

## Wenn Schmerzen den Alltag prägen

### Diagnose und Therapie chronischer Schmerzen

Eichbauer H., Klaushofer K.

4. Medizinische Abteilung, Ludwig Boltzmann-Institut für Osteologie, Hanusch-Krankenhaus Wien

*Chronische Schmerzpatienten gelten in vielerlei Hinsicht als schwierige Patienten. Sie überfordern durch ihr Leiden ihre Angehörigen und bringen nicht selten auch medizinisch geschultes Personal an die Grenzen ihrer Möglichkeiten. Die Beanspruchung des Gesundheitswesens durch Schmerzpatienten ist ein enormer volkswirtschaftlicher Kostenfaktor.*

In Österreich gibt es bis dato praktisch keine Schmerzepidemiologie. Basierend auf deutschen Daten [1] kann man davon ausgehen, dass es mindestens 500.000 Patienten mit chronischen Schmerzen gibt. Unter diesen 500.000 sind mindestens 60.000 so genannte Problempatienten, deren Schmerzen häufig als „therapieresistent“ bezeichnet werden. Diese Schätzung stellt das unterste Limit dar, die tatsächliche Prävalenz dürfte noch deutlich über diesen Zahlen liegen.

#### Definition

Während **akuter Schmerz** als Symptom eines akuten Ereignisses, z. B. eines Traumas, einer OP, einer entzündlichen Erkrankung usw. definiert ist, wurden chronische Schmerzen in den meisten internationalen Klassifikationssystemen bis vor wenigen Jahren ausschließlich aufgrund der Dauer des Geschehens definiert: Je nach Autor sprach man bei einer ununterbrochenen Schmerzdauer von mehr als drei (mehr als sechs) Monaten von **chronischem Schmerz**.

**Nach neuer Definition spricht man von chronischem Schmerz bei einer Schmerzdauer von drei (von sechs) Monaten und Beeinträchtigung auf**

- ♦ **der kognitiv-emotionalen Ebene durch Störung von Befindlichkeit, Stimmung und Denken,**
- ♦ **der Verhaltensebene durch schmerzbezogenes Verhalten,**
- ♦ **der sozialen Ebene durch Störung der sozialen Interaktion und Behinderung der Arbeit sowie**
- ♦ **der physiologisch-organischen Ebene durch Mobilitätsverlust und Funktionseinschränkungen.**

#### Der Schmerzchronifizierungsprozess

**Akute Schmerzen** haben eine Warn- und Schutzfunktion, sie sind Signal für schmerzvermeidendes bzw. für heilungsförderndes Verhalten. Akutschmerzen weisen auf eine drohende oder bereits eingetretene Gewebsschädigung hin. Die Art der Schmerzen, deren Auftretensmuster und die (meist exakt eingrenzbar) Lokalisation sind diagnostisch wegweisend. Der Schmerz ist zeitlich begrenzt und im Regelfall kausal therapierbar. „Akut bedeutet, der Schmerz dauert Sekunden bis maximal Wochen und ist in der Regel an erkennbare Auslöser (z. B. aversive/schädigende äußere Reize) oder endogene Pro-

zesse (z. B. Entzündungen) gekoppelt. Das Aufhören des exogenen Reizes oder das Abklingen der endogenen Störung geht einher mit dem Ende des Schmerzes.“ [2] Akuter Schmerz ist zumeist begleitet von vegetativen Aktivierungs- und Stressreaktionen (z. B. Steigerung der Herzfrequenz, Blutdruckerhöhung, reflektorische Muskelverspannungen usw.)

Der **chronische Schmerz** hingegen hat seine Warnfunktion verloren. Eindeutig zuordenbare schädigende Einflüsse sind häufig nicht eruierbar. Wenn doch, so handelt es sich meist um nicht beseitigbare Schmerzursachen (z. B. bei rheumatischen oder degenerativen Erkrankungen). Vielfach liegt ein grobes Missverhältnis zwischen subjektiv empfundener Schmerzintensität und objektiv erheblichen Veränderungen (z. B. durch bildgebende Verfahren) vor. **Befund und Befinden klaffen deutlich auseinander.**

Akute Schmerzzustände können - bei insuffizienter Therapie - in chronische Schmerzsyndrome übergehen. Dabei kommt es zu einer Ausweitung des zunächst noch relativ genau lokalisierbaren Schmerzareals auf benachbarte Körperregionen, nicht selten berichten

