

II-13502 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode



BUNDESMINISTERIN
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
DR. CHRISTA KRAMMER

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 72
Teletex: 322 15 64 BMGSK
DVR: 0649856

GZ 114.140/26-I/D/14/94

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Dr. Heinz FISCHER

6148 IAB

Parlament
1017 Wien

1994 -05- 03

zu 6183 IJ

Die Abgeordneten zum Nationalrat Haller, Fischl, Mag. Haupt, Dr. Pumberger haben am 2. März 1994 unter der Nr. 6183/J an meinen Amtsvorgänger beiliegende schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend Schmerztherapie gerichtet.

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu Frage 1:

Im Rahmen der neuen Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994, wurde im Sonderfach "Anästhesiologie" der Intensivmedizin, die in einem engen Zusammenhang mit der Schmerzbehandlung steht, erstmals ein besonderer Stellenwert eingeräumt, was sich insbesondere auch in der nunmehrigen Bezeichnung "Anästhesiologie und Intensivmedizin" äußert. In der Schmerztherapie werden dabei ausdrücklich Kenntnisse und Fertigkeiten in diesem Sonderfach zu erlernen sein.

Weiters wurde im Rahmen der Sonderfächer Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie und Psychiatrie jeweils das Zusatzfach Intensivmedizin geschaffen, das im Inhalt der jedenfalls erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten neben der Schocktherapie ausdrücklich die Analgesie und Sedierung nennt.

- 2 -

Dem gesteigerten Bedarf Rechnung tragend (aufgrund der Zunahme chronischer sowie maligner Erkrankungen, deren höhere Prävalenz vor allem auch auf die geänderte Altersstruktur zurückzuführen ist), haben sich in den letzten Jahren zunehmend Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich etabliert, deren primäre Aufgabe in einer integrierten Schmerzbehandlung liegt. Die in Frage kommenden Institutionen sind der beiliegenden Liste zu entnehmen, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Die Auflistung gründet sich auf Informationen, die meinem Ressort durch die Bundesländer zur Verfügung gestellt wurden.

Zu Frage 2:

Eine statistische Erfassung chronischer Schmerzpatienten durch mein Ressort erfolgt nicht. Es muß jedoch in diesem Zusammenhang festgehalten werden, daß es keine exakte Definition des Begriffes "chronischer Schmerzpatient" gibt. Sollten chronisch kranke Krebspatienten gemeint sein, gibt es nach meinem Wissensstand in Österreich ca. 70-80.000.

Zu Frage 3:

Für die Therapie von Schmerzpatienten, insbesondere von "chronisch kranken" Tumorpatienten steht ein großes Spektrum von adäquaten Therapiemaßnahmen zur Verfügung. Dieses Thema wurde ausführlich im Rahmen des 3. Dialoges über Ganzheitsmedizin und Schmerz im März 1993 behandelt.

- 3 -

Zu den wichtigsten nichtmedikamentösen Maßnahmen zählen v.a. Behandlungen im Rahmen der Chirurgie und Neurochirurgie, der Orthopädie, der Strahlentherapie und der Anästhesie, die entweder kurativ oder nur palliativ zur Schmerzlinderung beitragen sollen.

Für viele Langzeit-Tumorpatienten ist die medikamentöse Therapie das Mittel der Wahl, entweder als Ergänzung oder ausschließliche Behandlung. Über die Höhe des Anteiles der rein medikamentösen Therapie kann ich keine Aussagen treffen.

Zu Frage 4:

Nach pharmakologischen Gesichtspunkten sind die zur Verfügung stehenden zugelassenen Arzneimittel zur Schmerzlinderung in Nicht-Opiate, schwache und starke Opiate einzuteilen.

