

BVDA-Innovationspreis 2013

## Neuartiges Gel gegen Arthroseschmerzen

Als »Innovation des Jahres« kürte der Bundesverband der Deutschen Apotheker (BVDA) das topische Gel »FLEXISEQ®« (Pro Bono Bio) gegen Arthroseschmerzen. FLEXISEQ® enthält keinen pharmakologischen Wirkstoff, sondern entfaltet eine physikalische Wirkung durch Phospholipid-Partikel, welche über die Haut ins tiefer liegende Gewebe und sogar ins Gelenk eingebracht werden.

Die Wahrscheinlichkeit, eine degenerative Veränderung der Gelenke zu erleiden, nimmt mit dem Alter zu. So leidet die Mehrheit der über 65-Jährigen daran, bei den über 75-Jährigen sind es sogar über 90%, so der niedergelassene Rheumatologe Dr. H. Kellner, München. Die Gonarthrose ist in den Industrienationen die Hauptursache chronisch bedingter Invalidität älterer Menschen.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Behandlung der Arthrose wie Patientenschulung, Gewichtsreduktion, physikalische- und Physio-

therapie sowie Orthopädietechnik sind unbestritten positiv. Als problematisch wertete der Gerontopharmakologe Dr. M. Wehling, Mannheim, den häufigen Einsatz von Schmerzmitteln, insbesondere von NSAR, bei ohnehin schon mehrfach behandelten älteren Patienten.

### »Schmiermittel« für das Gelenk

Flexiseq® bietet in dieser Situation eine elegante Behandlungsalternative. Das Gel besteht aus Phospholipidvesikeln (Sequessome®), die aufgrund ihrer Größe und Verformbar-

keit die Transportbarriere der Haut, das Stratum corneum und capillare, überwinden können und aufgrund ihrer extrem hohen Hydrophilie entlang dem Wassergradienten in tieferliegende Gewebsschichten vordringen. Ursprünglich entwickelt, um Pharmaka zu transportieren, zeigte sich in klinischen Studien, dass auch der leere Transporter den Arthroseschmerz wirksam vermindert – vermutlich weil der bei Arthrose verminderte Phospholipidgehalt der Synovia konterkariert wird. Das Gel erwies sich in einer großen doppelblinden Studien mit insgesamt 1.395 Patienten (Durchschnittsalter 75 Jahre) als ebenso wirksam wie orales Celecoxib und gut verträglich, berichtete der Neurologe Dr. M. Rother, Gräfenberg, einer der Entwickler der Sequessome® Technologie. |BB|

Quelle: Innovation Award 2013, Bundesverband Deutscher Apotheker e.V., (BVDN) Frankfurt/Main, 24.01.2013.

## Wirksamkeit von blauem LED-Licht belegt

### Lichtblick bei Rückenschmerz

Patienten mit chronisch muskulären Rückenschmerzen könnten ihren Beschwerden künftig natürlich begegnen: So bestätigen aktuelle Daten einer klinischen Studie zur Anwendung eines Muskelschmerz-Behandlungsgeräts (Pain Relief Patch) mit blauem LED-Licht die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Verfahrens.

Die kontrollierte, randomisierte Doppelblindstudie CT02 schloss insgesamt 172 Probanden mit milden bis moderaten chronischen muskulären Schmerzen im Nacken-Schulterbereich oder im Bereich der Lendenwirbelsäule ein. Die Probanden, die über Dauerschmerz (Werte von 2 bis 6 auf einer Visuellen Analogskala von 10 Zentimetern) klagten, wurden an fünf Tagen innerhalb von zwei Wochen jeweils 30 Minuten lang entweder mit blauem LED-Licht (453 nm) oder mit grünem LED-Licht (531 nm) bestrahlt.