#### Inhaltsverzeichnis

Wenn Schmerzen den Alltag prägen  
Opiat-Pflaster als Kostentreiber

Seite 1  
Seite 3

Nicht mehr im Heilmittelverzeichnis: Ginkgo  
Neu im Heilmittelverzeichnis

Seite 4  
Seite 5

Patienten über Schmerzen im ganzen Körper, die meist diffus und mit fluktuierender Lokalisation angegeben werden. Vegetative Aktivierungs- und Stressreaktionen fehlen beim chronischen Schmerz. Hingegen kommt es zu psychosozialen Veränderungen: Infolge der Dauerbelastung treten **psychosomatische Störungen** wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Abnahme oder Verlust sexueller Bedürfnisse und allgemeine Reizbarkeit in den Vordergrund. Viele Patienten verlieren das Interesse an den Dingen ihrer Umgebung, ziehen sich zunehmend aus ihren Sozialkontakten zurück und entwickeln eine „**learned helplessness**“. Im Mittelpunkt des Lebensinteresses steht die Beschäftigung mit dem Schmerz und mündet nicht selten in Isolation, Resignation, Depression und Apathie.

„Der Patient gerät in einen Teufelskreis von Schmerz, reflektorisch gesteigerter Muskelspannung, Inaktivität, psychischer Beeinträchtigung und sozialer Isolierung, wobei die psychische Situation die Schmerzen verstärkt und die Schmerzen auf die psychische Situation zurückwirken. Dieser Prozess kann sich verselbständigen: Bei chronischen Schmerzen kann es zu einer deutlichen Loslösung des Schmerzerlebnisses von der ursprünglich den Schmerz bedingenden körperlichen Störung kommen. Solche Menschen leiden in mehrfacher Hinsicht:

- ♦ durch die persistierenden Schmerzen selbst mit ihren psychischen und sozialen Konsequenzen, durch den steten Wechsel von Hoffnung auf neue, bessere, Erfolg versprechendere Therapien und bitterer Enttäuschung über deren Fehlschlag,
- ♦ durch die zunehmende Hilflosigkeit und Passivität als Folge ihrer Enttäuschung über bisherige ärztliche Maßnahmen,
- ♦ durch die unerwünschten Wirkungen bisheriger medizinischer Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentennebenwirkungen, Komplikationen invasiver Eingriffe, Postlaminektomie-Syndrom etc.). (...) Solche Beschwerden verstärken einerseits die Tendenz zu einer neuerlichen Therapie („doctor shopping“), andererseits aber auch die Hilflosigkeit der Patienten.“ [3]

## **Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome**

Grundlage der Diagnostik und Zuordnung eines bestimmten Schmerztyps ist die Erhebung der Schmerzanamnese. Diese ist zusammen mit der körperlichen Untersuchung **vorrangig** vor apparativen Zusatzuntersuchungen.

Schmerzpatienten, insbesondere wenn die Chronifizierung ihres Leidens bereits fortgeschritten ist, weisen im Regelfall eine beachtliche Patientenkarriere mit zahlreichen Voruntersuchungen und Vorbehandlungen auf.

Eine umfassende und gezielte Schmerzanamnese

- ♦ steht am Beginn der Arzt-Patienten-Beziehung und vermittelt das von vielen Schmerzpatienten vermisste Ernstnehmen der Schmerzen;
- ♦ ist ein aktives Arbeitsbündnis mit dem Patienten, nur so ist ein gutes und belastungsfähiges Vertrauensverhältnis zum Patienten herstellbar;
- ♦ erhebt die diagnostisch-therapeutischen Grundlagen und stellt die Weichen für **gezielte** medizinisch-technische Untersuchungen. Dadurch können unnötige Wiederholungsuntersuchungen ebenso wie bereits frustrane Therapieversuche vermieden werden, der Einsatz der Mittel wird ökonomischer.

„Die ausschließliche Konzentration auf medizinische Befunde ist für die meisten Formen chronischer Schmerzen unzureichend und trägt wesentlich zur Chronifizierung bei.“ [4] **Chronischer Schmerz ist ohne Integration psychologischer (und sozialer) Faktoren weder erklärbar noch behandelbar.** Aus diesem Grund ist der Einsatz psychometrischer Fragebögen (z. B. Geriatrische Depressionsskala, Allgemeine Depressionsskala, Pain Disability Index) zur Erhebung psychischer Überlagerungen unabdingbar.

