

Haben wir die Opioidkrise überwunden?

Lukas Radbruch

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Zentrum für Palliativmedizin, Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

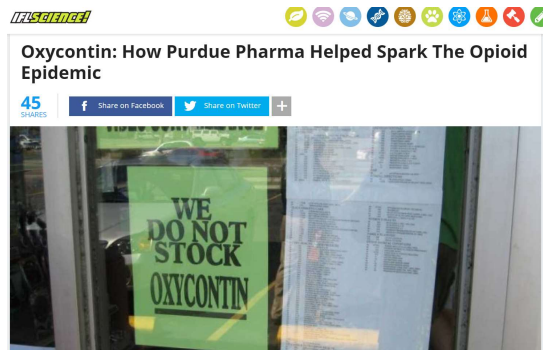
Chair Board of Directors,
International Association for Hospice and Palliative Care

Keine Interessenkonflikte



 Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Opioid Epidemie

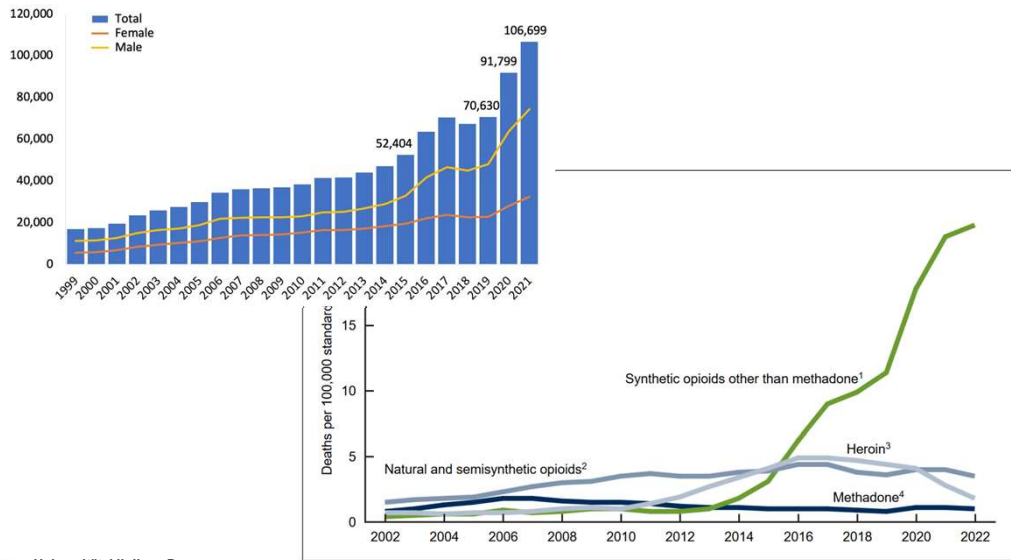


Mit Beginn der 90er Jahre begann eine kleine Gruppe von Ärzten, einige von Pharma-Firmen finanziert, mit einer Argumentation, dass Schmerz in der Medizin systematisch unterversorgt worden sei, wegen falscher Befürchtungen über Mißbrauch und Abhängigkeit. Sie forderten Schmerz als “5. Vitalzeichen” und drängten Ärzte zu einer großzügigeren Verordnung von Opioiden.

 Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

www.iflscience.com

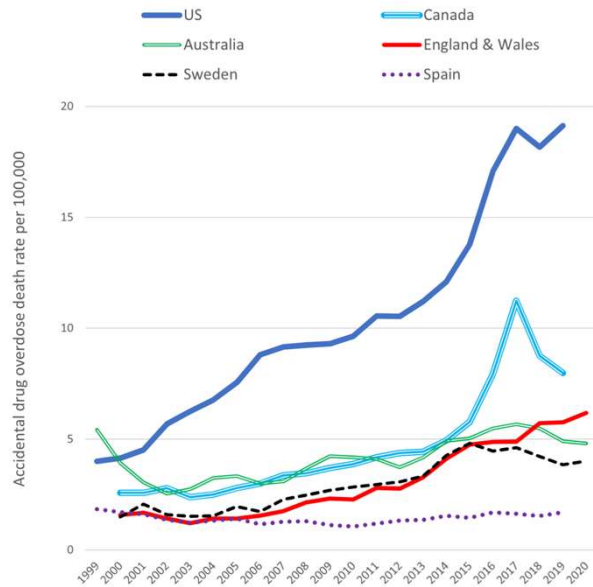
Deaths from Opioids Overdose



Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db491.pdf>

Todesfälle Opioidüberdosis

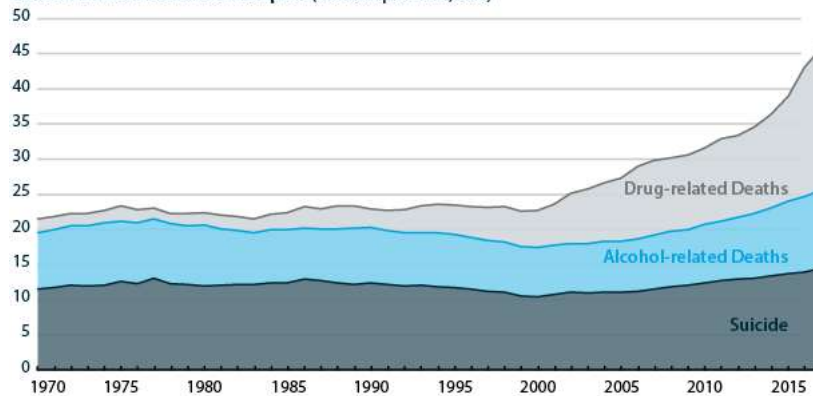


Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

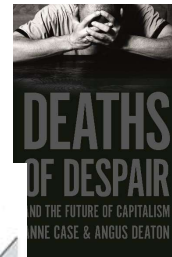
Snowdon J. Australasian Psychiatry (2024) online

Death of Despair

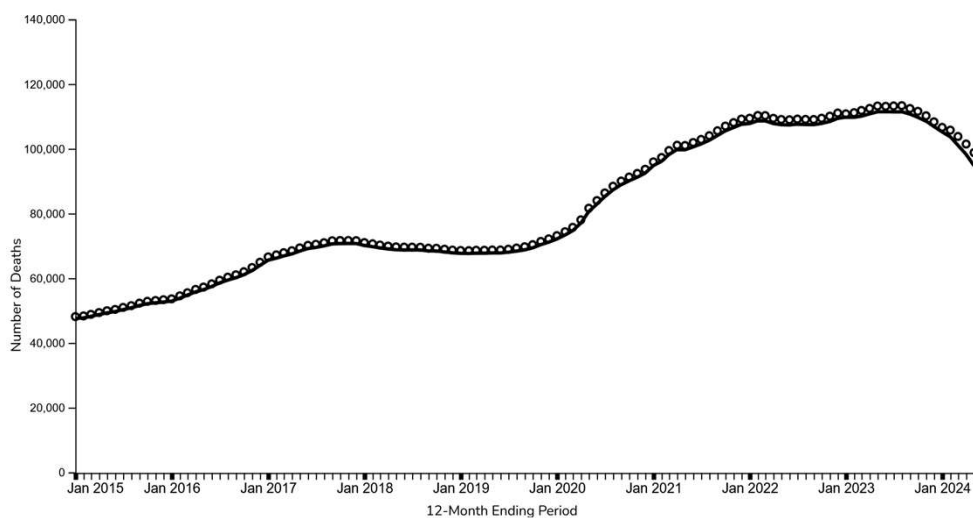
United States: Deaths of despair (deaths per 100,000)



Sources: The Social Capital Project of the US Congress Joint Economic Committee/
The Centers for Disease Control and Prevention



Todesfälle Opioidüberdosis



Opioid Epidemie Folgen 2024

2019 Purdue Pharma Insolvenz

2021 DEA schließt Schmerzambulanzen

2023 Narcan Nasenspray frei verkäuflich

2023 HALT Fentanyl Gesetzentwurf: Fentanyl in Schedule 1

Urinscreening empfohlen für Tumorkranken,
Staatliche Monitorprogramme ...