### Linderung vor allem bei moderatem Rücken- und Schulterschmerz

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen die Wirksamkeit der mobilen Therapie mit blauem LED-Licht: Insbesondere Patienten mit moderatem Rückenschmerz (VAS-Wert 4

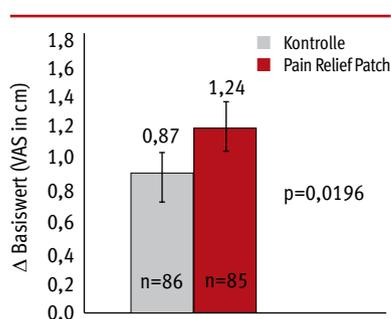


Abb.1: Primärer Endpunkt Wirksamkeit: Reduktion der Schmerzintensität erreicht

bis 6) und mit Beschwerden im Nacken- und Schulterbereich berichteten eine deutliche Besserung ihrer Symptome. Das Verfahren erwies sich zudem als sicher in der Anwendung: Unerwünschte Ereignisse traten in Experimental- und Kontrollgruppe vergleichbar häufig auf.

### »Einleuchtendes« Wirkprinzip

Die Wirkung der Lichttherapie erklärte der Studienleiter der klinischen Prüfung, Professor Dr. Hubert J. Bardenheuer: Blaues LED-Licht mit einer Wellenlänge von 453 Nanometern regt die Produktion von körpereigenem Stickstoffmonoxid (NO) an, so der Anästhesist und Schmerzspezialist. Dieses Molekül setzt im Körper verschiedene Prozesse in Gang, die letztlich zu einer natürlichen Schmerzlinderung führen. Dazu gehört eine Steigerung des Blutflusses im bestrahlten und umgebenden Gewebe, aber auch die antioxidative, anti-inflammatorische, anti-apoptotische und regenerative Wirkung von NO.

Die Studie, deren Daten im Rahmen einer Pressekonferenz in Heidelberg präsentiert wurden, belegt Bardenheuer zufolge zum ersten Mal, dass blaues LED-Licht in der Schmerztherapie eine wirksame und natürliche Behandlungsalternative darstellt. |JS|

Quelle: Pressekonferenz »Klinische Studie zur Anwendung von blauem LED-Licht bei Rückenschmerzen am 24. Januar 2013 in Heidelberg. Veranstalter: Philips Light & Health Ventures.

## Verhaltensstörungen bei Demenz

# Alzheimer-Therapie mit Memantine senkt den Verbrauch von Antipsychotika

Neuropsychiatrische Begleitsymptome einer Alzheimer-Demenz wie etwa Aggressivität und Unruhe, Depression und Apathie werden – trotz der damit assoziierten Risiken – noch immer oft mit Antipsychotika behandelt, wenn auch im Laufe der letzten Jahrzehnte mit deutlich abnehmender Tendenz. Der Verbrauch dieser Psychopharmaka lässt sich nach einer großen britischen Kohortenstudie [1] durch eine antidementive Therapie mit Memantine (z. B. Axura®, Memantine Merz®) offenbar senken, während er unter Acetylcholinesterase-Hemmern (AChEH) im Verlauf eines Jahres kontinuierlich zunimmt.

Bis zu 90 Prozent aller Demenzpatienten entwickeln zusätzlich neuropsychiatrische Auffälligkeiten mit regelrecht psychotischen Syndromen, d.h. Wahn oder Halluzinationen, die zusätzlich zu aggressivem und/oder aufsässigem Verhalten führen. Diese, oft bereits vor der eigentlichen Demenzdiagnose auftretenden Störungen erschweren die Therapie und Pflege von Demenzpatienten und führen oft zur Einweisung in ein Pflegeheim. Lange Zeit galten hier typische und atypische Neuroleptika als Mittel der Wahl. Ihr Risikopotenzial in Bezug auf zerebrovaskuläre Ereignisse, extrapyramidale Symptome, beschleunigten kognitiven Abbau und – speziell bei Älteren – auf die Gesamtmortalität hat jedoch zu deutlichen Einschränkungen bei der Langzeitanwendung geführt.