## **Therapie chronischer Schmerzsyndrome**

Effiziente Schmerztherapie bedeutet nicht mehr oder stärkere Analgetika, sondern die gezielte Anwendung einer individuell zugeschnittenen thera-

peutischen Kombination aus medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie (**interdisziplinäre und multimodale Therapie**). Als Grundlage kann das **WHO-Stufenschema zur Tumorschmerz-Therapie** verwendet werden. Da chronische Schmerzen definitionsgemäß lange vorbestehen, ist es nicht erforderlich, sofort mit hohen analgetischen Dosen zu beginnen, vielmehr titriert man sich an die erforderliche analgetische Dosierung heran. Durch den überlegten Einsatz von Co-Analgetika (Antidepressiva, Antikonvulsiva, Muskelrelaxantien, Laxantien, Magenschutz usw.) können nicht nur Nebenwirkungen einer Langzeittherapie minimiert werden, vielmehr ist nach Wirkeintritt dieser Substanzen oftmals auch eine Reduktion der erforderlichen analgetischen Dosis möglich. Unabdingbar ist die Kombination mit nichtmedikamentösen Maßnahmen, z. B. mit physikalischer Therapie, physiotherapeutischen Maßnahmen, ergotherapeutischem Training oder psychotherapeutischen Interventionen. [5]

## **Grundsätze der medikamentösen Schmerztherapie bei chronisch benignen Schmerzen**

- 1. Keine Schmerztherapie ohne kausale Therapie der Grunderkrankung**, z. B. Antidepressiva bei Depressionen, Basistherapie bei chronischer Polyarthritiden oder antiresorptive Therapie bei Osteoporose.
- 2. By the ladder, by the clock, by the mouth.**
  - D. h. Auswahl der Analgetika nach dem WHO-Stufenschema.
  - D. h. zeitkontingente Verordnung (“bei Bedarf” nur rasch wirksame Substanzen für Durchbruchschmerzen bei laufender Therapie mit retardierten Analgetika).
  - D. h. orale Therapie.
- 3. Nur wirksame Analgetika in ausreichender Dosierung.** Bei nicht ausreichender Wirksamkeit ist - falls möglich - höher zu dosieren, das Dosierungsintervall zu verkürzen oder durch ein potenteres Analgetikum zu ersetzen (cave: höchstzulässige Einzel-/Tagesdosis)
- 4. Co-Analgetika und Begleitmedikation beachten.**

**5. Strenge Indikationsstellung bei anderen als oralen Applikationsformen,** (z. B. transdermale Pflaster, Injektionen, Infusionen), die nur nach Ausschöpfung des WHO-Stufenschemas oder wenn eine orale Therapie nicht möglich ist, indiziert sind.

Den chronischen Schmerzpatienten soll, aus welchen Gründen auch immer, nicht vorgetäuscht werden, dass aufwendigere oder teurere Therapieverfahren nur wegen der nicht-oralen Applikationsform wirksamer sind.

- 1 Zimmermann, M. (1994) Epidemiologie des Schmerzes. Internist 35: 2-7
- 2 Kröner-Herwig B (1999) Chronischer Schmerz - Eine Gegenstandbestimmung. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP, Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie - Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung, Springer Berlin, Heidelberg, New York, S.3-21
- 3 Basler HD (1999) Vorwort zur 4. Auflage. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP, Seemann H (Hrsg.) Psychologische Schmerztherapie - Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung, Springer Berlin, Heidelberg, New York, S.VI
- 4 Nilges P, Gerbershagen HU (1994), Befund und Befinden bei Schmerz, Report Psychologie 19/8: 12-25
- 5 Eichbauer H, Findl I, Klaushofer K, Koller K. Management chronischer Schmerzen im Klinikalltag. Schmerz 2001; 15 (6); in Druck.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Hans Eichbauer, Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Klaushofer  
 Hanusch-Krankenhaus, 4. Med. Abteilung, Ludwig Boltzmann-Institut für Osteologie,  
 Heinrich Collinstraße 30, 1140 Wien  
 e-mail: [heichbauer@austromail.at](mailto:heichbauer@austromail.at)

