



des Patienten operativ versorgt wurde. Herr H. stand stark unter Stress und gönnte sich nach dem Eingriff nur wenig Zeit zur Regeneration und für den Muskelaufbau (Zitat: „Ich muss meine Familie versorgen, Ausfall geht nicht.“). Die Schmerzen blieben nach der Operation trotz Schmerzmittel bestehen. Während der gesamten Zeit litt der Patient bereits unter einer leichten Obstipation (Darmentleerung spontan alle 3–7 Tage).

Im weiteren Verlauf musste der Patient noch insgesamt fünf weitere Operationen über sich ergehen lassen, da es entweder zu weiteren Bandscheibenvorfällen kam, die die bereits bestehenden Schmerzen noch einmal verstärkten, oder aber deutliche neurologische Defizite die Operateure zum Handeln zwangen. Zwischenzeitlich hatte Herr H. seinen Beruf verloren und war nun zu Hause. Das Arbeiten auf dem LKW war nicht mehr möglich. Der Patient passte aufgrund der anhaltenden Schmerzen seine Medikamente immer wieder selbstständig an und nahm im Verlauf Tramal, Tilidin und Oxycodon auch in sehr hohen Dosen, ohne dass es zu einer nennenswerten Verbesserung kam. Ein Abhängigkeitspotenzial bestand bereits seit vielen Jahren gegenüber Nikotin (> 100 Zigaretten pro Tag), Schokolade und Cola (2–3 Liter pro Tag). Die seelische Verfassung wurde im Verlauf der Zeit immer schlechter, Herr H. „kämpfte“ jeden Tag mit seinem Befinden („Ich muss durchhalten.“). Er rutschte immer weiter in eine Depression.

Neben einem multimodalen Schmerzkonzept (begleitende Physio- und Psy-

chotherapie) bestanden die Schmerzen weiter. Die Chirurgen intervenierten und implantierten eine „spinal cord stimulation“ (SCS), anfänglich schmerzlinierend, nach etwa einem Jahr nur noch störend und ineffektiv für den Patienten. Die SCS wurde ausgebaut. Neben Magenproblemen verstärkte sich auch trotz Hinzunahme von verschiedenen Laxanzien (zwei verschiedene Gruppen) die Obstipation. Die Stuhlfrequenz reduziert sich nun auf einmal pro Woche (weitere Medikamente: Pregabalin, Amitriptylin, Metamizol, Polyethylenglykol, Natriumpicosulfat). Der Gang zur Toilette wurde immer mehr zum Martyrium und war mit starken Schmerzen, häufigen Schleimhautverletzungen und anorektalen Blutungen verbunden. Zwischenzeitlich erfolgte eine Opioidrotation hin zu Hydromorphon (24 mg 1-0-1; 7,8 mg bei Bedarf bis zu 6 x/24 h), allerdings ohne wesentliche Änderung der Beschwerden.

Nachdem Herr H. erneut die Medikation selbstständig „modulierte“, dies allerdings auch zugab, wurde er auf Buprenorphin 16 mg umgestellt und alle weiteren Opioide gestoppt. Die erweiterte durchgeführte Diagnostik zeigte nun einen operationswürdigen Befund im Bereich der HWS, der die massiv stärker werdenden Schmerzen, aber auch die neurologischen Ausfälle hinreichend erklären konnte. Der Patient hatte Angst vor einer erneuten Operation und wollte es vorher konservativ versuchen. Nach acht Wochen intensiver konservativer Therapie musste er letztlich dennoch

operiert werden, da sich das neurologische Defizit nicht besserte und die Schmerzen weiter zunahmen.

Unter Buprenorphin im Hochdosisbereich bestand die starke Obstipation fort und man entschied sich für den Einsatz von Naloxegol (zuerst 12,5 mg 1-0-1, dann nach Rücksprache mit dem Patienten Steigerung auf 25 mg 1-0-1). Der Patient verspürte hierunter eine leichte Verbesserung, war aber immer noch nicht zufrieden und steigerte deshalb (Off-label) auf 25 mg 1-1-1 in Kombination mit Macrogol bei Bedarf. Hierunter kam es zu einer deutlichen Verbesserung von Stuhlfrequenz (alle 2–3 Tage) und -konsistenz. Nach chirurgischer Versorgung der HWS konnte Buprenorphin auf 8 mg reduziert werden. Die Obstipationsprophylaxe wird fortgeführt und verbessert die Lebensqualität des Patienten deutlich.

---

**Priv.-Doz. Dr. med. Michael A. Überall**  
Regionales Schmerzzentrum  
DGS Nürnberg  
Nordostpark 51, 90411 Nürnberg  
E-Mail:  
michael.ueberall@dgschmerzmedizin.de

---

**Dr. med. Patric Bialas**  
Universitätsklinikum des Saarlandes und  
Medizinische Fakultät der Universität des  
Saarlandes  
Fachbereich Schmerzmedizin  
Kirrberger Straße 100, 66424 Homburg an  
der Saar  
E-Mail: patric.bialas@uks.eu

## Zwischenbilanz und Ausblick

### DGS-Dokumentationsplattform iDocLive® mit neuer Höchstmarke

— Im Jahr 2018 wurden mit 31.753 Patienten so viele Patienten wie nie zuvor unter Verwendung der von der DGS empfohlenen Online-Dokumentationsplattform iDocLive® evaluiert. Bei einem Plus von 5,4% gegenüber dem Vorjahr wurden damit bis zum 31. Dezember 2018 von den 146 aktiven Schmerzzentren und unter Verwendung von 7.039.835 Instrumenten insgesamt 1.013.397 Befragungen bei

209.047 Behandlungsfällen durchgeführt sowie bereits weitere 92.115 Online-Befragungen für das neue Jahr vorgeplant.

#### **iDocLive® nun auch bei Depression**

Nachdem das PraxisRegister Schmerz bislang vorwiegend der Versorgungsforschung mit Routinedaten diente, eröffnet iDocLive® seit dem 1. Januar 2019 für Patienten mit einer behandlungsbedürftigen

Depressivität nun auch den Zugang zur Online-Behandlungsplattform *deprexis*® 24 (als virtuelle Online-Alternative/Ergänzung zu realen Interventionsprogrammen). Ab März 2019 startet dann über iDocLive® auch eine prospektive Beobachtungsstudie zum Einsatz cannabisbasierter Vollspektrumextrakte bei chronischen Schmerzen.

*Priv.-Doz. Dr. med Michael A. Überall*