmerzpatienten Dronabinol über durchschnittlich 188,5 Tage, die mittlere Tagesdosis betrug 6 Tropfen (4,2 mg THC, Range 1,4–**23 mg** THC pro Tag). Im Durchschnitt wurden vier Symptome oder unangenehme Nebenwirkungen der Vortherapie positiv beeinflusst. 26 Prozent der Patienten gaben Nebenwirkungen an. Die Ablehnungsquote seitens der Krankenversicherungen betrug 39 Prozent bei geriatrischen nicht-palliativen Schmerzpatienten und 10 Prozent bei geriatrischen Palliativpatienten. „Die aktuelle Studie liefert den Nachweis, dass Dronabinol eine effektive, risikoarme Therapieoption für geriatrische Schmerzpatienten und geriatrische Palliativpatienten darstellt und frühzeitig erwogen werden sollte“, unterstreicht ÖSG-Vorstandsmitglied Univ.-Prof. DDr. Hans Georg Kress, Vorstand der Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerzmedizin, Medizinische Universität/AKH Wien, anlässlich der 19. Schmerzwochen der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG).

Geriatric und Palliativversorgung als wichtige Einsatzgebiete

Noch gibt es wenige Studien, die Dronabinol in Palliativmedizin und Geriatrie erforscht haben. Doch genau diese Bereiche sind besonders für den Einsatz des Wirkstoffs geeignet. Das Arzneimittel kann wichtige Parameter positiv beeinflussen, zum Beispiel Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, körperliche Funktion, psychischer Gesamtzustand, Schmerz, Symptomkontrolle, soziale Funktion oder Therapietreue. Darüber hinaus wird Dronabinol in der Palliativbehandlung verwendet, wenn Patienten an therapierefraktärer Übelkeit, Appetitlosigkeit oder krankheitsbedingtem Gewichtsverlust leiden. Nicht nur im palliativen Setting entfaltet die analgetische,

stimmungsaufhellende, schlaffördernde oder angstlösende Wirkung des Arzneimittels zusätzlichen Nutzen. In der Geriatrie ist die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz ein weiteres mögliches Anwendungsgebiet von Dronabinol.

Was ist Dronabinol?

Dronabinol ist der internationale Freiname für den Wirkstoff Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC). Das psychoaktive Cannabinoid wird üblicherweise gegen Übelkeit, Erbrechen und Appetitlosigkeit eingesetzt, etwa bei Menschen, die an Krebs oder HIV/AIDS erkrankt sind. Auch bei schmerzhafter Spastik infolge Multipler Sklerose, Querschnittsyndrom oder anderen schmerzhaften spastischen Zuständen wirkt sich das Mittel positiv aus. Bei chronischen Schmerzen kann Dronabinol als Zusatztherapie eingesetzt werden. Besonders bei sehr unangenehmen neuropathischen Beschwerden, bei denen das Nervensystem selbst die Schmerzen verursacht, erweist sich Dronabinol oft als die bessere Wahl und als Zusatztherapie den alleine verabreichten konventionellen Schmerzmitteln überlegen. Zur Schmerzlinderung kann das Mittel seit 2004 verschrieben werden. „Eine Dronabinol-Therapie für geriatrische nichtpalliative Patienten wird in Österreich noch häufiger als in Deutschland von den Kassen nur sehr restriktiv bewilligt. Das sollte im Lichte der neuen Forschungsergebnisse überdacht und geändert werden“, fordert Prof. Kress.

Quellen:

Wendelmuth C, Wirz S, Torontali M, Gastmeier A, Gastmeier K: Dronabinol bei geriatrischen Schmerz- und Palliativpatienten. Eine retrospektive Auswertung der ambulanten kassenärztlichen Therapie. Schmerz 2019 Oct;33(5):384-391. doi: 10.1007/s00482-019-00408-1.