## Opiat-Pflaster als Kostentreiber

Die Krankenversicherungsträger befürworten die ausreichende Therapie starker Schmerzen mit Opiaten. Steigende Verordnungszahlen sind daher eine von den Onkologen geforderte Notwendigkeit. Innerhalb der Opiat-Therapie stehen perorale Präparate mit durchschnittlichen Monatstherapiekosten von € 74,00 (ATS 1.018,26) zur Verfügung. Die transdermale Applikation kostet mit durchschnittlich € 145,- (ATS 1.995,24) ca. doppelt so viel. Sie unterliegt daher einer IND-Regelung, die auch den größtmöglichen medizinischen Patientennutzen inkludiert: Ohne chefürztliche Bewilligung sind diese Präparate nur bei chronischen Schmerzen verschreibbar, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind. Dennoch haben die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für Opiat-Pflaster in den letzten Jahren stetig zugenommen, und dieser Verordnungstrend hält auch derzeit an. Dadurch haben die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung für starke Opioide vom 1996 bis 2000 um mehr als 50% zugenommen.

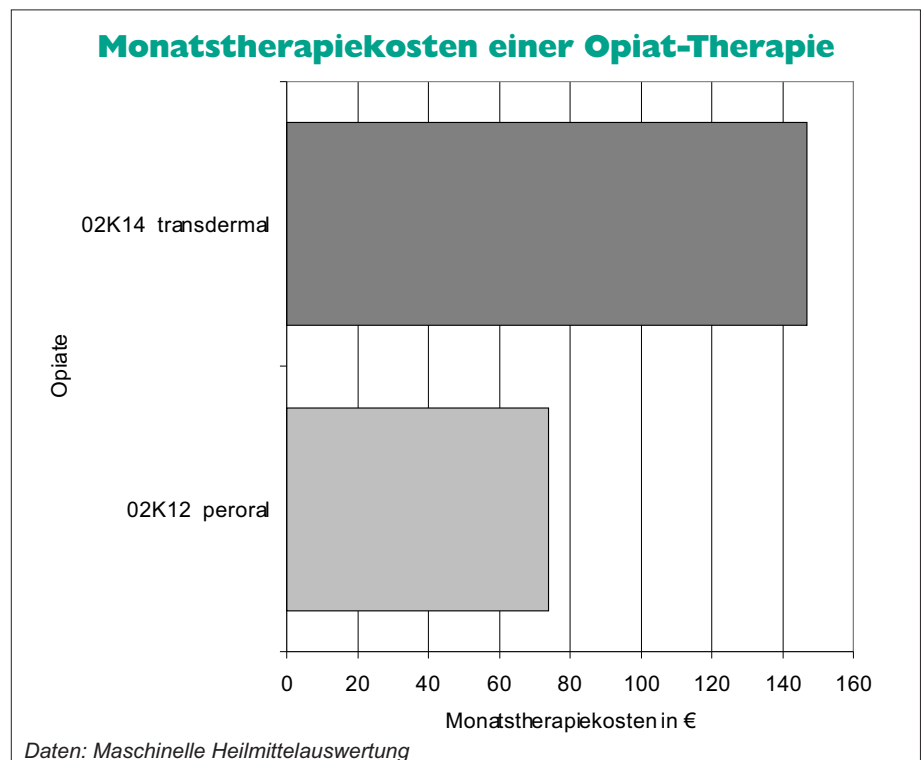
### IND-Regelung wird missachtet

Die IND-Regelung wird im Regelfall eingehalten, wenn Opiat-Pflaster nach einem (nicht erfolgreichen) peroralen Therapieversuch eingesetzt werden.

Tatsächlich wird aber offenbar ein Großteil der transdermalen Opiat-Therapie gleich mit den teuren Pflastern begonnen: Von 728 PatientInnen (Quelle: BGKK, OÖGKK, STGKK, WGKK), die in den ersten drei Quartalen 2000 kein Opiat-Pflaster erhalten hatten, und im vierten Quartal 2000 dann mindestens eine Packung Opiat-Pflaster bekamen (also mit großer Wahrscheinlichkeit erstmalige Opiat-Pflaster-Be-

zieher waren), haben nur 135 (=18,54%) vom ersten bis zum vierten Quartal 2000 eine oder mehrere Verordnungen aus der Indikationsgruppe 02 K 1.2 (perorales Morphin) erhalten.

Die Krankenversicherungsträger erinnern daher an die IND-Regelung: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind.



## Nicht mehr im Heilmittelverzeichnis: Ginkgo

### Die gute Nachricht:

Unsere Patienten werden immer älter!

### Die zweite gute Nachricht und gleichzeitig die schlechte Nachricht für Ginkgo-Befürworter:

Ginkgo wird aus dem Heilmittelverzeichnis gestrichen.