Tumorkranken: 35% erhalten keine Opioidverordnung,
in der Hälfte der Fälle wegen gesetzlicher Einschränkungen

Onkologen: Oxycodon, Hydrocodon ↓ 30%
Gabapentin ↑ 6% (andere Ärzte 23%)

 **Universitätsklinikum Bonn**
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

REVIEW



Opioid use disorder in cancer patients

Cara E.S. Lewis, John Schuster-Weissmann,
and Paul Farquhar-Smith

Purpose of review

The misuse of opioids has increased significantly in recent decades. Historically, cancer patients have not been considered at risk of opioid misuse. However, cancer pain is common, and opioids are often prescribed. Guidelines addressing opioid misuse after exclude cancer patients. Given that misuse is associated with significant harm and a reduction in quality of life, it is important to understand the risk of opioid misuse in cancer patients and how we can recognise and treat it.

Recent findings

Early cancer diagnosis and treatment have improved cancer survival rates, leading to a larger population of cancer patients and survivors. Opioid use disorder (OUD) may precede a cancer diagnosis or may develop during or after treatment. The effect of OUD extends from an individual patient to a societal level. This review examines the increasing incidence of OUD in cancer patients, ways to identify patients with OUD such as behaviour change and screening scales, prevention of OUD such as limited and targeted opioid prescriptions, and evidence-based treatment suggestions for OUD.

Summary

OUD in cancer patients has only relatively recently been recognised as a growing problem. Early identification, involvement of the multidisciplinary team, and treatment can reduce the negative impact of OUD.

Keywords

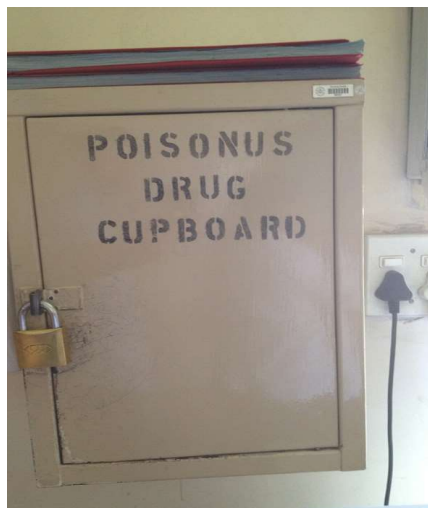
cancer, cancer pain, opioid use disorder

INTRODUCTION

In recent decades, there has been a significant increase in the misuse of opioids [1]. An opioid crisis has arisen in the United States, and to a lesser

Indeed, opioids are not recommended for the treatment of chronic pain [8]. The 'opioid epidemic' has brought this into sharp focus and, with it, increased restriction or oversight of opioid prescription [9]. Guidelines generally exclude cancer

BTM-Schrank



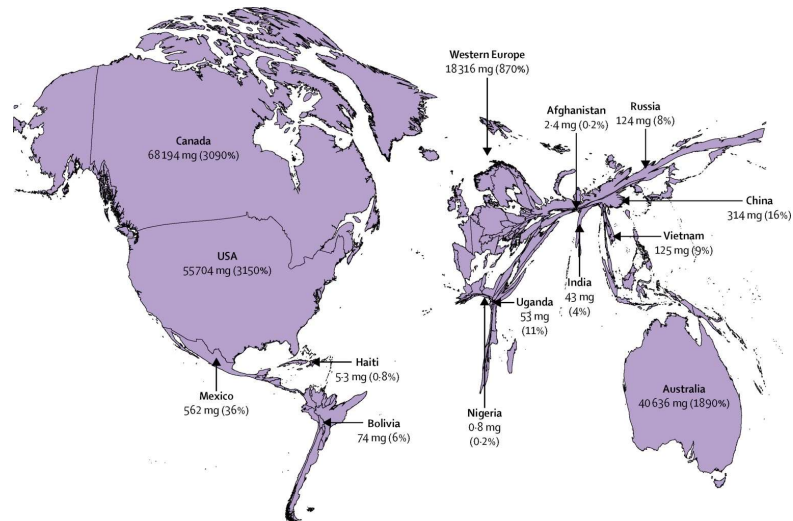
Johannesburg, Südafrika



Bonn, Deutschland

 **Universitätsklinikum Bonn**
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Globaler Opioidverbrauch



Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

<https://www.thelancet.com/commissions/palliative-care>

Opioidmangel Epidemie

“Ich komme nächsten Mittwoch wieder [...]. Wenn dann immer noch keine Tabletten da sind, werde ich mich an diesem Baum dort aufhängen.”