Hauptvertreter der Nicht-Opiat-Analgetika:

- das analgetisch und antipyretisch wirksame PARACETAMOL,
- das zusätzlich spasmolytisch wirksame METAMIZOL sowie
- die zusätzlich antiphlogistisch wirksame ACETYLSALICYLSÄURE

Hauptvertreter der schwachen Opiate:

- CODEIN, DIHYDROCODEIN und TRAMADOL

Hauptvertreter der starken Opiate:

- ALFENTANIL, BUPRENORPHIN, METHADON, MORPHIN, NICOMORPHIN, PETHIDIN, PIRITRAMID und SUFENTANIL

- 4 -

Zu Frage 5:

Die Empfehlung der WHO, die ein stufenplanmäßiges Vorgehen bei der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände vorsieht und an dessen oberster Stufe der Einsatz von Opiaten steht, ist mir selbstverständlich bekannt. Diese Empfehlung wurde durch mein Ressort daher auch in Form eines Erlasses (siehe Beilage) bereits im Jahre 1992 umgesetzt und allen betroffenen Stellen bekanntgegeben.

Zu Frage 6:

Der Verbrauch an (oralen) Morphinen zur Behandlung von "chronischen Schmerzpatienten" hat in Österreich seit 1986 etwa um das Neunfache zugenommen. Durch den vermehrten Einsatz dieser Präparate konnte auch größerer Wissensstand über deren Nebenwirkungen erreicht werden. Vor allem treten bei oralen Morphinen Obstipation und Erbrechen als unerwünschte Nebenwirkungen auf. Daneben ist mit steigender analgetischer Potenz eine zunehmende atemdepressorische Wirkung zu beobachten, welche jedoch gut beherrschbar ist.

Die prinzipiell von allen Opioiden ausgehende Eigenschaft, Sucht bzw. Abhängigkeit erzeugen zu können, hängt u.a. auch davon ab, ob derartige Arzneimittel zur Schmerzbekämpfung appliziert werden oder aufgrund deren Euphorie auslösenden Komponente genommen werden (z.B. von Suchtkranken). Die Gefahr der psychischen Abhängigkeit bei lege artis Anwendung von oralen Morphinen in der Schmerztherapie ist - wegen deren "slow release-Eigenschaften" - vernachlässigbar, die mögliche physische Abhängigkeit durch ausschleichende Medikation unproblematisch.

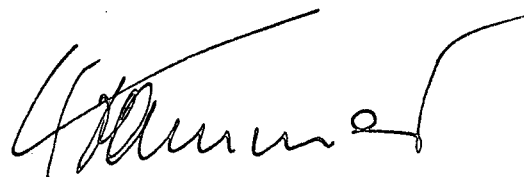
- 5 -

Zu den Fragen 7 und 8:

Gemäß § 22 des Ärztegesetzes 1984 ist der Arzt verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat hiebei nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrungen sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

Das bedeutet, daß damit im Rahmen des Behandlungsvertrages der Patient auch einen entsprechenden Betreuungsanspruch auf Maßnahmen der Schmerztherapie geltend machen kann.

Der Notwendigkeit der Schmerztherapie soll auch im Rahmen der Novellierung des Suchtgiftgesetzes durch ausdrückliche Verankerung der Schmerztherapie Rechnung getragen werden. § 5 des Suchtgiftgesetzes soll unter Klarstellung, daß die Schmerzbehandlung mit Opiaten mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft in Einklang steht, auf eine dem jeweiligen Schmerzniveau angepaßte ärztliche Behandlung auch mit Opiaten hinwirken und ungenügende Verschreibung aus Angst vor Entwicklung einer eventuellen Sucht verhindern helfen.