## Häufigkeit der Anwendung von Antipsychotika nimmt sukzessive ab

Britische Psychiater haben nun unter anderem die Verordnung von Antipsychotika (AP) bei Demenz allgemein sowie speziell unter antidementiver Therapie in Großbritannien untersucht. Dazu wurden Daten von jeweils über 50.000 Patienten sowie repräsentativen altersgleichen Kontrollpersonen aus den Jahren 1995 bis 2011 der weltweit größten Datenbank CPRD (Clinical Practice Research Datalink) im niedergelassenen Bereich analysiert.

Allgemein war danach bei den Demenzpatienten von 1995 bis 2011 die Prävalenz der AP-Anwendung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung von 19,9 auf 7,4 Prozent gesunken. Allerdings nahm die Häufigkeit einer antipsychotischen Medikation

von 2,2 Prozent, zehn Jahre vor der Erstdiagnose, auf 5,1 Prozent, ein Jahr davor und auf 11,1 Prozent zum Zeitpunkt der Diagnose zu. Vier Jahre nach Diagnosestellung bekamen schließlich schon 18,7 Prozent der Patienten Antipsychotika.

## Antipsychotika-Gebrauch bei Patienten mit Alzheimer-Demenz

Der Einfluss einer antidementiven Monotherapie wurde bei 10.794 Patienten unter Acetylcholinesterase-Hemmern und bei 669 mit Memantine behandelten Patienten untersucht. Insgesamt 10,6 Prozent der Patienten unter AChEH und 26,3 Prozent unter Memantine bekamen zum Zeitpunkt der Diagnose zusätzlich Antipsychotika. Der deutlich höhere Anteil mit antipsychotischer Komedikation unter Memantine war zusage-spezifisch durch fortgeschrittenere Demenzstadien bedingt. Unter antidementiver Medikation mit einem AChEH nahm im ersten Jahr der Therapie die AP-Verordnung leicht zu, dagegen nahm unter Memantine die Notwendigkeit der AP-Verschreibung ab. Diese Effekte aus der routineärztlichen Praxis stehen in Übereinstimmung mit den aus klinischen Studien [2, 3] bekannten positiven Effekten von Memantine auf Demenz-assoziierte neuropsychiatrische Symptome.

## Literatur

1. Martinez C, Jones RW, Rietbrock S: Trends in the prevalence of antipsychotic drug use among patients with Alzheimer's disease and other dementias including those treated with antidementia drugs in the community in the UK: a cohort study. *BMJ Open*; 2013;3:e002080. doi:10.1136/bmjopen-2012002080
2. Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA et al., Memantine for agitation/aggression and psychosis in modera-

## Über Memantine

Der NMDA (N-Methyl-D-Aspartat)-Rezeptor-Antagonist Memantine (z. B. als rabattiertes Original Axura® und Memantine Merz® als Original identisches Generikum) verbessert als einzige Substanz mit Zulassung zur Therapie der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz, nachweislich die Symptome der Alzheimer-Demenz wie u. a. kognitive Leistungen [4, 5] und Verhaltensauffälligkeiten [6] und trägt zur Entlastung der Patienten und ihrer Angehörigen bei. Insbesondere Verhaltensstörungen wie Aggression und Agitation sind im Alltag für alle Beteiligten äußerst belastend, sie reduzieren die Lebensqualität der Angehörigen massiv und geben oft den Ausschlag für die Unterbringung in einem Pflegeheim. Eine frühzeitige Intervention mit Memantine kann diese Entwicklung verzögern und zudem zu einem Rückgang einer Psychopharmaka-Medikation beitragen [1]: Die umfangreichen Studiendaten wie auch praktische Erfahrungen im ambulanten Bereich und bei Heimpatienten zeigen, dass mit dem NMDA-Rezeptor-Antagonist eine wirksame und sehr gut verträgliche Therapie mit hohem Alltagsnutzen zur Verfügung steht, die sich auch positiv auf Betreuungskosten und pflegerische Ressourcen auswirken kann [4, 7]. Das Antidementivum entfaltet seine Wirkung am glutamatergen System. Die Modulation der glutamatergen Neurotransmission ist ein Hauptangriffspunkt im Kampf gegen die Symptome des Morbus Alzheimer.

