

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

Martinstraße 52

20246 Hamburg

[info@dgsuchtmedizin.de](mailto:info@dgsuchtmedizin.de)

Tel.: +49 (0) 711 252 967 02

[dgsuchtmedizin.de](http://dgsuchtmedizin.de)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Menschen mit Opioidgebrauch oder -abhängigkeit – mit und ohne Substitution – leiden mit einer erhöhten Prävalenz an Erkrankungen, die mit schweren Schmerzen einhergehen. Gleichzeitig ist die Behandlung herausfordernd, da bisher nur wenig Evidenz zu dem Thema verfügbar ist. Deshalb möchten wir Sie mit folgender Übersicht unterstützen.

### **Allgemeines**

Wie in jedem anderen Fall muss auch bei Opioidgebrauchenden die Ursache von Schmerzen gefunden und adäquat behandelt werden. Die Annahme, dass Schmerzen ausreichend durch (Substitutions-) Opiode behandelbar wären, ist in vielen Fällen nicht richtig. Im Gegenteil, mit der regelmäßigen Opioidaufnahme ist oft eine Toleranzentwicklung und in einigen Fällen sogar eine opioidinduzierte Hyperalgesie verbunden.

Grundsätzlich gilt zwar das WHO-Stufen-Schema zur Schmerzbehandlung, da aber bereits von hohen Opioidmengen in der Substitution auszugehen ist (entsprechend Stufe 3 WHO) und häufig neuropathische Schmerzkomponenten zu berücksichtigen sind, ist das Schema nur eingeschränkt nutzbar. Neben der schmerztherapeutischen Einstellung sollte daher unbedingt ein empathischer, wertschätzender Umgang mit den betroffenen Personen gewählt und gemeinsame (partizipative) Entscheidungen bzgl. einer angepassten multimodalen Behandlung getroffen werden.

## Empfehlungen

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

Martinistraße 52

20246 Hamburg

[info@dgsuchtmedizin.de](mailto:info@dgsuchtmedizin.de)

Tel.: +49 (0) 711 252 967 02

[dgsuchtmedizin.de](http://dgsuchtmedizin.de)

Bleiben nicht-medikamentöse Strategien erfolglos, sollten Opioidgebrauchende bei leichten Schmerzen zusätzlich Nicht-Opioid-Analgetika (wie NSAR, Novaminsulfon – Cave: Stoffwechsel oder Paracetamol – Cave: Leber) und trizyklische Antidepressiva (wie Doxepin oder Amitriptylin in geringeren Dosierungen) zur Aktivierung hemmender Bahnen erhalten. Sollte das nicht ausreichen, können Opioide ggf. mit weiteren Opioiden kombiniert werden, die sich in Rezeptoraffinität, intrinsischer Wirksamkeit oder Galenik unterscheiden (z.B. Morphin retardiert mit Fentanyl buccal/nasal, Oxycodon). Zudem können Tramadol und Tapentadol beispielsweise mit ihrer zusätzlichen SNRI-Wirkung die Wirksamkeit bestehender Analgetika erheblich verbessern. Wenn möglich, sollte das ambulant verabreichte Substitut, stationär fortgesetzt werden, bei starken Schmerzen kann jedoch der Wechsel des Substituts z.B. von einem  $\mu$ -Partialagonisten (Buprenorphin) auf einen Vollagonisten (retardiertes Morphin, Methadon, Hydromorphon) sinnvoll sein, bedarf aber der gemeinsamen Entscheidung mit der betroffenen Person und engmaschiger Überwachung bei der Umstellung. Die bei Opioidgebrauchenden besonders häufigen neuropathischen Schmerzanteile sollten adäquat mit Gabapentin und, wenn nötig, mit Pregabalin behandelt werden.

Grundsätzlich gelten die Dosisempfehlungen der Fachinformationen, jedoch immer individuelle Einstellung notwendig, die sowohl unter, als auch über den empfohlenen Dosierungen liegen können.

Bei operativen Eingriffen sind alle inhalativen oder intravenösen Narkotika einsetzbar (Cave: Benzodiazepine) aber es sollte (auch bei intensivmedizinischer Sedierung) mit teils erheblichem Mehrbedarf an Opioiden gerechnet werden, was im Fall von Buprenorphin-Substitution sogar den Wechsel auf einen Vollagonisten nötig machen kann. Die geringere intrinsische Aktivität von Buprenorphin bei gleichzeitig hoher Rezeptoraffinität behindert ansonsten die analgetische Wirksamkeit zusätzlicher Opioidanalgetika.

Mit Ketamin steht besonders im Notfall ein wenig  
atemdepressives, sicheres nicht-opioid-Analgetikum /  
Narkotikum zur Verfügung, das sich gut kombinieren lässt  
(Cave: Schleimbildung, Halluzinationen).

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
[info@dgsuchtmedizin.de](mailto:info@dgsuchtmedizin.de)  
Tel.: +49 (0) 711 252 967 02  
dgsuchtmedizin.de

Lokalanästhetika wirken bei Opioidgebrauchenden  
uneingeschränkt und können intra- oder postoperativ die  
Opioidanalgesie unterstützen oder ersetzen.

Bestehende Substitutionsbehandlungen müssen weitergeführt werden, nicht verschriebene  
Opioide sollten entsprechend auf adäquate Substitutionspräparate umgestellt werden und in  
letzterem Fall bei der Suche nach einer ambulanten Substitutionsbehandlung oder einer  
stationären Entgiftung unterstützt werden.

Auf häufige (über 70%) komorbide psychiatrische Störungen sollte besonders Rücksicht  
genommen werden, besonders Ängste, traumatische Erfahrungen und Agitation können eine  
erfolgreiche Schmerzkontrolle deutlich erschweren.

Wenn immer möglich, ist die Einholung suchtmmedizinischer Expertise sinnvoll, ein  
entsprechendes Konsiliarsystem sollte vorsorglich eingerichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink that reads 'Maurice Cabanis'.

Dr. Maurice Cabanis