

„... und trotzdem wünsche ich mir eine  
adäquate Schmerztherapie am  
Lebensende“ – Therapie am  
Lebensende

Dr. Matthias Lutz

8.2.2023

# Übersicht

## Schmerztherapie

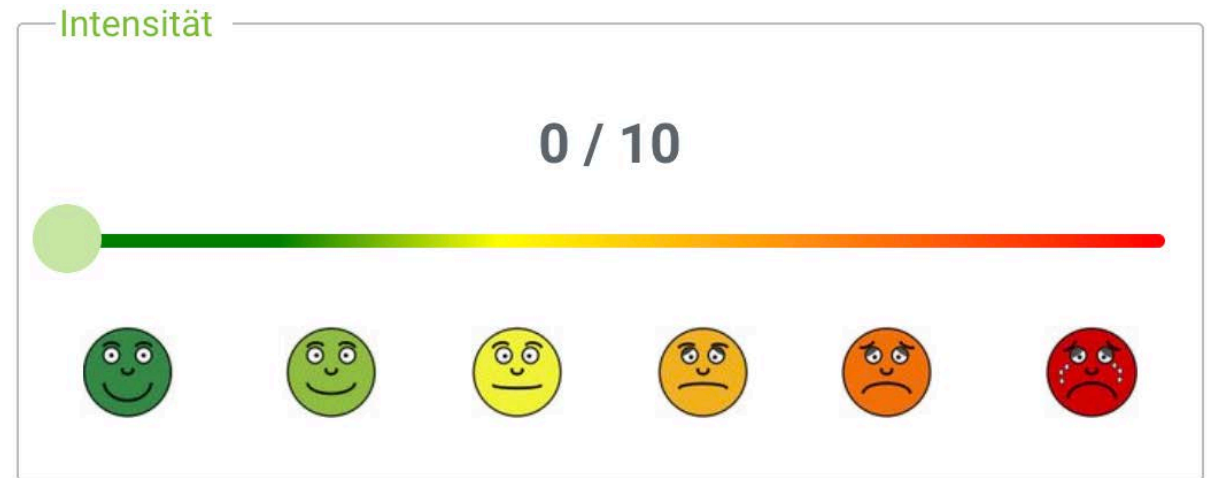
- Allgemeines
- WHO Stufenschema
- Checkliste bei der Schmerztherapie
- Subcutane Schmerztherapie/Therapie in der Palliativmedizin

## Palliative Sedierungstherapie

- Allgemeines
- Existenzielles Leid
- Details

Allgemeines:

- Richtige Diagnose stellen/Schmerzanamnese
- Multimodale Schmerztherapie:
- Cave Nebenwirkungen der Therapie



### Multimodale Schmerztherapie



- Physikalische Maßnahmen
- Medikamentöse Schmerztherapie
- Psychosoziale Maßnahmen
- Sonstige Maßnahmen

### *Allgemeine Prinzipien zum Stufenschema*

- Einstieg auf höherer Stufe als Stufe 1 möglich
- Stufe 1 und 2 oder Stufe 1 und 3 kombinieren
- Stufe 2 kann bei starken Schmerzen übersprungen werden

- Metamizol vor allem bei viszeralen Schmerzen
- Opioide bei visz./somat./neuropath. Schmerzen
- Dauerschmerzen immer mit langwirksamen Opioiden behandeln (Z.b. Hydral ret.)
- Transdermal nur wenn orale Aufnahme nicht möglich und nur wenn konstanter Schmerzverlauf vorhanden

Viszerale Schmerzen, Weichteilschmerzen	Metamizol Opioide
Knochenschmerzen	Nicht steroidale Antirheumatika Opioide Bisphosphonate
Nervenschmerzen	Opioide, z.B. Oxycodon, meist nur Teilresponse Pregabalin, Gabapentin Amitryptilin Duloxetin Kortikosteroide Ketamin Capsaicin-Pflaster oder Lidocain-Pflaster bei lokalen Schmerzen (z.B. postzosterische Neuralgie)
Kolikschmerzen	Butyl-Scopolamin
Leberkapselschmerz	Kortikosteroide
Kopfschmerzen	Paracetamol Kortikosteroide bei Hirnödem Metamizol Opioide bei starken Kopfschmerzen
Schmerzen beim Atmen	Nicht steroidale Antirheumatika, Opioide Antibiotika bei Infektionen
Magenschmerzen	Antazida
Rektale Tenesmen	Suppositorien mit NSAR (Naproxen), Metamizol, Kortikosteroiden, Lokalanästhetika
Blasenspasmen	Metamizol Butyl-Scopolamin
Schmerzhafte Muskelverspannung	Flupirtin (in Ö nicht erhältlich, aus D zu importieren)

Quelle: Tiroler Hospizgemeinschaft

### Checkliste bei der Schmerztherapie:

- Richtige Schmerzdiagnose stellen
- Substanzwahl – Vortherapie, nach Schmerzdiagnose, Titration
- Nebenwirkungen: prophylaktisch behandeln! → Laxantien, Antiemetika, PPI

Info: es entwickelt sich keine Toleranz bez. Opioidinduzierter Obstipation

- CAVE Vorurteile: Atemdepression, ultima ratio, Fatalisierung
- Wissen um Wirkdauer/Stärke/qualität und Interaktionen

## Subcutane Schmerztherapie/Therapie in der Palliativmedizin

- Vor allem in Terminalphase etablierte und einfach durchzuführende Medikamentengabe-Technik
- Zugang-Belassung über 5-7 Tage möglich
- Häufig off-label Gabe!

### Praktische Tipps:

- möglichst geringe Volumina, langsam injizieren
- KI: ausgeprägte generalisierte Ödeme, schwere Thrombozytopenie

**Anwendbare Medikamente:** [https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2014/02/Subkutane-Verabreichung-von-Medikamenten-in-der-Palliativmedizin\\_2014\\_01\\_20-1.pdf](https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2014/02/Subkutane-Verabreichung-von-Medikamenten-in-der-Palliativmedizin_2014_01_20-1.pdf)

# Palliative Care



Empfehlungen der Tiroler Hospizgemeinschaft



# Palliative Sedierungstherapie

= wichtiger und ethisch akzeptierter Therapieansatz im Rahmen der Behandlung von ausgewählten sterbenden Menschen

- Einhaltung fachlicher Standards (Leitlinie) wesentlich

- Häufigste Indikationen:

51% - Delirium

32% - Existenzielle Verzweiflung

30% - Atemnot

20% - Schmerzen

Schur et al, 2016

**Tab. 22.1** Häufigkeit der Faktoren, die als Auslöser für existenzielles Leiden wahrgenommen werden (Gabl 2017)

<u>Existenzielle</u>	Körperliche Symptome (Schmerzen, Übelkeit ... ..)	51,47 %
	Gefühl, ausgeliefert zu sein/Kontrollverlust (im Alltag, bezügl. Erkrankung/Therapie ...)	48,53 %
	Machtlosigkeit, Ohnmacht, Hilflosigkeit	41,18 %
	Angst vor dem Leiden im Sterbeprozess	38,82 %
Alfried Längle „Leid könnte <u>von Wertvol</u>	Anderen zu Last fallen	35,88 %
	Abhängigkeit, angewiesen sein	33,24 %
	Unerledigte Verpflichtungen/Lebensaufgaben	25,59 %
	Wertlosigkeit, Rollenverlust	23,53 %
	Hoffnungslosigkeit	19,12 %
	Konfrontation mit der Endlichkeit	16,76 %
	Soziale Probleme	16,18 %
	Todesangst	16,18 %
	Verlust des Würde-Gefühls	15,00 %
	Sterbewunsch, Verlust des Lebenswillens	13,82 %
- Im Media - Zu unters - Ist kein pa - Wichtig is	Gefühl der Sinnlosigkeit	12,35 %
	Einsamkeit, Isolation	12,35 %
	Verminderung der geistigen Fähigkeiten (Denken, Konzentration ...)	9,71 %
	Verändertes Körperbild	9,41 %
	Verlust bisheriger Interessen oder an Freude für Aktivitäten	8,24 %
	Spirituelle Nöte	7,94 %
	Trauer	5,59 %
	Ausgeprägtes Schuldgefühl	5,00 %
Begleitende :		

# Formen der Sedierung

1. Leichte
2. Tiefe S
3. Interm
4. Kontin

Tool Notes	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• The Richmond Agitation-Sedation Scale – Palliative Version (RASS-PAL) is a valid and reliable assessment tool to assess the person's level of sedation during Palliative Sedation Therapy (PST)<sup>i</sup>.</li><li>• Unlike the original RASS, the RASS-PAL does not require eliciting a response using painful or startling stimuli;</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• The aim of palliative sedation is to provide symptom relief with the lightest possible level of sedation necessary and / or as per the identified goals.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Use of a standardized tool to assess level of sedation improves monitoring, communication and documentation in PST, see procedure on reverse.</li></ul>

Steuerungsmittel: RASS-PAL ([LINK](#))

Vorraussetzungen für 4.: Intensives Leiden, Refraktäre Symptome, der Tod ist innerhalb von Stunden und Tagen zu erwarten, Sedierung ist ausdrücklicher (dokumentierter) Patientenwunsch

**→ Strenge Kriterien zur Durchführung!**

## Medikation:

### Midazolam

Midazolam ist das häufigste verwendete Medikament zur PST. Es ist wasserlöslich und kurz wirksam aufgrund einer raschen Umverteilung des lipidlöslichen Metaboliten. Peak-Effekt bei i. v.-Gabe nach 5 min. Daher ist eine kontinuierliche Gabe erforderlich, wenn Midazolam für mehr als 1–2 h sedierend wirken soll.

**Applikationswege.** i. v. und s. c. in äquipotenter Dosis, intranasal, oral, sublingual, rectal.

**Initialdosis.** 0,4–1 mg/Stunde, Boli von 1–5 mg.

**Übliche effektive Dosis.** 1–20 mg/Stunde.

1 mg/ml (5 ml)

5 mg/ml (1 ml)

5 mg/ml (3 ml)

5 mg/ml (10 ml)

**Wirkstoff:** Midazolam (als Midazolamhydrochlorid)

**Darreichungsform:** Injektions- oder Infusionslösung

**Behältnis:** Ampulle



Betäubungsmittel



Verschreibungspflichtig



## Begleitmedikation?

- Eine Opioidtherapie soll in den meisten Fällen fortgeführt werden
- Dosisreduktion wenn Zielsymptom gut gelindert ist und Zeichen einer Überdosierung beobachtet werden
- Absetzen bei unerwünschten Nebenwirkungen (Atemdepression)
- Flüssigkeitszufuhr unabhängig von Sedierung/Reduktion bei Nebenwirkungen
- Neurocil (Levomepromazin) bei refraktärer deliranter Symptomatik (CAVE Hautreizung bei sc. Gabe)

## Quellen:

- [https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2014/02/Subkutane-Verabreichung-von-Medikamenten-in-der-Palliativmedizin\\_2014\\_01\\_20-1.pdf](https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2014/02/Subkutane-Verabreichung-von-Medikamenten-in-der-Palliativmedizin_2014_01_20-1.pdf)
- Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie (Langversion), Ergebnisse eines Delphi-Prozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG), 2016
- Gabl, C.: „Das Leiden muss ein Ende haben“, Springer Verlag, [https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_22)
- <https://www.hospiz-tirol.at/akademie/fuer-fachkraefte/broschuere-palliative-care/>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!