tely severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:341-348

3. Gauthier S, Loft H, Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*
4. Mecocci et al. (2009) Effects of Memantine on cognition in patients with moderate to severe Alzheimer's disease: post hoc analyses of ADAS-cog and SIB total and single-items scores from six randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Int J Geriatr Psychiatry*, published online March 2009
5. Winblad et al. (2007) Memantine in Moderate to Severe Alzheimer's Disease: a Meta-Analysis of Randomised Clinical Trials. *Dement Geriatr Cogn Disord* 24: 20-27
6. Gauthier S, Loft H, Cummings J (2008) Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by Memantine: A Pooled Data Analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 537-545
7. Wimo A et al. (2003) Resource Utilisation and Cost Analysis of Memantine in Patients with Moderate to Severe Alzheimer's Disease. *PharmacoEconomics* 21(5): 327-340

Quelle: Nach Informationen von Merz Pharmaceuticals

## Chronischer Schmerz – chronische Unterversorgung

# Transdermales Pflastersystem gegen Vorurteile im Versorgungsalltag

Noch immer ist die Zurückhaltung gegenüber Opioid-Analgetika in Deutschland groß – selbst dann, wenn deren Einsatz, wie bei chronischen Schmerzformen, therapeutisch indiziert wäre. Innovative Technologien wie transdermale Matrixpflaster mit Kontrollmembran sollen die Applikation von Opioiden wie Fentanyl erleichtern und Hemmungen von ärztlicher Seite abbauen.

**D**egenerativer, neuropathischer, rheumatischer, Rücken- oder Tumorschmerz – in Deutschland leiden derzeit rund 13 Millionen Menschen unter solch chronischen Schmerzformen. Deren Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter und erfordert ein multimodales, interdisziplinäres Schmerzmanagement. Die WHO empfiehlt für die medikamentöse Therapie chronischer Schmerzsyndrome ein stufenweises Vorgehen, das – je nach Grad der erzielten Schmerzlinderung – von nicht-opioiden Analgetika, gegebenenfalls in Kombination mit Adjuvantien (Stufe 1), über schwache Opioide (Stufe 2, ggf. kombiniert mit Stufe 1) bis hin zu starken opioiden Substanzen (Stufe 3, ggf. kombiniert mit Stufe 1) gesteigert werden kann. Vor allem deutsche Mediziner zögern jedoch noch häufig, wenn es darum geht, das Behandlungsspektrum voll auszuschöpfen.

### Warum die Angst vor Opioid-Analgetika?

Die Gründe für die Zurückhaltung bei der Verordnung stärkerer Analgetika wie Opioiden sind vielfältig: Logistische Probleme, etwa die Aufbewahrung der betäubungsmittelpflichtigen Substanzen, spielen hier ebenso eine Rolle wie die Angst vor einer möglichen Abhängigkeit der Patienten oder die Sorge vor Nebenwirkungen. Befürchtungen dieser Art versuchen neue Technologien zu entkräften, die die Applikation von Opioid-Analgetika wie Fentanyl einfacher und sicherer machen sollen.

### Technische Innovation begrenzt Opioid-Abgabe und schützt vor Überdosierung

Anfänglich kamen in der Therapie starker chronischer Schmerzen neben oralen Präparaten sogenannte »Reservoirpflaster« zur Anwendung. Diese enthielten das Opioid Fentanyl in flüssiger Form in einem Speicher über einer Kontrollmembran. Aufgrund ihrer Dicke, der Anfälligkeit für Leckage und »dose dumping« erwiesen sich diese Systeme jedoch für eine dauerhafte Schmerztherapie als weniger geeignet. Bei dem daraufhin entwickelten einfachen »Matrixpflaster« wurde der Wirkstoff in den Klebstoff des Pflasters eingebunden. Problematisch bei diesem System ist jedoch die zwangsläufige Abhängigkeit der Opiat-Abgabe von der jeweiligen Temperatur und dem Hauttyp bzw. dem Hautareal.