Interdisziplinäres Meeting – „Austrian Cannabinoid Experts“: Dronabinol im Fokus: Erfahrung und Evidenz. Schmerznachrichten Zeitschrift der Österreichischen Schmerzgesellschaft. Nr 1a/2019

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler
0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Smartphone-Nutzung belastet Halswirbelsäule – Gefahr für Nackenschmerzen vor allem bei Jugendlichen

Mit der zunehmenden Nutzung von Smartphones steigt insbesondere bei Jugendlichen die Belastung für die Halswirbelsäule. Mit Handy-Pausen, ausgleichender Bewegung und halswirbelfreundlicher Haltung kann man Nackenschmerzen vorbeugen.

Wien, 14. Februar 2020 – Der ständige Blick aufs Smartphone kann mit der Zeit wehtun, und zwar vor allem im Nackenbereich. Das legt eine aktuelle deutsche Studie nahe. 2018 erfassten Forscher bei rund 100 Schülerinnen und Schülern im Alter von 12 bis 18 Jahren die tägliche Handynutzungsdauer und den Zustand ihrer Halswirbelsäule. In einer Follow-up Studie 2019 stellte das Forscherteam nun fest, dass die Schülerinnen und Schüler ihr Smartphone noch intensiver nutzten als vor einem Jahr. Zugleich zeigte sich eine leichte Zunahme der Beschwerden an der Halswirbelsäule auf Basis des „Neck Disability Index“ (NDI). Der Fragebogen bewertet Schmerzen und Probleme bei alltäglichen Aktivitäten aufgrund von Beschwerden an der Halswirbelsäule. Bereits 38 Prozent der untersuchten Schüler hatten einen NDI von über zehn Prozent.

27 Prozent schmerzt Nacken nach längerer Smartphone-Nutzung

Durchschnittlich nutzten die Schülerinnen und Schüler das Smartphone 2,9 Stunden täglich, 16-Jährige sogar drei bis vier Stunden pro Tag. Bei 21 Prozent der Jugendlichen sahen die Forscher Anzeichen einer Abhängigkeit vom Smartphone. Nach längerer Nutzung des Handys klagten die Schülerinnen und Schüler insbesondere über Nackenschmerzen (durchschnittlich 27 Prozent), Kopfschmerzen (21 Prozent) sowie Augenschmerzen (zwölf Prozent).

„Besonders die jüngere Generation verbringt zunehmend mehr Zeit mit der Smartphone-Nutzung. Häufig wird das Handy jedoch in einer nach vorne übergeneigten Kopfhaltung verwendet, die für die Halswirbelsäule belastend ist und zu Nackenschmerzen führt: Man spricht hier vom ‚Smartphone Neck‘“, erklärt OÄ Dr. Waltraud Stromer, Vize-Präsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. Schmerzwochen der ÖSG. Die Fachgesellschaft legt bei ihrer jährlichen Informationskampagne heuer den Fokus auf die Schmerzvorbereitung.

Um diesen Nackenschmerzen vorzubeugen, hilft es, weniger Zeit mit dem Handy zu verbringen, regelmäßige Pausen mit Lockerungsübungen zu machen und eine rücken- bzw. halswirbelfreundliche Grundhaltung einzunehmen. „Das bedeutet: Smartphone vors Gesicht und Display auf einer Höhe mit den Augen. Und: Lieber die Augen senken, als Kopf und Nacken zum Handy zu beugen“, sagt Dr. Stromer.

Quelle:

Baltin C, Grevenstein D, Meyer C et al: Follow-up Studie über die gesundheitlichen Auswirkungen der Smartphone-Nutzung auf den Hals und Nacken am Beispiel von Schulkindern. Meeting Abstract. Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2019). Berlin, 22.-25.10.2019. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2019. DocAB47-1232

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com



Ketamin: Neue Einsatzmöglichkeiten bei chronischen Schmerzen

Ketamin könnte künftig eine neue Behandlungsoption zur Prävention chronischer postoperativer und neuropathischer Schmerzen sein. Die Datenlage zu Wirkung, Sicherheit und Gebrauch in den vielfältigen Anwendungsfeldern ist allerdings noch gering. Eine neue Studie von ÖSG-Vorstandsmitgliedern bringt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand.

Wien, 17. Februar 2020 - Das Anästhetikum und Analgetikum Ketamin wird seit den 1970er Jahren in der Notfallmedizin und Anästhesie eingesetzt, kommt jedoch heute wegen seiner psychotropen Wirkung als Anästhetikum eher wenig zum Einsatz. „Die weitere Erforschung von Ketamin ist allerdings durchaus lohnend. Es wirkt unter anderem an den vorrangig im Zentralnervensystem vorkommenden NMDA-Rezeptoren, die durch die Bindung von Ketamin blockiert werden können, und unterscheidet sich deutlich von anderen Schmerzmitteln“, erklärt OA Dr. Wolfgang Jaksch, Vorstandsekretär der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), anlässlich der 19. ÖSG-Schmerzwochen. Die jährliche Informationskampagne der ÖSG steht heuer im Zeichen der Schmerzvorbeugung.

Eine aktuelle Arbeit von Vorstandsmitgliedern der ÖSG hat den aktuellen Forschungsstand zu Ketamin zusammengefasst: Das Medikament zeigt eine Reihe von Effekten an zahlreichen weiteren Rezeptoren, die zum Beispiel lokal-anästhetisch wirken, aber auch die Wirkung von Opiaten potenzieren. Weiters steigert Ketamin die Freisetzung von Dopamin und Noradrenalin. Zu diesen Sofortwirkungen kommen verzögerte Effekte, die möglicherweise die neuroimmune Interaktion beeinflussen. Diese komplexen Mechanismen machen Ketamin für verschiedene Einsatzgebiete interessant, auch für die Vorbeugung chronischer Schmerzen.

Einsatz zur Prävention chronischer postoperativer Schmerzen

Ketamin könnte bei bestimmten Patientengruppen das Risiko der Schmerz-Chronifizierung nach Operationen senken. Studien zeigten, dass niedrig dosiertes Ketamin vor, während und nach Operationen den Opioidbedarf postoperativ um 40 Prozent reduziert, und das ohne schwere Nebenwirkungen. Ketamin erwies sich auch als hilfreich bei der Behandlung opioid-resistenter akuter Schmerzen nach Operationen. Dr. Jaksch: „Es gibt daher die Empfehlung, Ketamin bei großen Eingriffen als Teil eines multimodalen perioperativen Schmerzmanagements einzusetzen.“

Einsatz bei chronischen neuropathischen Schmerzen

Da der NMDA-Rezeptor bei der Entstehung neuropathischer Schmerzen eine wichtige Rolle spielt, könnte Ketamin dazu beitragen, dass bei Patienten mit neuropathischen Schmerzen die physiologische Schmerzhemmung wiederhergestellt wird. Eine Vielzahl von Studien demonstrierte, dass Ketamin chronische Schmerzen mit neuropathischer Komponente wirksam lindert. „Allerdings wurden in den meisten Studien Ketamin-Infusionen untersucht, mit der oft nur eine auf wenige Stunden begrenzte Wirkung erreicht wurde. Die Datenlage zur Behandlungsdauer und der eingesetzten Dosierung ist sehr uneinheitlich. Zum Einsatz von Ketamin bei chronischem Schmerz

haben wir leider noch keine Langzeitdaten“, erläutert Dr. Jaksch. Andere Verabreichungsformen (oral, transmukosal, Pflaster) sind in Entwicklung.