BEILAGEN

Anfrage:

1. Gibt es in Österreich niedergelassene Spezialisten oder Spezialambulanzen zur Schmerztherapie und wenn ja,
 - a) wie sieht die Ausbildung für Ärzte, die sich auf die Schmerzbehandlung spezialisiert haben aus und
 - b) wo und wieviele Schmerzspezialambulanzen gibt es?
2. Werden in Ihrem Ressort chronische Schmerzpatienten statistisch erfaßt und wenn ja, um wieviele Personen handelt es sich?
3. Welcher Therapie werden chronische Schmerzpatienten in Österreich unterzogen und wie hoch ist dabei der Anteil der rein medikamentösen Therapie?
4. Welche schmerzlindernden, rezeptpflichtigen Präparate sind derzeit in Österreich auf dem Markt und aus welchen Wirkstoffen bestehen sie?
5. Ist Ihnen die Empfehlung der WHO bekannt, schwer kranken Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen bei Bedarf opiathältige Schmerzmittel zu verabreichen?
6. In welcher Anzahl werden in Österreich für chronische Schmerzpatienten Präparate, die Opiate und Morphine enthalten, eingesetzt und welche Nebenwirkungen sind Ihnen aus der Praxis bekannt?
7. Wie ist Ihrer Meinung nach und auf Basis welcher gesetzlichen Grundlage die Verweigerung eines behandelnden Arztes, einem chronischen Schmerzpatienten ein schmerzlinderndes Medikament zu verabreichen, zu beurteilen?
8. Welche gesetzlichen Möglichkeiten stehen dem Patienten derzeit in Österreich zur Verfügung, das Recht auf Schmerzbehandlung für sich zu erreichen?

SCHMERZAMBULANZEN**Universitätskliniken
WIEN**

I.Univ.-Klinik für Chirurgie: Schmerzambulanz

Univ.-Klinik für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin:
Ambulanz für Schmerztherapie

Iniv.-Klinik für Neurologie: Kopfschmerzambulanz

Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters:
Kopfschmerzambulanz für Kinder und Jugendliche

GRAZ

Univ.-Kinderklinik: Kopfschmerzambulanz

INNSBRUCK

Univ.-Klinik für Kinderheilkunde: Psychotherapeutische Ambulanz:
Schmerzambulanz

Univ.-Klinik für Neurologie: Kopfschmerz-, Migräne-Ambulanz

**Krankenanstalten
WIEN**

KH-Lainz: Neurologische Abteilung:
Schmerz- und Akkupunktur-Ambulanz,
Interdisziplinäre Schmerzambulanz (Neurologische
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Institut für
Physikalische Medizin)

SMZ-Ost: Institut für Physikalische Medizin: Schmerzambulanz

Wilhelminenspital: 5. Medizinische Abteilung: Schmerzambulanz
2. Chirurgische Abteilung: Schmerzambulanz

- 2 -

NIEDERÖSTERREICH

NÖ-Landesnervenlinik Mauer: Schmerz- und Muskelambulanz (Betreuung von TENS- und ESES-Patienten)

KH-Mistelbach: Abteilung für Anästhesiologie: Schmerzambulanz

KH-St.Pölten: Abteilung für Anästhesiologie: Schmerzambulanz

OBERÖSTERREICH

KH der Stadt Linz: Neurologisch-psychiatrische Abteilung
Abteilung für Anästhesiologie und operative
Intensivmedizin

STEIERMARKE

Allgemeines und Orthopädisches LKH Stolzalpe: Ambulanz für
Schmerzbehandlung

**Ambulatorien
WIEN**

Fertility Center-Wien
Privatkrankenanstalt für Sterilitätsbehandlung,
Präventivmedizin, kosmetische Chirurgie und
Schmerzbekämpfung
1190 Wien, Heiligenstädterstraße 61-63

Erlaß des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz vom 24. November 1992, ZL: 21.405/23-II/A/8/92, Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz für die medikamentöse Schmerztherapie bei Krebspatienten

(An alle Landeshauptmänner)

Bei einem Großteil von Patienten, die an einer malignen Erkrankung leiden, treten früher oder später tumor- oder therapiebedingt Schmerzen auf, welche die Lebensqualität wesentlich beeinflussen. Immer noch setzt eine Schmerztherapie verzögert bzw. nicht entsprechend dem tatsächlichen individuellen Bedarf der betroffenen Patienten ein. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Zurückhaltung beim Einsatz von stark wirksamen Analgetika (Alkaloide).

Ein effektives Schmerzbehandlungsmanagement insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden, ist ein wichtiger Bestandteil eines umfassenden Krebsprogrammes.