Die neueste Pflastergeneration (z. B. Fentanyl Hennig®) umgeht diese Nachteile, indem sie das Opioid in einen Silikonklebstoff einbindet und es zusätzlich durch eine Kontrollmembran diffundieren lässt (s. Abb. 1). Diese begrenzt die maximale Abgabemenge, sodass sich das Risiko einer Überdosierung auch bei Hautirritationen oder Temperaturanstieg deutlich reduziert. Da die Abgaberate durch die Membran zudem geringer ist als die Menge, die die Haut aufnehmen kann, wird die Resorption des Wirkstoffs weniger vom Hauttyp oder der Lokalisation beeinflusst.

### Wirksame Option im multimodalen Therapiekonzept

Die neue Technologie ermöglicht unabhängig vom Hautareal eine konstante Wirkstofffreisetzung und gleichmäßige Plasmaspiegel über 72 Stunden. Daraus resultiert neben einer effektiven Analgesie und einer guten systemischen wie lokalen Verträglichkeit der Pflaster auch eine höhere Lebensqualität für die Betroffenen. Anders als orale Präparate eignet sich diese Applikationsform zudem für Patienten mit Schluckstörungen, therapieresistentem Erbrechen oder Passagehindernissen im Gastrointestinaltrakt – Störungsbildern, die gerade bei geriatrischen Patienten häufig auftreten. Verschiedene Wirkstärken (25 µg/h, 50 µg/h, 75 µg/h und 100 µg/h) erlauben dem Behandler ein individuell auf seinen Patienten ausgerichtetes Schmerzmanagement, das entsprechend einem biopsychosozialen Ansatz durch physiotherapeutische, physikalische und psychotherapeutische Verfahren ergänzt werden sollte.

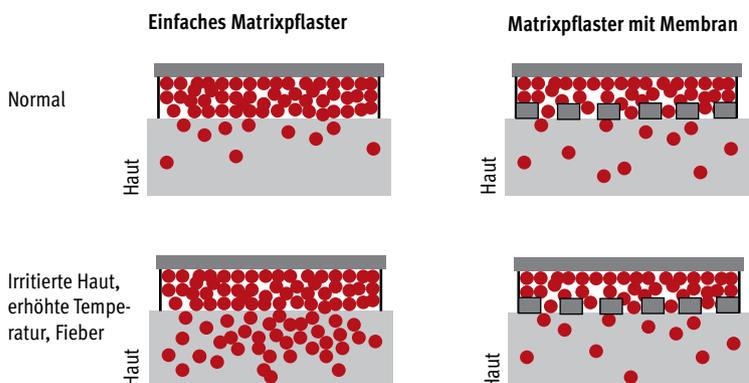


Abb. 1: Aufgabe und Vorteile der Kontrollmembran

| Julia Schmidt |

## Interview

## »Keine Angst vor Opiaten!«

Über ihre Erfahrungen mit transdermalen Pflastersystemen und die Situation der Versorgung chronischer Schmerzpatienten in deutschen Praxen und Altersheimen sprachen die beiden niedergelassenen Kollegen Dr. Martina Melcop-Pitsch, Fachärztin für Allgemeinmedizin, und Dr. Christoph Bücheler, Facharzt für Innere Medizin und Anästhesie, im Interview mit »NeuroGeriatric«.



