

- citalopram in the treatment of major depressive disorder: An extended analysis. *Pharmacopsychiatry* 2006;39:180–4.
18. Lepola UM, Loft H, Reines EH. Escitalopram (10–20 mg/day) is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18:211–7.
 19. Lepola UM, Wade A, Andersen HF. Do equivalent doses of escitalopram and citalopram have similar efficacy? A pooled analysis of two positive placebo-controlled studies in major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19:149–55.
 20. Llorca PM, Azorin JM, Despiegel N, Verpillat P. Efficacy of escitalopram in patients with severe depression: a pooled analysis. *Int J Clin Pract* 2005;59:268–75.
 21. Lundbeck GmbH. Stellungnahme zum A05-20A Vorbericht, 2009, http://www.iqwig.de/download/A05-20A_DWSVB_SNRI_bei_Patienten_mit_Depressionen.pdf
 22. Melander H, Salmonson T, Abadie E, van Zwieten-Boot B. A regulatory apologia – A review of placebo-controlled studies in regulatory submissions of new-generation antidepressants. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008;18:623–7.
 23. Montgomery SA, Baldwin DS, Blier P, Fineberg NA, et al. Which antidepressants have demonstrated superior efficacy? A review of the evidence. *Int Clin Psychopharmacol* 2007;22:323–9.
 24. Montgomery SA, Möller HJ. Is the significant superiority of escitalopram compared with other antidepressants clinically relevant? *Int Clin Psychopharmacol* 2009;24:111–8.
 25. Moore N, Verdoux H, Fantinoe B. Prospective, multicentre, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20:31–137.
 26. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, et al. Depression, chronic disease, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;37:851.
 27. Nemeroff CB. The burden of severe depression: A review of diagnostic challenges and treatment alternatives. *J Psychiat Res* 2007;41:189–206.
 28. Sánchez C. R-citalopram attenuates anxiolytic effects of escitalopram in a rat ultrasonic vocalisation model. *Eur J Pharmacol* 2003;464:155–8.
 29. Sánchez C, Bøgesø KP, Ebert B, Reines EH, et al. Escitalopram versus citalopram: the surprising role to the R-enantiomer. *Psychopharmacology* 2004;174:163–76.
 30. Sánchez C. The pharmacology of citalopram enantiomers: The antagonism by R-citalopram on the effect of S-citalopram. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2006;99:91–5.
 31. Sæterdahl I. Efficacy and safety for SSRIs and other recent antidepressants for treatment of depression in adults. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services 2007.
 32. SCT-MD-02, http://www.forestclinicaltrials.com/CTR/CTRController/CTRViewPdf?_file_id=scsr/SCSR_SCT-MD-02_final.pdf
 33. Stieglitz RD, Volz HP. Komorbidität bei psychischen Störungen. Bremen: Uni-med, 2007.
 34. Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport 2009. Internet: www.tk-online.de
 35. Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport 2010. Internet: www.tk-online.de
 36. Thase ME. Defining remission in patients treated with antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 22):35–6.
 37. Thase ME, Entsuah AR, Rudolph RL. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br J Psychiatry* 2001;178:234–41.
 38. Wade A, Andersen HF. The onset of effect for escitalopram and its relevance for the clinical management of depression. *CMRO* 2006;22:2101–10.
 39. Weinmann S, Becker T, Koesters M. Re-evaluation of the efficacy and tolerability of venlafaxine vs. SSRI: meta-analysis. *Psychopharmacology* 2008;196:511–20.
 40. Wessling A, Ramsberg J. The review of antidepressants. Solna, Schweden: Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, 2008.
 41. Yevtushenko VY, Belous AI, Yevtushenko YG, Gusinin SE, et al. Efficacy and tolerability of escitalopram versus citalopram in major depressive disorder: A 6-week, multicenter, prospective, randomized, double-blind, active-controlled study in adult outpatients. *Clin Ther* 2007;29:2319–32.
 42. ZI-ADT Panel. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen 2009. Internet: www.zi-berlin.de

PPT – Leserbrief

Schmerz – Schmerzmittel – Schmerzmittelabhängigkeit

Zu Recht wurde in den letzten Jahren immer wieder darauf hingewiesen, dass Patienten, die über Schmerzen klagen, zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. In diesem Zusammenhang wurde auch auf eine Unterversorgung von Schmerzpatienten hingewiesen. Es sollten Schmerzzentren in Deutschland entstehen und es wurden 1 500 solcher Zentren gefordert (Huber), die mit Ärzten für Schmerztherapie besetzt werden sollten, so dass kein unter Schmerzen Leidender unzureichend behandelt wird. So jedenfalls lautet die Parole.

Andererseits wird wegen der sehr unterschiedlichen Schmerzformen und Schmerzpatienten gefordert, dass keine vernünftige Behandlung chronischer Schmerzzustände ohne eine psychiatrische, nervenärztliche Beteiligung möglich sein soll. Letzteres wird meiner Ansicht nach immer wichtiger. Dass es Patienten gibt, die Schmerzmittel fordern, ohne einen entsprechenden körperlichen Befund zu haben, ist bekannt. Es ist

darauf hinzuweisen, dass es Schmerzmittelabhängigkeit nach wie vor gibt, die besonders dort auftritt, wo sich Nichtpsychiatern alleine um Schmerzpatienten kümmern. Schmerzmittelabhängigkeit war und ist ein bekanntes Krankheitsbild, es wird aber – allem Anschein nach – immer weniger diagnostiziert, vermutlich weil sich zu viele „Fachfremde“ der Schmerztherapie annehmen. Schmerztherapeuten sind vermutlich vorwiegend Anästhesisten, die zwar mit Schmerzmitteln umgehen können, aber unter Umständen das süchtige Verhalten bei ihren Patienten übersehen.

Aus meiner Beobachtung seit 1996 in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis und einer Tätigkeit in einer Privatklinik seit über 12 Jahren sieht es beispielsweise folgendermaßen aus:

- Von 46 Patienten mit der führenden Diagnose „Schmerz“ wurden 12 Patienten vorher mit Schmerzmitteln so „versorgt“, dass man als Psychiater eine Schmerzmittelabhängigkeit diagnostizieren musste.
- Bei diesen 12 Patienten handelt es sich um Kranke, die, wie sich zeigte, auf dem üblichen Schmerztherapieweg von oralen

Medikamenten über Pflaster schließlich bei Opiat-Injektionen landeten. Es wurde also keine Behandlung *lege artis* durchgeführt, sondern eine nicht indizierte Verordnung von Schmerzmitteln, die schließlich zu einem gravierenden Abhängigkeitssyndrom geführt hat.

Dieses Problem wird besonders deutlich, wenn man beispielsweise die schmerztherapeutische Behandlung der Fibromyalgie betrachtet („Das Fibromyalgie-Syndrom – Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität“, Ursula Marschall und Andreas Wohlig in: *Barmer GEK-Gesundheitswesen* aktuell 2010, herausgegeben von Uwe Reppschläger et al. Wuppertal 2010, S. 212–38). Danach erhielten 48 % der Patienten Antirheumatika, 11 % starke Opiate, entgegen der ausdrücklichen Leitlinienempfehlung.

Hier ist meiner Ansicht nach Gefahr im Verzuge. Studien wie die eben genannte sollten an anderer Stelle nachgemacht werden.

Prof. Dr. med. Fritz Reimer, Nervenarzt, Psychotherapeut, Bahnhofstraße 10, 74189 Weinsberg