In agonising, crippling pain from lung cancer, Mr S came to the palliative care service in Calicut, Kerala, from an adjoining district a couple of hours away by bus. His body language revealed the depth of the suffering.

We put Mr S on morphine, among other things. A couple of hours later, he surveyed himself with disbelief. He had neither hoped nor conceived of the possibility that this kind of relief was possible.

Mr S returned the next month. Yet, common tragedy befell patient and caregivers in the form of a stock-out of morphine.

Mr S told us with outward calm, “I shall come again next Wednesday. I will bring a piece of rope with me. If the tablets are still not here, I am going to hang myself from that tree”. He pointed to the window. I believed he meant what he said.

Stock-outs are no longer a problem for palliative care in Kerala, but throughout most of the rest of India, and indeed our world, we find near total lack of access to morphine to alleviate pain and suffering.

Dr M R Rajagopal, personal testimony

Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Knaul et al. Lancet 391 (2018) 1391-1454

IAHPC Opioid Price Watch

Beispiel:
Iloilo City,
Philippinen

Morphin 10 mg
nicht retardiert
für 30 Tage

Kosten 144 USD

Minimallohn:
29 Tage



Hospice Africa Uganda, Kampala Uganda



Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

WHO Leitlinie Ensuring Balance



Prinzip der Balance in der Kontrolle in Drogenkontrollpolitik

Regierungen haben nicht nur die Pflicht, einen Mißbrauch von Drogen zu verhindern, sondern müssen auch den Zugang zu Opioiden zur Schmerzlinderung und Substitutionstherapie ermöglichen.

Opioide sollten verfügbar, zugänglich und erschwinglich sein

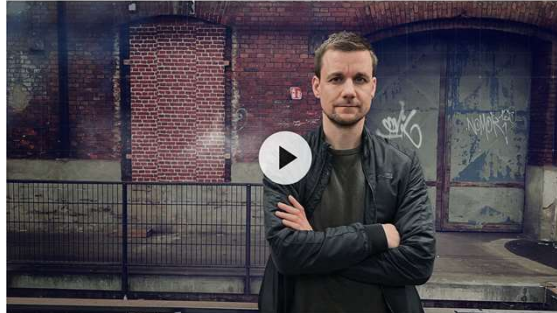


Universitätsklinikum Bonn http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/1/9789241564175_eng.pdf
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Opioid Epidemie Folgen 2024

77 Wenn nichts unternommen wird, wird Europa, auch Deutschland, dem amerikanischen Beispiel folgen.

Andrew Kolodny, Mediziner und Forscher Brandeis-Universität



Fentanyl, Tilidin, Codein: Warum Deutschland ein Opioid-Problem hat.

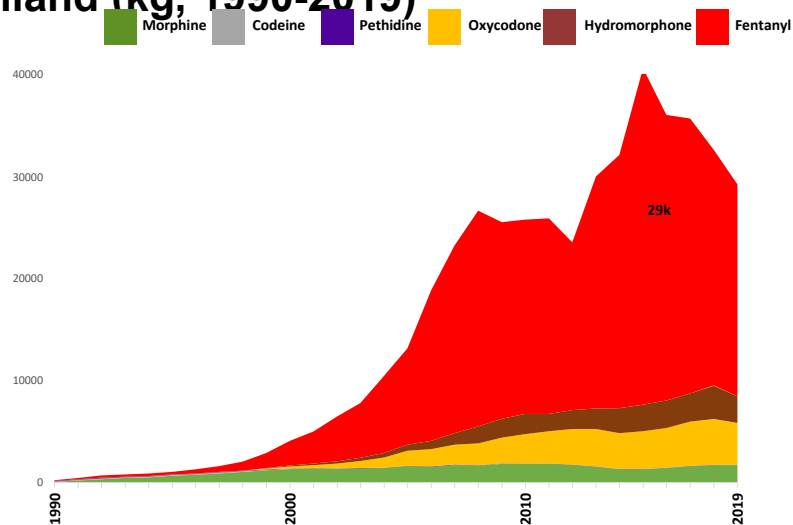
19.04.2023 | 9:12 min

"Es zeigt sich, dass wir in Europa in die gleiche Situation geraten wie in den USA vor 15 Jahren", warnt auch Andrea Burden, Professorin für Pharmakoepidemiologie an der ETH Zürich.

 Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/kriminalitaet/opioid-sucht-schmerzmittel-risiken-100.html>

Distributed Opioids in Morphine Equivalent (DOME) Deutschland (kg, 1990-2019)



Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

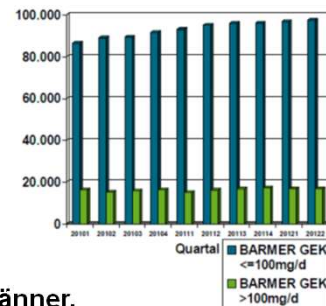
Knaut et al. Lancet Group on Pain Relief and Pall Care

Barmer Krankenkasse Auswertung 2012: 870,000 Patienten

Opioidverordnungen in drei Quartalen
bei 1,3% aller Patienten

Ca. 15% mit mehr als 100 mg/Tag ME: Jüngere, Männer,
somatoforme Störungen, Depression

Psychische / Verhaltensstörungen:
Stationäre Behandlung für 71 Patienten (0.008%)
Risikofaktoren: Männer, Jüngere, somatoforme Störungen, höhere
Dosierungen, Komedikation Tranquilizer



Opioidgebrauchsstörung bei chronischen Schmerzen

Suchtsurvey 2015
9204 Teilnehmer
275 mit Opioidtherapie

Opioidgebrauchsstörung
leicht 14,7%
mittel – schwer 6,4%

Kriterien der Opioidgebrauchsstörung: (Definition: problematisches Opioidkonsummuster, dass erhebliche Beeinträchtigungen oder Stress verursacht)	Rate positiver Antworten (%)	
	Studie 1 [16]	Studie 2 [15]
1. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum eingenommen als ursprünglich beabsichtigt	13,5	9,4
2. Es besteht ein anhaltendes Verlangen oder ein nicht erfolgreicher Ver- such, den Substanzkonsum zu kontrollieren oder zu reduzieren	19,8	15,0
3. Ein großer Teil der Zeitspanne wird damit verbracht, die Substanz zu besorgen, zu konsumieren oder sich von den Auswirkungen des Konsums zu erholen	7,6	5,2
4. Es besteht ein Craving (starkes Verlangen) oder ein Druck, die Substanz zu konsumieren	14,8	5,7
5. Wiederholter Substanzkonsum führt zum Versagen bei der Erfüllung wichtiger Aufgaben (Rollenverpflichtungen im Beruf, in der Schule oder zu Hause)	11,0	20,8
6. Es besteht ein anhaltender Substanzkonsum ungeachtet der bestehen- den oder wiederholt auftretenden sozialen oder interpersonellen Probleme, die durch die Effekte des Substanzkonsums verursacht oder verstärkt wer- den	4,2	6,3
7. Relevante soziale, berufliche oder freizeitbezogene Aktivitäten werden wegen des Substanzkonsums aufgegeben oder reduziert	14,4	11,5
8. Die Substanz wird wiederholt in Situationen konsumiert, in denen dies körperlich gefährlich ist	5,9	14,9
9. Der Substanzkonsum wird ungeachtet des Wissens um bereits bestehen- de oder wiederauftretende physische oder psychische Probleme fortge- setzt, die sehr wahrscheinlich durch den Substanzkonsum verursacht oder verstärkt werden	8,9	3,6

Opioidkrise in Deutschland?

Rosner et al (2019)

12 retrospektive Studien

92.842 – 11 Mio Patienten

Mehr Opioide für chronische Schmerzen

Fentanyl im ambulanten Bereich

Keine Hinweise auf Opioidepidemie

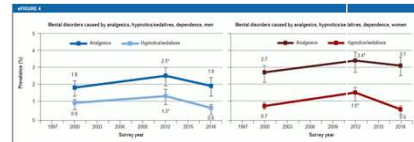
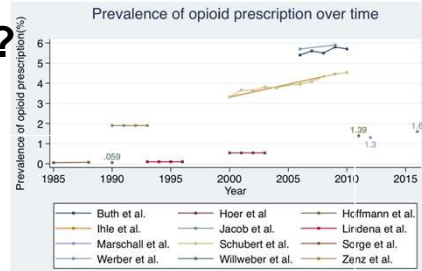
Seitz et al (2019)