▲ Dr. med. Christoph Bücheler, Markdorf

### Wie bewerten Sie die Versorgung von Schmerzpatienten in Deutschland im internationalen Vergleich?

**Bücheler:** Deutschland ist zwar hochtechnologisiert und enorm durchorganisiert, aber bei der Schmerzversorgung liegen wir dennoch nicht unbedingt an der Spitze. Ich denke, da haben andere Länder wie Großbritannien, Skandinavien oder die Niederlande günstigere Strukturen, und die Patienten sind unterm Strich auch besser versorgt. Generell funktioniert die Schmerzversorgung vor allem in den Ländern besser, in denen die Bereitschaft, dem WHO-Stufenschema zu folgen, groß ist. Die Angst vor dem Betäubungsmittelgesetz und die Aufbewahrungspflicht der Medikamente macht es in Deutschland auch nicht gerade leichter. Ich denke, bei uns sind noch Verbesserungen möglich.

### Viele Patienten mit schweren Schmerzen leiden oft unnötig. Was könnten die Gründe sein, warum Ihre Kollegen bei der Therapie mit potenten Schmerzmitteln so häufig zögern?

**Bücheler:** Ich glaube, da sind vor allem Vorurteile im Spiel. Viele Mediziner sind noch immer davon überzeugt, dass nichts auf der Welt schlimmer sein könnte als die Abhängigkeit von einem Opiat. Ich persönlich kann das nicht nachvollziehen, denn es ist bekannt, dass es keine Opiatabhängigkeit gibt, wenn der Wirkstoff in der richtigen Schmerzindikation eingesetzt wird. Und selbst wenn man unterstellt, dass ein durch und durch metastasierter Tumorpatient im Endstadium opiatabhängig wäre – ein klinisch relevantes Problem ergibt sich hieraus nicht, Hauptsache, er ist schmerzfrei! Diese vermeintliche

Abhängigkeitsproblematik scheint ein ganz tief verwurzeltes Problem zu sein.

**Melcop-Pitsch:** Ich denke auch, dass viele Kollegen noch große Vorbehalte gegenüber Opiaten haben, weshalb diese auch immer noch viel zu selten eingesetzt werden – selbst wenn es wirklich indiziert wäre. Zudem bestehen völlig unnötige Hemmungen vor der BTM-Pflichtigkeit.

### Sie betreuen ja auch Menschen in Altenheimen. Welche besonderen Herausforderungen stellen sich dort bezüglich einer modernen Schmerztherapie?

**Melcop-Pitsch:** Sehr viele Altenheimbewohner leiden an Gelenk- und Knochenschmerzen. Sie sind so stark beeinträchtigt, dass sie eine chronische Schmerztherapie benötigen. Häufig sind sie auch multimorbid, sodass man auf Arzneimittelverträglichkeit untereinander achten muss. Ich setze in den Pflegeheimen deshalb sehr oft Pflaster ein, weil sie die einfachste und sicherste Option darstellen, die Menschen zu versorgen. Sie müssen z. B. nichts schlucken, das ist einfach eine große Erleichterung für die Betroffenen und das Personal. Außerdem brauchen die Pflaster nur alle drei Tage gewechselt werden, das macht die Versorgung sehr unkompliziert.

### Bei welchen Patienten setzen Sie vorzugsweise Opioid-Analgetika wie z. B. Fentanyl Hennig® zur Linderung starker Schmerzen ein?

**Melcop-Pitsch:** Vorwiegend bei chronischem Schmerz, etwa bei Polyarthrit, wenn schlimme Schmerzen oder Gelenkschmerzen vorliegen. In selteneren Fällen und erst, wenn andere Optio-

nen versagen, setze ich sie auch bei Bandscheibenvorfällen ein, wenn der Schmerz unerträglich ist. Häufig behandle ich auch Tumorpatienten oder andere palliativmedizinische Fälle mit dieser Form der Schmerzlinderung.