Die Notwendigkeit einer Therapie der nachlassenden cerebralen Leistungsfähigkeit nimmt zu. Nur wissenschaftlich als wirksam erwiesene Therapien zur richtigen Zeit für den richtigen Patienten in der richtigen Dosis und Dauer sollen hier Platz greifen.

Die Gruppe der Ginkgo-Präparate steht seit Jahren in Diskussion: Einerseits wegen des fehlenden Nachweises eines relevanten Patientennutzens, andererseits wegen der von den KV-Trägern pro Jahr für eine umstrittene Substanz aufgewendeten Kosten über 15 Mio. € (200 Mio. ATS).

Die Aufnahme ins Heilmittelverzeichnis erfolgte zu einem Zeitpunkt, als Studien methodisch noch nicht dem heutigen Standard entsprochen haben und auch nicht entsprechen konnten. Deshalb hat der Fachbeirat für Arzneimittelwesen (Expertengruppe, die über die Aufnah-

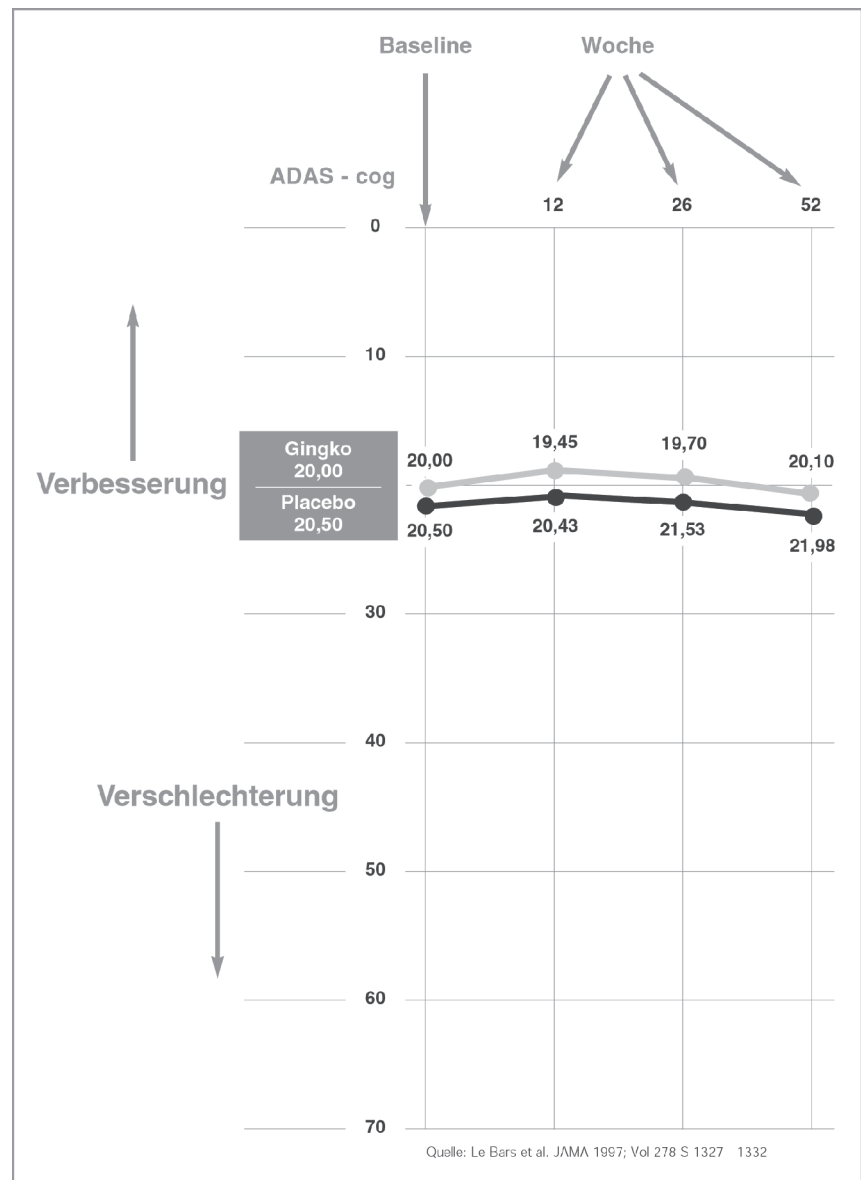
me bzw. den Verbleib von Medikamenten im Heilmittelverzeichnis entscheidet) eine neue zeitgemäße wissenschaftliche Dokumentation gefordert, wofür den Herstellern drei Jahre Zeit gegeben wurde. Solche Studien werden durch den Fachbeirat bewertet.

Diese Frist ist abgelaufen, ohne dass entsprechende Studien vorgelegt wurden. Das bedeutet, dass es keine wissenschaftlichen Beweise für einen relevanten Patientennutzen dieser Substanzen gibt. Hochrangige externe Experten und der Fachbeirat haben daher die Streichung der Ginkgo-Präparate aus dem Heilmittelverzeichnis empfohlen.

- Die Ginkgo-Forschung der letzten zehn Jahre hat keine Klärung des therapeutischen Werts vom Ginkgo-Extrakt gebracht.
- Alle drei Studien über Ginkgo, die international als relevant diskutiert werden, haben schwerwiegende methodische Mängel.
- Zwei dieser Studien sollen (v. a. nach Meinung des Herstellers) die Wirksamkeit des Ginkgo-Extrakts nachweisen, die Studiendaten zeigen allerdings nur geringe Unterschiede zwischen Verum und Placebo.
- Eine dritte Studie weist sogar dessen Unwirksamkeit nach.

### Umstrittene Wirksamkeit

Bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis vor 30 Jahren war die Datenlage betreffend die Wirksamkeit des Ginkgo-Extrakts eher dürftig und bis heute hat sich an dieser Situation nicht viel geändert. Zwei vom Hersteller vorgelegte Studien aus den Jahren 1996 und 1997 sowie eine Zusatzauswertung aus dem Jahre 2000 können diesbezüglich ebenfalls nicht überzeugen.





## Welche Alternativen gibt es zu Ginkgo-Produkten?

Indikationen laut Codex	Alternative	Kommentar
Zerebrale Mangel durchblutung und Mangelernährung bzw. Hirnleistungsstörungen mit den Symptomen der nachlassenden intellektuellen Leistungsfähigkeit und Vigilanz wie Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, Sehstörungen, als unterstützende Behandlung eines infolge Zervikalsyndroms beeinträchtigten Hörvermögens (3)	Wesentlich ist die optimale Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hypertonie, Herzinsuffizienz); bei KHK: ASS, Lipidsenker und ACE haben nachweislich eine günstige Wirkung auf das Risiko zerebrovaskulärer Ereignisse  Zur Sekundärprophylaxe nach TIA, Schlaganfall: ASS, bei Kontraindikation Clopidogrel  Kritische Verordnung der Medikamente aus Indikationsgruppe 20 E des Heilmittelverzeichnisses	Die Reduktion der Anzahl einzunehmender Mittel kann sich positiv auf die Compliance bei der Einnahme der weiterhin notwendigen Medikamente auswirken!  „Für eine spezifische Therapie der vaskulären Demenz mit Antidementiva können begründete Empfehlungen zur Zeit nicht gegeben werden“ (1) und (2)
Ängstlichkeit und depressive Verstimmung	Antidepressiva (z. B. SSRI)	Wirksamkeit gesichert, auch bei Altersdepression
Dementielles Syndrom	Cholinesterasehemmer bei Demenz v. Alzheimer-Typ	Wirksamkeit begrenzt, aber gesichert. Kosten für diese Mittel werden nach chefarztlicher Genehmigung übernommen
Periphere arterielle Durchblutungsstörungen mit erhaltener Durchblutungsreserve (Claudicatio intermittens)	<b>Mittel 1. Wahl: Gehtraining</b> Wenn nicht ausreichend: kritische Verordnung der Mittel aus der Gruppe 20 E des Heilmittelverzeichnisses	Auch lt. Pro Cerebro (3) liegen für Ginkgo keine entsprechenden Studien vor

(1) Arzneimittel in der Praxis, Therapieempfehlungen der Deutschen Ärzteschaft, 2. Auflage 2001 und (2) Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Association of Neurology (Neurology 2001; 56:1154-1166)  
(3) Pro Cerebro, Expertenpapier GINKGO in Stand 15.12.2000, in Zusammenarbeit mit „Hausarzt, Die Zeitschrift für niedergelassene AllgemeinärztInnen“, MPV-Medizinisch-Pharmazeutischer Verlag, Herrngasse 6-8, 1014 Wien: „Die zugelassenen Indikationen [...] wurden ausführlich diskutiert. Für die beiden letztgenannten Indikationen liegen keine EMEA-konformen Studienergebnisse vor. [...]“. EMEA ist die europäische Zulassungsbehörde, bei den letztgenannten Indikationen handelt es sich um „periphere arterielle Durchblutungsstörungen mit erhaltener Durchblutungsreserve (claudicatio intermittens)“ bzw. „als unterstützende Behandlung eines infolge Zervikalsyndroms beeinträchtigten Hörvermögens“  
Wir hoffen daher auf Ihr Verständnis und sind davon überzeugt, dass Sie die für Ihre Patienten sinnvollsten Maßnahmen umsetzen werden.

## Neu im Heilmittelverzeichnis

**Kostengünstiges Triptan macht facharztspezifische (N) Kassenfreiheit bei Migräne möglich.**

### Relpax 20/40 mg Filmtabletten 2 Stk., 6 Stk.

Eletriptan Hydrobromid  
Eletriptan, ein selektiver 5-HT<sub>1</sub>-Rezeptor-Agonist, ist zur Therapie der akuten Migräne mit und ohne Aura zugelassen. Für Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die 20 mg Dosierung vorgesehen. Die Standarddosierung beträgt 40 mg, bei nicht ausreichender Wirksamkeit können noch einmal 40 mg verabreicht werden (Maximaldosis 80 mg), das Wirkprofil ist den bisher verfügbaren „Triptanen“ (5-HT<sub>1</sub>-Agonisten) ähnlich. (Michel D Ferrari et al: Oral triptans[serotonin 5-HAT 1B/1D agonists] in acute migraine treatment: ameta-analysis of 53 trials, The Lancet, Vol 358, November 17, 2001.) Die

„Triptane“ stehen seit längerer Zeit nicht kassenfrei für Migränepatienten, die fachärztlich abgeklärt wurden, nach Chefarztbewilligung zur Verfügung. Mit Relpax 20 mg und 40 mg wurde nun der facharztspezifische kassenfreie Einsatz ermöglicht.

### Patienten, für die bisher Triptane bewilligt wurden

Für diese Patientengruppe ist die Kostenübernahme für das bisherige Präparat bis Ende März 2002 vorgesehen. Da mit April weitere Triptane facharztspezifisch kassenfrei werden, ersuchen wir Sie, vorerst nur medizinisch begründete Umstellungen auf das neu in das Heilmittelverzeichnis aufgenommene Präparat durchzuführen.

### Patienten, die neu auf ein Triptan eingestellt werden

Voraussetzung (wie bisher) ist die fachärztlich abgeklärte Migräne.

### Austausch der Insulin-Durchstichflaschen

Auf Initiative der österreichischen Diabetesgesellschaft erfolgte ein Austausch der Insulin-Durchstichflaschen von 40 IE/ml auf 100 IE/ml. Daher sind seit 1.1.2002 Insuline nur mehr als 100 IE/ml in Österreich verfügbar. Die für die Insulin U100 Durchstichflaschen notwendigen U100 Insulinspritzen sind mit einer orangefarbenen Nadelschutzkappe gekennzeichnet.

Wir bitten Sie, Ihre Patienten nochmals auf die Umstellung aufmerksam zu machen!

## Nicht neu, aber preisgünstiger ab Jänner 2002

	Präparat	Zusammensetzung	Frei verschreibbar		KVP €	Einsparung (je nach Packungsgröße und bisher verwendetes Produkt)	Ind.Gr.
	<b>Desugar 850 mg Filmtabl.</b>	Metformin HCl 0,85	30 St. 100 St.	(2)	3,65 11,75	0,10 – 1,25	32 B
	<b>Diabrezide Tabl.</b>	Glicazid 0,08	30 St. 100 St.	(2)	6,20 18,50	2,65 – 6,60	32 C
	<b>Felixsan 50 mg Filmtabl.</b>	Fluvoxaminmaleat 0,05	30 St. 60 St.		13,15 22,95	5,60 – 8,75	10 B 1.3
	<b>Felixsan 100 mg Filmtabl.</b>	Fluvoxaminmaleat 0,1	15 St. 30 St.		13,20 22,35	5,65 – 8,50	10 B 1.3
	<b>Paroxat 20 mg Filmtabl.</b>	Paroxetin 0,02	14 St. 28 St.		11,70 20,20	1,30 – 10,25	10 B 1.3
	<b>Roxithrostad 150 mg Filmtabl.</b>	Roxithromycin 0,15	12 St.	(2)	12,80	1,40 – 5,10	35 F 2
	<b>Roxithrostad 300 mg Filmtabl.</b>	Roxithromycin 0,3	7 St.		13,55	1,50 – 5,50	35 F 2
IND	<b>Ucecal 100 IE Nasalspray</b> <i>Akute, schmerzhafte, nachgewiesene osteoporotische Fraktur; max. 6 Wochen</i>	Calcitonin vom Lachs 100 IE/Hub 1 St. = 14 Hb 3 St. = 42 Hb.	14 42	(2)	38,55 111,70	24,45 – 50,50	39 A

In der Substanzklasse der SSRI stehen nunmehr drei von fünf Substanzen generisch mit einem Kostenvorteil von über € 8 / ATS 110 pro Therapiemonat zur Verfügung.

- generisches Fluoxetin
- generisches Fluvoxamin
- generisches Paroxetin

Die soziale Krankenversicherung appelliert daher an Sie, bei allen Neueinstellungen auf eine Substanz der SSRI, diesen Preisvorteil - sofern kein medizinischer Grund dagegensteht - zu berücksichtigen.

[www.kgkk.at](http://www.kgkk.at)

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

**Dr. Erich Trampitsch**

Leitender Arzt Stv.



**KÄRNTNER  
GEBIETSKRANKENKASSE**

A-9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8  
Telefon (0463) 5855 - 328, Fax (0463) 58 55 - 555  
e-mail: erich.trampitsch@kgkk.sozvers.at

**Impressum:** Medieninhaber, Hersteller und Herausgeber: Kärntner Gebietskrankenkasse, 9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8  
**Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:** Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärzte der Kärntner Gebietskrankenkasse über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und andere mit dem Vertragsverhältnis zwischen der Kärntner Gebietskrankenkasse und den Vertragsärzten im Zusammenhang stehende Belange.

# Opiattabelle

Wirkstoff	Morphin i.v.	Morphin, ret.	Morphin, schnell wirkend	Hydromorphon, schnell wirkend	Hydromorphon, ret.	Buprenorphin	Nico-morphin	Fentanyl, TTS	Tramadol ret.	Tramadol schnell wirkend	Dihydroco-dein ret.	Pethidin	Piritramid	Methadon
Morphin i.v.														
Morphin, ret.	Grün													
Morphin, schnell wirkend	Grün	Grün												
Hydromorphon, schnell wirkend	Grün	Grün	Grün											
Hydromorphon, ret.	Grün	Grün	Grün	Grün										
Buprenorphin	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot								
Nicomorphin	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Rot								
Fentanyl, transdermal	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Rot	Grün							
Tramadol ret.	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Rot	Grün		Grün					
Tramadol schnell wirkend	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Rot	Grün		Grün	Grün				
Dihydrocodein ret.	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Rot	Grün		Grün	Grün	Grün			
Pethidin	Grün	Türkis	Türkis	Türkis	Türkis	Rot	Türkis	Grün	Türkis	Grün	Türkis			
Piritramid	Grün	Türkis	Türkis	Türkis	Türkis	Rot	Türkis	Grün	Türkis	Grün	Türkis	Grün		
Methadon	Grün	Türkis	Türkis	Türkis	Türkis	Rot	Türkis	Grün	Türkis	Grün	Türkis	Grün	Grün	Grün

## Legende:

Grün: Kombination sinnvoll und empfehlenswert

Türkis: überlappend von parenteral nach oral sinnvoll

Gelb: Kombination in der Regel nicht empfehlenswert, sinnvollere und/oder wirtschaftlichere Alternativen vorhanden

Rot: Kombination im niedergelassenen Bereich nicht sinnvoll

## Grundsätze

Als Basistherapie 1 Wirkstoff

Zur Kupierung von Schmerzspitzen den gleichen Wirkstoff wenn möglich verwenden, ansonsten zumindest gleiche Klasse

Starke und schwache Opiate nicht mischen

Wir danken Herrn Univ.-Prof. Mag.pharm. Dr. Eckhard Beubler für die fachliche Beratung.

# WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie

Kombinations-  
möglichkeiten  
siehe Tabelle !

**3**  
Starke Opiate  
+ Nichtopioid-Analgetika  
+ Co-Analgetika  
• + adjuvante Therapie

**2.**  
Schwache Opioide  
+ Nichtopioid-Analgetika  
+ Co-Analgetika  
• + adjuvante Therapie

**1**  
Nichtopioid-  
Analgetika  
+ Co-Analgetika  
• + adjuvante Therapie

Keine  
Kombination  
zweier NSAR !