Aus diesem Grund wurde seitens des Arzneimittelbeirates, dem beratenden Gremium des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, die nachstehenden Therapierichtlinien, in denen auch auf das Stufenplanschema der WHO Bezug genommen wird, ausgearbeitet. Diese Richtlinien sollen allen onkologisch- aber auch in der Nachsorge tätigen niedergelassenen praktischen Ärzten als Orientierungshilfe dienen und dazu beitragen helfen, eine rechtzeitige und dem jeweiligen Krankheitsstadium angepaßte Schmerztherapie einzuleiten und durchzuführen.

Die überwiegende Mehrzahl von Krebspatienten leidet unter Schmerzen. Die Behandlung des Krebs Schmerzes ist eine wichtige, häufig aber vernachlässigte ärztliche Aufgabe.

Die WHO empfiehlt als Grundlage der medikamentösen Schmerztherapie ein 3-Stufen Schema („Analgetikaleiter“, Tab. 1). Als erstes Analgetikum wird ein Nicht-Opiat (z. B. Aspirin) verwendet. Versagt diese Behandlung, was häufig der Fall ist, muß rasch auf die zusätzliche Verabreichung eines schwachen Opiates (z. B. Codein) übergegangen werden. Sind auch schwache Opiate für das Erreichen einer annähernden Schmerzfreiheit ungenügend, wird als 3. Therapiestufe ein starkes Opiat (z. B. Morphium) verwendet. Auch starke Opiate können mit Nicht-Opiaten kombiniert werden.

Tab. 1: WHO-Stufenplan zur medikamentösen Schmerztherapie bei Krebspatienten

Stufe 1: Nicht Opiate mit oder ohne adjuvante Therapie
Stufe 2: Schwache Opiate mit Nicht-Opiaten, mit oder ohne adjuvante Therapie
Stufe 3: Starke Opiate mit oder ohne Nicht-Opiate, mit oder ohne adjuvante Therapie

In jedem Stadium der Analgetikaleiter können zusätzlich adjuvante Pharmaka (Tab. 6) verabreicht werden, wobei der psychische Zustand des Patienten zu berücksichtigen ist. Letztlich sind auch nicht medikamentöse Möglichkeiten der Schmerzbehandlung in Erwägung zu ziehen.

NICHT-OPIATE

In Tab. 2 sind die wichtigsten Nicht-Opiate, ihre Dosierung sowie die Handelsnamen der entsprechenden in Österreich erhältlichen Arzneispezialitäten zusammengefaßt.

Tab. 2: Nicht-Opiate, Tagesdosen und Handelsnamen (Beispiele)

Acetylsalicylsäure	bis 5 x 1,0 g	Aspirin, Aspro, Acimeten, ASS „Genericon“, Acidum acetylosalicylicum „HMW“ und „Antos“
Paracetamol	bis 4 x 1,0 g	Apacet, Enelfa, Mexalen, Momentum-Analgetikum, Peinfort, Paracetamol-Genericon, „HMW“, Rösch
Metamizol	bis 6 x 0,5 g	Novalgin

Paracetamol wirkt analgetisch und antipyretisch, Acetylsalicylsäure und Metamizol haben zusätzlich einen antiphlogistischen Effekt.

Als unerwünschte Arzneimittelwirkung können bei hochdosierter langdauernder Therapie mit Paracetamol Leberschäden auftreten; Acetylsalicylsäure kann eine Schädigung der Magenschleimhaut und eine Verlängerung der Blutungszeit durch Hemmung der Plättchenaggregation verursachen, bei Patienten mit Asthma bronchiale kann Acetylsalicylsäure einen Asthmaanfall auslösen. Als unerwünschte Wirkung von Metamizol kann eine Leukopenie auftreten.

Schwache Opiate

Die wichtigsten schwachen Opiate sind in Tab. 3 angeführt. Diese Pharmaka können mit einem normalen Rezept verordnet werden (kein Suchtgiftrezept notwendig). Die Kombination schwacher Opiate mit Nicht-Opiaten bzw. nicht steroidal Antiphlogistika ist sinnvoll, Dextropropoxyphen ist in Österreich nur in Kombination mit Nicht-Opiaten im Handel.

Tab. 3: Schwache Opiate, Tagesdosen und Handelsnamen (Beispiele)

Codein	bis 3 x 60 mg	Codein(um), Tricodein, „Salco“ a)
Dihydrocodein	bis 2 x 120 mg	Codidol, Paracodin
Tramadol	bis 4 x 100 mg	Tramadol
Dextropropoxyphen	bis 2 x 100 mg	b)

a) Kombinationspräparate von Codein mit Nicht-Opiaten: Adoluron c.c., Dolomo Nacht, Duaneo, Irocoapar c.c., Talvosilen, Toximer, Treupel-N

b) Dextropropoxyphen ist nur in Kombinationspräparaten mit Nicht-Opiaten im Handel: Algo-Prolixan, APA-Tabletten, Contralorin forte, Sigmalin-B₆ forte, Ultrapyrin

Schwache Opiate haben nur eine geringe Inzidenz unerwünschter Wirkungen, gelegentlich kommt es zu Obstipation, Übelkeit und Erbrechen, v. a. am Anfang der Behandlung. Bei peroraler Verabreichung treten keine Atemdepressionen und keine Abhängigkeitsentwicklung auf.

Starke Opiate

Wenn der Schmerz durch schwache Opiate in Kombination mit Acetylsalicylsäure oder Paracetamol nicht mehr ausreichend beherrscht werden kann, müssen starke Opiate verabreicht werden, für deren Verschreibung ein Suchtgiftrezept notwendig ist. Auf keinen Fall soll einem Tumorpatienten mit Schmerzen wegen der Abhängigkeitsgefahr ein starkes Analgetikum vorenthalten werden.

Zur Erreichung rascher Schmerzfreiheit werden parenteral zu verabreichende Opiate verwendet (Tab. 4). Damit kann bei den meisten Krebspatienten ein ausreichender analgetischer Effekt bewirkt werden.

Nalbuphin und Buprenorphin sind sogenannte Agonisten/Antagonisten. Gegenüber reinen Agonisten haben sie den Vorteil einer geringeren Atemdepression und einer schwächeren Kontraktion der glatten Muskulatur. Nachteile sind vermehrte Übelkeit und Erbrechen sowie Dysphorie. Morphium, Pethidin, Piritramid und Methadon sind reine Agonisten. Wegen der Möglichkeit einer Atemdepression soll die i. v. Injektion langsam erfolgen.

Tab. 4: Starke Opiate für die parenterale Verabreichung, Dosierung und Handelsnamen

Morphin	bis 6 x 10 mg	Vendal
Pethidin	bis 5 x 100 mg	Alodan
Nalbuphin	bis 8 x 20 mg	Nubain
Piritramid	15 mg a)	Dipidolor
Buprenorphin	bis 3 x 0,6 mg	Temgesic
Methadon	bis 20 mg a)	Heptadon

a) Einzeldosis

Zur Behandlung chronischer Schmerzen werden starke Opiate peroral verabreicht (Tab. 5). Die Gabe wird nach einem fixen Zeitplan durchgeführt unabhängig davon, ob der Patient zum Zeitpunkt der

Einnahme tatsächlich Schmerzen hat oder nicht. Dadurch wird die Gefahr einer Toleranzentwicklung herabgesetzt. Die Dosierung schwankt individuell sehr stark, sie muß für jeden Patienten durch Dosissteigerung bis zum Erreichen annähernder Schmerzfreiheit titriert werden.

Tab. 5: Starke Analgetika für die perorale Verabreichung

	Anfangsdosis	Tagesmaximaldosis	Handelsnamen
Morphin	5-10 mg	2 x 100 mg a)	Mundidol
Buprenorphin	0,2-0,4 mg	4 x 04 mg b)	Temgesic

a) weitere Dosissteigerung möglich (Vermerk „praescriptio indicata“ am Suchtgiftrezept notwendig)

b) sublinguale Gabe, Tagesdosen über 4 mg nicht sinnvoll

Unerwünschte Wirkungen starker Opiate sind v. a. anfänglich Übelkeit und Erbrechen sowie Obstipation. Die Übelkeit und das Erbrechen können mit Haloperidol (Haldol[®]) oder Metoclopramid (Paspertin[®]), die Obstipation mit Lactulose (Laevolac[®]) behandelt werden. Eine Atemdepression tritt bei peroraler Gabe von starken Opiaten nicht oder nicht in nennenswertem Ausmaß auf. Ist die Beendigung der Therapie mit starken Opiaten möglich, muß zur Vermeidung von Entzugssymptomen die Dosis schrittweise über 7-10 Tage vermindert werden („Ausschleichen“). Die Gefahr der Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit ist bei Verwendung von Opiaten als Schmerzmittel gering.

Adjuvante Therapie

In jeder Phase des Stufenschemas können Analgetika mit Adjuvantien kombiniert werden, wodurch ein additiver schmerzstillender Effekt und eine günstige psychische Wirkung erreicht werden kann. Pharmaka, die im Rahmen der Schmerztherapie von Krebspatienten adjuvant verwendet werden, sind in Tab. 6 angeführt.

Tab. 6: Adjuvantien im Rahmen der Schmerztherapie, Beispiele von einschlägigen Wirkstoffen und Handelsnamen

Anticonvulsiva	Carbamazepin Phenytoin	Neurotop Tegretol, Epanutin, Epilan, Phenhydantoin
Neuroleptika	Haloperidol	Haldol
Anxiolytika, zentrale Muskelrelaxantien	Diazepam	Valium, Gewacalm, Psychopax, Umbrium
Antidepressiva	Clonazepam Amitriptylin Clomipramin	Rivotril Saroten, Tryptizol Anafranil
Glucocorticoide	Prednisolon Dexamethason	Aprednisolon, Predni-Hexal, Prednisolon-„Hafslund-Nycomed“ Dexamethason „CL-Pharma“, Fortecortin

Die adjuvante Therapie wird nicht routinemäßig durchgeführt, sondern richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten. Es ist zu beachten, daß die Kombination von mehreren Pharmaka mit zentralnervösen Wirkungen (etwa Morphin mit einem Psychopharmakon) bei schwerkranken und kachektischen Patienten zu einer stärkeren Sedierung führt als bei Patienten in einem guten Allgemeinzustand. Die Behandlung mit Psychopharmaka soll daher immer mit niedrigen Dosen begonnen werden.

Die Anticonvulsiva Carbamazepin und Phenytoin, die auch bei neurologischen Schmerzen wie Trigeminusneuralgie eingesetzt werden, wirken v. a. bei scharf schneidenden oder stechenden Schmerzen analgetisch. Das Neuroleptikum Haloperidol kann bei Krebspatienten mit agitierten Verwirrungszuständen verwendet werden, es hat auch eine antiemetische Wirkung. Diazepam oder Clonazepam werden wegen ihrer anxiolytischen und muskelrelaxierenden Wirkungen verabreicht. Antidepressiva wie Amitriptylin werden einerseits zur Behandlung einer Begleitdepression verwendet, andererseits haben diese Substanzen bei Nervenläsionen einen analgetischen Effekt. Glucocorticoide entfalten eine Vielzahl von Wirkungen, die für den Krebs-

patienten vorteilhaft sein können, sie wirken antiphlogistisch, stimmungsaufhellend, appetitsteigernd und als adjuvantes Analgeticum bei Nervenkompression und Knochenschmerzen.

Es wird ersucht, die ärztlichen Leiter der Krankenanstalten im Sinne dieser Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zu informieren, und für die Weiterleitung an die betroffenen Organisationseinheiten zu sorgen.

Für den Bundesminister für
Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz:
Schlederer