### Welche Vorteile haben Pflaster in der Therapie mit Opioid-Analgetika gegenüber der oralen Gabe?

**Bücheler:** Pflaster bieten natürlich den Vorteil einer kontinuierlichen Wirkstoffabgabe. Selbst bei den retardierten oralen Präparaten ist die Schwankungsbreite größer. Zum Ende der errechneten Wirkungsdauer lässt der klinische Effekt zudem oft nach. Für manche Patienten ist das kein relevantes Problem, aber eine erhebliche Anzahl kommt damit eben nicht zurecht. In diesen Fällen müsste man bei oralen Präparaten etwas kurzzeitig Wirksames dazwischen geben oder die Anzahl der Medikamentengaben erhöhen, was in der Praxis große Umstände bereitet. Mit der Pflasterversorgung ist man hier gut bedient, denn da erfolgt die Wirkstofffreisetzung über 72 Stunden sehr konstant.

### Die Technologie von Fentanyl-Pflastern hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt. Was ist die Besonderheit von sogenannten Matrixpflastern mit Kontrollmembran?

**Bücheler:** Es gibt in Deutschland nur drei Firmen, die solche Matrixpflaster mit Kontrollmembran anbieten. In der Regel ist die Beladung mit dem Wirkstoff im Vergleich zu herkömmlichen Pflastern geringer, was die Entsorgung erleichtert und die Umwelt schont. Entscheidend ist für mich jedoch, dass die Abgabe des Wirkstoffs über die Kon-

trollmembran präzise und konstant über einen Zeitraum von 72 Stunden erfolgt. Auch die Anwendung auf unterschiedlichen Hautarealen mit dickerer oder dünnerer Haut ist nicht so problematisch. Bei Temperaturschwankungen, wie z. B. durch Fieber, ist das Risiko einer Überdosierung sehr gering. Da die Restbelastung an Opiaten bei den Pflastern gering ist, sinkt auch das Missbrauchspotential bei der Entsorgung. Die Beladungsmenge der Pflaster an sich ist so niedrig, dass sich daraus deutlich schwerer etwas extrahieren lässt.

#### **Welche Vorteile ergeben sich aus diesen Matrixpflastern mit Kontrollmembran für die Therapie?**

**Bücheler:** Die konstante Wirkstofffreisetzung ist sicherlich der entscheidende Vorteil. Man möchte in den Organismus Mensch möglichst gleichmäßig etwas einbringen, weil man auch von einem gleichmäßigen Abbau ausgehen kann. Ein Patient profitiert von konstanten Spiegeln: Bei einem zu hohen Spiegel wird er müde, bei einem zu niedrigen kommt der Schmerz wieder – beides möchte man als Therapeut vermeiden. Ein Matrixpflaster mit Kontrollmembran ist zudem wesentlich weniger störanfällig für veränderte Bedingungen, z. B. unterschiedliche Hautareale, Temperaturanstieg, Exsikkose etc. Natürlich muss ein niedergelassener Mediziner auch immer darauf achten, dass er mit seinem Budget auskommt. Findet sich eine Therapieoption, die preisgünstig ist und die gegenüber herkömmlichen Behandlungstechnologien Vorteile bietet – etwa ein Matrixpflaster mit Kontrollmembran wie das von Hennig –, dann kann ich mir als Niedergelassener diesen technologischen Fortschritt und die damit verbundene zusätzliche Sicherheit buchstäblich »leisten«.

#### **Welche Vorteile ergeben sich daraus für die Patienten mit starken chronischen Schmerzen und deren Angehörige?**

**Bücheler:** Die Matrixpflaster sind einfach in der Handhabung, das ist eine große Entlastung für Patienten und ihre Angehörigen. Man kann die Pflaster oder auf einem speziellen Dosierfeld

auch die Packungen beschriften, um so eine korrekte Anwendung zu unterstützen. Das einzige, was der Patient beachten muss, ist der Wechsel des Pflasters nach 72 Stunden. Für den behandelnden Arzt empfiehlt sich, das ruhig schriftlich festzuhalten, damit die Patienten die Pflaster nicht täglich wechseln oder nach drei Tagen vergessen, ein neues Pflaster aufzukleben. Aus meiner Erfahrung verläuft die Handhabung aber zumeist unkompliziert: Ein Pflaster aufzubringen traut sich jeder, auch der Kontakt mit Wasser – z. B. beim Duschen – stellt mittlerweile kein Problem mehr dar. Die Pflaster sind zudem so unauffällig, dass selbst das Tragen im Schwimmbad keine Hemmungen verursacht.

