Palliativmedizin beim Hausarzt

Schmerzfrei am Lebensende

Die Palliativmedizin hat längst auch im Bereich der hausärztlichen Versorgung einen festen Platz. Damit wird es für Patienten mit Erkrankungen im Endstadium möglich, selbstbestimmt und unter effektiver Schmerzkontrolle die ihnen verbleibende Zeit im häuslichen Umfeld zu verbringen.

— Wo Heilung nicht mehr möglich ist, geht es vor allem darum, Schmerzen zu lindern, psychische und soziale Nöte sowie spirituelle Anliegen von Patienten und Angehörigen zu erkennen und das Leben bis zum Schluss lebenswert zu gestalten. Die Schmerztherapie spielt eine zentrale Rolle in der Palliativmedizin.

Individuelle Wahl des Analgetikums

Da bei Palliativpatienten oft nicht mehr alle Organe voll leistungsfähig sind, müssen vor Therapiebeginn v. a. Leber- und Nierenfunktion überprüft werden. Die Auswahl der Analgetika erfolgt nach dem WHO-Stufenschema unter Berücksichtigung der Schmerzart. Bei leichter bis mittlerer Schmerzintensität empfehlen die Experten des Palliativwerks Rhein Neckar für viszerale Nozizeptorschmerzen Metamizol und Paracetamol, für ossäre und somatische Nozizeptorschmerzen NSAR (bei Kontraindikationen evtl. Coxibe). In der zweiten Stufe werden Nicht-Opioide mit schwachen Opioiden wie Dihydrocodein ret., Tramadol (ret.) oder Tilidin/Naloxon (ret.) kombiniert. Reicht eine Tagesdosis von 400–600 mg nicht aus, ist die Schmerz-

intensität bereits zu Beginn sehr hoch oder muss mit rascher Tumorprogredienz und Zunahme der Schmerzen gerechnet werden, wird empfohlen, sofort starke Opioide einzusetzen. Auch diese können mit Nicht-Opioiden kombiniert werden.

Hydromorphon hat wegen seiner zum Morphin alternativen Verstoffwechselung in der Leber, der Einsetzbarkeit bei Niereninsuffizienz und der geringen Eiweißbindung Vorteile für alte und multimorbide Patienten, so der Schmerztherapeut Dr. Eberhard Lux. Bei neuropathischen Schmerzen eignen sich Oxycodon bzw. Oxycodon/Naloxon. Dies gilt auch für Tapentadol, das zudem bei moderater Niereninsuffizienz einsetzbar ist. Morphin, das noch immer als Goldstandard gilt, ist bei Niereninsuffizienz kontraindiziert. Fentanyl und Buprenorphin haben den Vorteil, dass sie in Pflasterform angeboten werden können. Probleme können hier starkes Schwitzen und leicht reizbare Haut bereiten, so Lux.

Bei 5–10% der Patienten wird trotz Therapie nach WHO-Schema keine effektive Schmerzlinderung erreicht. Für diese Fälle gibt es Pumpsysteme (PCA, Patient-Controlled Analgesia), mit de-

nen Analgetika s.c. oder i.v. kontinuierlich oder nach Bedarf injiziert werden.

Bei Knochen-, Lungen- und Lebermetastasen können darüber hinaus auch strahlentherapeutische und nuklearmedizinische Verfahren erfolgreich gegen die Schmerzen eingesetzt werden.

Was tun bei Durchbruchschmerzen?

Da trotz Dauermedikation mit retardierten Opioiden häufig Schmerzpitzen auftreten, ist es wichtig, die Patienten ausdrücklich danach zu fragen. Bei Schmerzattacken, die sich nicht so schnell ausbreiten und über Stunden anhalten, empfiehlt Lux die Gabe von 1/6 bis 1/10 des Basisopioids in nicht retardierter Form (z. B. Morphintropfen). Kommt es dagegen zu einem rasanten Auftreten, rät er zu Fentanyl-Sublingual- oder -Buccaltablets oder -filme bzw. Nasenspray. Wegen der Gefahr einer Atemdepression soll in der niedrigsten verfügbaren Dosis eintitriert werden.

Koanalgetika bei neuropathischem Schmerz

Auch die Behandlung mit Koanalgetika beginnt mit niedriger Dosierung und wird schrittweise unter Kontrolle der Nebenwirkungen angepasst. Bei Schmerzen aufgrund von Knochenmetastasen etwa kommen Osteoklastenhemmer zum Einsatz, bei neuropathischen Schmerzen Antikonvulsiva, Antidepressiva sowie Kortison. Gute Erfolge werden mit Kortison auch bei Spannungsschmerz infolge von Lebermetastasen erzielt. Bei lokalisiertem Brennschmerz, etwa bei Postzoster-Neuralgie, kann die lokale Behandlung mit Lidocainpflaster oder Capsaicin Linderung bringen.

DR. CHRISTINE STAROSTZIK ■

■ Lux, E. A. et al. Der Hausarzt 2013; 5: 30–36
Loeser, B. et al. Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin 2013; 1: 20–23
Palliativnetzwerk Rhein-Neckar (PNRN). Behandlungsstandards zur medikamentösen palliativen Schmerztherapie: www.pnrn.de/134.html

Tabelle 1

Kombination von retardierten mit kurz wirksamen Opioiden

Lang wirksam	Wirkdauer	Kurz wirksam	Wirkdauer
Oxycodon oder Oxycodon/Naloxon Tbl.	12 h	Oxycodon Kapseln oder Schmelztbl.	4–6 h
Fentanyl-Pflaster	48 h	Morphin Filmtbl.	4 h
Morphin retardiert	12 h	Morphin Filmtbl.	4 h
Hydromorphon ret. Kps.	12 h	Hydromorphon Hartkps. 1,3 + 2,6 mg	4–6 h
Hydromorphon 1x tgl.	24 h	Hydromorphon Hartkps. 1,3 + 2,6 mg	4–6 h
Tilidin/Naloxon ret. Tbl. (WHO II)	8 h	Tilidin/Naloxon Trpf.	4 h

Quelle: PNRN. Behandlungsleitlinie zur medikamentösen Schmerztherapie in der Palliativmedizin