Epidemiologischer Suchtsurvey 1985 – 2019 (9x)

Repräsentative Befragung, ca 9000 Teilnehmer

Analgetika: Gebrauch kontinuierlich steigend

Analgetika: Abhängigkeit 2018 rückläufig



Todesfälle durch Opioidüberdosis

US 2015

Palliativbedarf durch Opioide gedeckt: 3147%

Todesfälle Opioidüberdosis: 33,000

Überdosis Todesfälle/Mio E: 102.9

Häufig: Heroin

Illegal importiertes Fentanyl and Carfentanyl (+Xylazin)

Opioidverordnungen: Fälschungen und Diebstahl

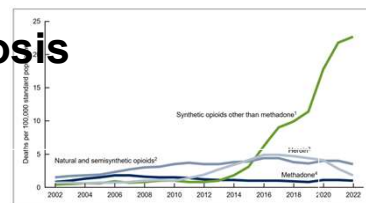
Deutschland 2015

Palliativbedarf durch Opioide gedeckt : 1474%

Todesfälle Opioidüberdosis : 223

Überdosis Todesfälle/Mio E: 2.7

Häufig: Heroin



A Transatlantic Perspective

PERSPECTIVE

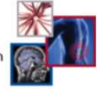
For reprint orders, please contact: reprints@futuremedicine.com

The opioid epidemic and the long-term opioid therapy for chronic noncancer pain revisited: a transatlantic perspective

Wolfgang Häuser^{1,2*}, Frank Pöschel¹, Lukas Radbruch³ & Thomas R. Tölle⁴

Practice paper

Pain Management



Die systematischen Übersichten aus den USA und Deutschland unterscheiden sich in ihrer Bewertung, mit einer positiven Sicht in Europa und einer negativen in den USA.

In den USA:

Fokus auf Schmerz und nicht auf psychischer Belastung,
Fokus auf Schmerzlinderung und nicht auf Funktionserhalt
Versicherungen zahlen eher für Medikation als für Psychotherapie
Wenig Zugang zu multimodaler Therapie

Distributed Opioids as Morphine Equivalent Benchmarking

Country	DOMS (kilograms)	TNO per patient with SHS (morphine equivalents)	DOMS per patient with SHS (morphine equivalents)	DOMS%SHSNEED per patient with SHS (%)
Austria	4,543.56	2,111.59	47,220.96	2,236.28
Belgium	3,051.12	2,162.88	21,552.54	996.47
Denmark	1,561.32	2,398.97	22,658.65	944.52
Finland	704.45	2,032.69	10,817.01	532.15
France	9,611.72	2,190.05	11,949.96	545.65
Germany	29,250.40	2,182.22	25,669.35	1,176.29
Greece	1,338.40	2,065.38	8,878.09	429.85
Iceland	112.79	2,146.50	40,921.80	1,906.44
Ireland	681.91	2,267.99	16,423.02	724.12
Italy	5,993.92	1,985.44	6,850.75	345.05
Luxembourg	81.22	2,194.05	14,966.31	682.13
Malta	5.33	2,077.36	1,222.79	58.86
Netherlands	4,801.84	2,350.30	22,417.98	953.83
Norway	1,222.26	2,230.57	23,704.80	1,062.72
Portugal	1,363.96	1,900.99	8,943.75	470.48
Spain	12,033.79	2,041.62	21,437.30	1,050.01
Sweden	1,970.51	2,160.03	17,904.86	828.92
Switzerland	2,430.24	1,964.18	25,609.76	1,303.84
United Kingdom	12,115.11	2,307.35	15,795.28	684.57
Average (19 countries)	92,873.85	2,145.67	16,547.77	771.22