#### **Wie groß ist die Sicherheit von Matrixpflastern mit Kontrollmembran bezüglich Überdosierung und Missbrauch durch Dritte?**

**Bücheler:** Die Gefahr eines Missbrauchs besteht potentiell natürlich immer. Es ist allerdings wesentlich schwieriger, den Wirkstoff aus den Pflastern zu extrahieren, als einfach ein paar opiathaltige Tabletten zu stehlen. Die Frage der Überdosierung stellt sich eigentlich nicht, wenn man einige Grundregeln zur Anwendung beachtet. Dazu gehört, dass man sich von unten an die optimale Wirkstärke herantastet: Ich fange üblicherweise mit der geringsten Dosierung an und steigere mich dann langsam, bis der Patient eine ausreichende Schmerzlinderung zurückmeldet. Wichtig ist, den Patienten deutlich zu kommunizieren, dass sie nur ein Pflaster verwenden müssen. Das klappt aber in der Regel. Auch in Krankenhäusern und Altersheimen sollte das Personal diesbezügliche Anweisungen erhalten.

**Melcop-Pitsch:** Da kann ich mich Herrn Bücheler nur anschließen. Ich hatte nur ein einziges Mal eine ältere russische Patientin, die sich alle Pflaster aus der Packung auf einmal selbst aufgeklebt hat, da sie die Anwendungshinweise nicht verstanden hat. Davon abgesehen habe ich einen solchen Fall noch nie erlebt. Ich habe auch das Gefühl, dass man bei den allermeisten Patienten diesbezüglich keine Angst haben muss.

#### **Welche Empfehlung würden Sie gerne Ihren Kolleginnen und Kollegen mit auf den Weg geben?**

**Melcop-Pitsch:** Meinen Kollegen in der niedergelassenen Praxis würde ich empfehlen, bei der Schmerztherapie nicht so zurückhaltend zu sein. Jeder Allgemeinmediziner oder Tätige im hausärztlichen Versorgungsbereich sollte z. B. einmal ein Schmerzseminar belegen, um das ganze Spektrum der Schmerztherapien von den niedrigpotenten bis hin zu den hochpotenten Optionen kennen und nutzen zu lernen. Dann können sie ihren Patienten einen guten Plan an die Hand geben. Meine Empfehlung ist daher, sich auf diesem Gebiet fortzubilden.

**Bücheler:** Ich empfehle meinen Kollegen, sich streng an das WHO-Stufenschema zu halten und die Angst vor dem Einsatz von Opiaten zu verlieren. Es kann nichts passieren, wenn man langsam aufdosiert. Man sollte einfach mit einer niedrigen Dosierung anfangen und diese im Bedarfsfall alle drei Tage um eine Wirkstärke steigern, bis der Schmerz erträglicher ist. Nähert man sich dem Zielbereich, so sollte die Auftitrierung noch behutsamer erfolgen. Ich empfehle außerdem, gleich von Anfang an etwas gegen eine mögliche Übelkeit mitzuschreiben. Dann ist die Akzeptanz der Patienten besser, da Nebenwirkungen gar nicht erst in den Vordergrund treten. Hält man sich daran, kann nicht viel schiefgehen.

*Vielen Dank für das Gespräch!  
Das Interview führte Julia Schmidt*

#### **Kontakt**

*Dr. med. Martina Melcop-Pitsch  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Martinstraße 29  
79848 Bonndorf im Schwarzwald*

*Dr. med. Christoph Bücheler  
Facharzt für Innere Medizin und Anästhesie  
Gesundheitszentrum Markdorf  
Hauptstraße 28  
88677 Markdorf*