Ketamin und Krebschmerz

Bei Krebspatienten, deren Schmerzen eine deutliche neuropathische Komponente haben, könnte Ketamin eine Reduktion der Opioid-Dosis erreichen. Auch wenn onkologische Patienten unzureichend auf Opioide ansprechen, kann Ketamin eine Option für die Schmerzbehandlung sein. Die Palliative Care Guidelines der European Society for Medical Oncology (ESMO) empfehlen den Einsatz von Ketamin zur palliativen Behandlung von Krebspatienten mit neuropathischen Schmerzen und bei komplexen neuropathischen und vaskulären Schmerzsyndromen, bei denen Opioide ihre Wirkung verloren haben.

Missbrauchspotential und Nebenwirkungen

Hinsichtlich der Nebenwirkungen ist vor allem die psychotrope Wirkung von Ketamin bei langfristiger Einnahme problematisch. Ketamin kann deutliche Psychose-ähnliche Effekte und kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen. Da seit den 1970er Jahren Ketamin als „Partydroge“ missbraucht wird, gibt es aus den Beobachtungen dieses „Freizeitgebrauches“ mehr Daten zu langfristigen Nebenwirkungen als aus den spärlichen klinischen Studien mit kurzen Beobachtungszeiten. „Im Zusammenhang mit häufigem Ketamin-Konsum junger Menschen wird zwar eine Vielzahl von psychiatrischen und neurologischen Komplikationen beschrieben, Todesfälle durch Überdosierung sind allerdings selten und stehen zumeist in Zusammenhang mit der gleichzeitigen Einnahme anderer psychoaktiver oder sedierender Substanzen wie zum Beispiel Alkohol“, so OA Dr. Jaksch. „Ob im medizinischen Einsatz die psychotropen Nebenwirkungen von Ketamin beherrschbar sind und ob sich das Missbrauchspotenzial gering halten lässt, müssen weitere Studien zeigen.“

Quelle:

Jaksch W, Likar R, Aigner M: Ketamin: Einsatz bei chronischen Schmerzen und Depression. Wiener Medizinische Wochenschrift November 2019; 169 (15-16): 367–376

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung
Dr. Birgit Kofler
0676 6368930; 01 3194378
kofler@bkkommunikation.com



Migräne: Wie richtige Ernährung zur Prophylaxe beiträgt

Migräne und Essen hängen eng zusammen: Spezielle Diäten, Gewichtsreduktion und das Vermeiden bestimmter Lebensmittel können die Anzahl und Heftigkeit von Migräne-Attacken reduzieren. Eine neue Studie fasst den aktuellen Wissensstand zum Thema Ernährung und Kopfschmerz zusammen.

Wien/Linz, 18. Februar 2020 – Die pathologischen Mechanismen von Migräne hängen eng mit Ernährung zusammen. Umfangreiche Untersuchungen zeigen, dass vaskuläre Dysfunktion, Kortikale Streudepolarisierung (Cortical Spreading Depression, CSD), die Erweiterung von Blutgefäßen und die damit verbundene Aktivierung der Schmerz- und Dehnungsrezeptoren des Nervus trigeminus sowie der pro-inflammatorische und oxidative Zustand der Patienten eine Rolle bei der Entstehung von Migränekopfschmerz spielen. Ob und wie spezielle Diäten diese Mechanismen beeinflussen und somit zur Migräneprophylaxe beitragen können, ist daher eine Fragestellung, zu der zunehmend geforscht wird. „Leider ist die Zahl der Studien zur Rolle von Ernährung bei Kopfschmerzen und Migräne noch gering. Wir haben in unserem Review alle vorhandenen Evidenzen zusammengefasst und analysiert“, berichtet Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Lampl, Vizepräsident der European Headache Federation, anlässlich der 19. Schmerzwochen der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG). Die jährliche ÖSG-Informationeninitiative steht heuer im Zeichen der Schmerzvorbeugung. „Auch wenn noch vieles genauer erforscht werden muss, lassen sich von der Studie doch einige vielversprechende Prophylaxe-Ansätze ableiten“, so Prof. Lampl.

Auf bestimmte Lebensmittel verzichten

Bei manchen Migränepatienten setzen die Kopfschmerzattacken nach dem Konsum bestimmter Lebensmittel ein, zum Beispiel Käse, Schokolade, Zitrusfrüchte, Alkohol, Kaffee, Tomaten, Kohlehydrate, gesäuerte Lebensmittel oder Rotwein. „Für die Migräneprophylaxe sollten diese individuellen Trigger identifiziert und vom Speiseplan gestrichen werden“, rät Prof. Lampl.

Kohlehydrate sparen

Nach gegenwärtigem Wissensstand können die ketogene Diät und die modifizierte Atkins Diät zur Migräneprophylaxe beitragen: Bei diesen Ernährungsweisen werden Kohlehydrate gespart und dafür vermehrt protein- und fettreiche Lebensmittel gegessen. Diese Diäten kompensieren die serotonerge Dysfunktion, senken das Level der Calcitonin Gene-Related Peptiden (CGRP) und unterdrücken die Neuroinflammation.

Auch die Glyx-Diät dürfte ein vielversprechender Ansatz zur Prophylaxe von Migränekopfschmerz sein, da sie Entzündungen reduziert. Die Ernährung basiert bei dieser Diät auf Lebensmitteln mit niedrigem glykämischen Index wie Fleisch, Fisch sowie hochwertigen Fetten. Kohlehydrate werden hingegen reduziert, auf zuckerhaltiges wird weitgehend verzichtet. „Wir brauchen allerdings noch mehr Studien, um die genaue Wirkung der Glyx-Diät bei Migräne zu verstehen“, erklärt Prof. Lampl.

Gewichtsreduktion auch als Migräneprophylaxe

Kopfschmerz und Migräne sind mit Mechanismen wie Entzündung und irregulärer Funktion des Hypothalamus verbunden. Adipositas auch. Eine Gewichtsreduktion kann daher auch mit einer Verbesserung des Migränekopfschmerzes einhergehen.

Die richtigen Fette zu sich nehmen

Bei der Ernährung eine Balance zwischen essentiellen Fettsäuren, Omega-6- und Omega-3-Fettsäuren zu schaffen, ist eine andere wichtige Maßnahme zur Migräneprophylaxe. Studien zufolge verbessern sich die Kopfschmerzen jener Patienten in höherem Ausmaß, die mehr Omega-3- und weniger Omega-6-Fettsäuren zu sich nehmen im Vergleich zu Patienten, deren Diät aus der Reduktion von Omega-6-Fettsäuren alleine bestand. Omega-6-Fettsäuren sind beispielsweise in Distel- oder Sonnenblumenöl enthalten und werden vom Körper sehr gut gespeichert. Omega-3-Säuren kommen beispielsweise in Lein-, Leindotter- oder Walnussöl oder in fetten Fischen wie Aal, Karpfen oder Lachs vor. „Jede Diät, bei der die Aufnahme von Fetten zur Regulierung von Plasma-freien Fettsäuren und des Plasma-Lipid-Profiles und somit in der Folge zur Reduktion der Blutplättchenaggregation führt, scheint die Häufigkeit und Dauer von Migränekopfschmerz zu vermindern“, so Prof. Lampl.

Zusammengefasst können Diäten als eine wirksame Strategie der Kopfschmerz- und Migräne-Prophylaxe angesehen werden – seien es Diäten zum Gewichtsverlust bei adipösen Patienten, ketogene und Niedrigkalorien-Diäten sowie die Reduktion von Omega 6- und die Steigerung von Omega-3 Fettsäuren.

Quelle:

Razeghi Jahromi S, Ghorbani Z, Martelletti P, Lampl C, Togha M; School of Advanced Studies of the European Headache Federation (EHF-SAS): Association of diet and headache. J Headache Pain. 2019 Nov 14;20(1):106. doi: 10.1186/s10194-019-1057-1.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Pressetexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com