Opioidtherapie CDC Leitlinie



CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016

**Gelten nicht für Patienten mit
aktiver Tumorbehandlung, Palliativversorgung
oder Behandlung am Lebensende...**



**Kurzfristige Effekte gering bis mittel für Schmerzlinderung,
nicht eindeutig für Funktionsverbesserung**



**Vorteile einer Langzeittherapie bei chronischen Schmerzen
nur wenig Evidenz**

**Unzureichende Evidenz für Langzeiteffekte bei
chronischem Rückenschmerz, Kopfschmerz, Fibromyalgie**



Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm>

LONTS Opioidtherapie Chronische Schmerzen



Ok	Nicht Ok
Tumorschmerz	Somatoforme Schmerzstörung
Patienten in Palliativversorgung	Chronische Rückenschmerzen
Arthroseschmerz	Fibromyalgie
(Diabetische) Polyneuropathie	Kopfschmerzen
Postzoster- Schmerz	Rheumatoide Arthritis
	Parkinson
	Spinale Verletzung



Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Häuser et al. Schmerz 34 (2020) 204-44

Opioide am Lebensende Übertherapie



Der Patient erhält eine Überdosis an Morphin.

Dies wird unter Umständen bei sterbenden Patienten damit begründet, dass man den Patienten aus Mitleid von seinem Leid erlösen sollte. Dies stellt jedoch keine Indikation zu einer Opioidtherapie dar.

Ebensowenig ist eine routinemäßige Gabe von Opioiden (z.B. über Perfusor) in der Sterbephase indiziert. Der Prozess des Sterbens muss nicht medikamentös begleitet werden, wenn keine Symptome vorliegen. Der Patient muss nicht vor dem Prozess des Sterbens abgeschirmt werden.

Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Uniklinik Bonn: Leitlinie des Klinischen Ethikkomitees

Opioide am Lebensende Untertherapie

Der Patient erhält keine oder eine zu geringe Dosis an Opioiden, die Opioidtherapie wird erst zu spät eingeleitet oder Bedarfsdosierungen werden nicht verabreicht.

Das Unterlassen einer Opioidtherapie, wenn sie zur Symptomlinderung erforderlich ist, kann juristische Konsequenzen haben (Behandlungsfehler, unterlassene Hilfeleistung).

Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Uniklinik Bonn: Leitlinie des Klinischen Ethikkomitees

Opioide am Lebensende Indikation und Dokumentation

Der Einsatz von Opioiden am Lebensende erfordert eine Indikation, die in der Krankenakte dokumentiert werden muss.

Mögliche Indikationen sind Schmerzen oder Luftnot.

Die Verkürzung der Lebenszeit ist keine Indikation, ebenso wenig wie eine allgemeine Abschirmung beim Sterben, ohne dass konkrete behandlungsbedürftige Symptome vorliegen.

Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Uniklinik Bonn: Leitlinie des Klinischen Ethikkomitees

Lancet Kommission zur Opioidkrise

The Lancet Commissions

Responding to the opioid crisis in North America and beyond: recommendations of the Stanford-Lancet Commission

Executive summary
The Stanford-Lancet Commission on the North American Opioid Crisis was formed in response to rising international scrutiny and demands for the identification of root causes and effective responses to the crisis. The commission is composed of leading experts in public health, medicine, law, and policy, and is co-chaired by the Stanford University School of Medicine and the Lancet. The commission's findings are based on a comprehensive review of the literature and extensive consultations with stakeholders across North America and beyond. The commission identifies the root causes of the crisis as a combination of factors, including the historical use of opioids for pain management, the rise of synthetic opioids, the role of pharmaceutical companies, and the impact of social and economic factors. The commission recommends a multi-pronged approach to addressing the crisis, including increasing access to pain management, strengthening regulation, and addressing the underlying social and economic factors.

Profit als Motivation wird zu einer schädlichen Überversorgung führen, wenn die Regulierungssysteme nicht geändert werden.

Opioide haben einen dualen Charakter, als Wohltat und als Risiko.

Förderung eines gesunden Umfelds (zB Programme zur sicheren Entsorgung von Opioidtabletten, Prävention von Mißbrauch, Bereicherung der Kindheit) können langfristig das Risiko von Abhängigkeit reduzieren.

Reiche Länder stehen in der Verantwortung, ihre Opioidhersteller von der Unterstützung der Überversorgung in anderen Ländern abzuhalten.

Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Humphreys et al. Lancet 399 (2022) 555–604

Haben wir die Opioidkrise überwunden?

Zwei Opioidkrisen

**Unterschiede Palliativversorgung
vs. Schmerztherapie**

Opioide nur mit Indikation

Prinzip der Balance

Access without Excess



Universitätsklinikum Bonn
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg