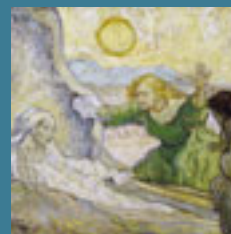
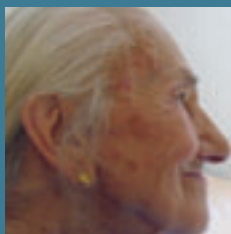


ARS MEDICI

SONDERREPORT



Palliativmedizin

EAPC-Kongress 2009

European Association for Palliativ Care

Wien, 7. bis 10. Mai 2009

**Ambulante Betreuung | Kinder | Opioid-
rotation | Fieber | Depression | Nieren-
versagen |**

Juli 2009

Inhalt

Kongressnotizen	3
Die Kraft des Geschichtenerzählens.	5
Beeindruckende Schlussveranstaltung mit «standing ovations»	
«Die Leistungen der Hausärzte müssen anerkannt werden»	6
Interview mit Dr. med. Steffen Eychmüller zur Palliativmedizin in der Schweiz	
«Ambulante Betreuung stärken».	8
Interview mit Franzisca Domeisen zur Palliativmedizin aus der Sicht der Pflege	
Opioidrotation	9
Trotz mangelnder Evidenz häufig erfolgreich	
Pädiatrische Palliativmedizin: die Fakten	10
Ungenügende Versorgung für Kinder und Jugendliche	
Opioide bei Kindern.	12
Morphin ist das am häufigsten verwendete Opioid in der pädiatrischen Palliativmedizin	
Schmerztherapie bei schwer nierenkranken Patienten . .	14
WHO-Stufenschema modifizieren	

Begeisterter Applaus und «standing ovations» belohnten die Schüler der BRIT School für ihre beeindruckende Darstellung von Patientengeschichten; mehr dazu auf Seite 5: «Die Kraft des Geschichtenerzählens».



Impressum

Verlag

Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13
8212 Neuhausen a/Rhf.
Tel. 052-675 50 60
Fax 052-675 50 61
E-Mail: info@rosenfluh.ch
Internet: www.rosenfluh.ch

Redaktion

Dr. Renate Bonifer, Badenweiler
Tel. 0049-7632-82 86 06
Fax 0049-7632-82 86 07
E-Mail: renete.bonifer@rosenfluh.ch

Texte

Dr. Therese Schwender
Medical Communication, Römerswil
Tel. 041-781 36 22
Fax 041 781 36 25
E-Mail: th.schwender@bluewin.ch

Sekretariat/Administration

Bjanka Coric
Schaffhauserstrasse 13
8212 Neuhausen a/Rhf.
Tel. 052-675 50 60
Fax 052-675 50 61

Anzeigenverkauf

Susi Glaus, SuMed Advertising
Eisenbahnweg 87, 4125 Riehen
Tel. 061-641 24 32
Fax 061-641 24 43

Anzeigenregie

Rosenfluh Media AG
Manuela Behr
Schaffhauserstrasse 13
8212 Neuhausen a/Rhf.
Tel. 052-675 50 50
Fax 052-675 50 51

Satz und Gestaltung

Rosenfluh Publikationen AG
Manuela Bühler

Druck, Ausrüstung, Versand

AVD Goldach, 9403 Goldach

Copyright

Rosenfluh Publikationen AG
Neuhausen a/Rhf.
Alle Rechte beim Verlag. Nachdruck und Kopien von Beiträgen und Abbildungen in jeglicher Form, wie auch Wiedergaben auf elektronischem Weg und übers Internet, auch auszugsweise, sind verboten bzw. bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Verlags.

Hinweise

Der Verlag übernimmt keine Garantie oder Haftung für Preisangaben oder Angaben zu Diagnose und Therapie, im Speziellen für Dosierungsanweisungen.

SONDERREPORT

ist eine Beilage zu ARS MEDICI

99. Jahrgang; ISSN 0004-2897



Mehr als 3000 Teilnehmer aus 80 Ländern kamen zum EAPC-Kongress in Wien, darunter auch Königin Silvia von Schweden (v.l.): Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg; Prof. Lukas Radbruch, Aachen; Alois Stöger, Gesundheitsminister Österreich; Prof. Friedemann Nauck, Göttingen; Königin Silvia von Schweden; Margit Fischer, Gattin des österreichischen Bundespräsidenten Heinz Fischer; Prof. Hans G. Kress, Wien.

Naproxen bei neoplastischem Fieber

Neoplastisches Fieber stellt häufig ein unterdiagnostiziertes, paraneoplastisches Syndrom dar. Betroffen sind etwa 15 Prozent der Tumorpatienten. Alsirafy et al. berichteten in ihrer Arbeit über den Fall einer 37-jährigen Frau mit einem metastasierten renalen Übergangszellkarzinom. Sie sprach schlecht auf zwei palliative Chemotherapien an und musste neun Monate nach der Diagnose mit einem ECOG-Performance-Status von 3, Fieber, Schweißausbrüchen, Fatigue und generalisierten Knochenschmerzen hospitalisiert werden. Infektionen und andere Ursachen für ihr

Fieber wurden anhand entsprechender Untersuchungen ausgeschlossen. Sie wurde empirisch mit Antibiotika versorgt und erhielt regelmässig Paracetamol, worauf sie allerdings nicht ansprach. Ebenfalls erfolglos blieb der Einsatz von Indomethacin und Dexamethason (Ansprechen für lediglich 2 Tage). Nach zwei Wochen wurde eine Behandlung mit zweimal täglich 250 mg Naproxen begonnen. Die Patientin erlebte eine dramatische Verbesserung. Das Fieber verschwand und die anderen Symptome konnten ebenfalls unter Kontrolle gebracht werden.

Die Autoren schliessen, dass bei Tumorpatienten in einem fortgeschrittenen Stadium und Fieber nach Ausschluss anderer Ursachen stets ein neoplastisches Fieber in Betracht gezogen werden sollte. Falls nicht aus anderen Gründen kontraindiziert, kann in diesen Situationen mit Naproxen eine Linderung belastender Symptome erreicht werden.

Alsirafy S.A., Abou-Elela E.N., El Faramawy Y.I., El Mesidy S.M.: Naproxen for neoplastic fever: A simple treatment for a distressing syndrome. Abstract PE 1.F438.

Schmerzlinderung verbessert Depression

Schmerz und Depression gehören bei Tumorpatienten zu den häufigsten Symptomen, die meist auch gleichzeitig vorliegen. Es wird vermutet, dass diese beiden Symptome voneinander abhängig sind. Allerdings gibt es zur genauen Beziehung zwischen Schmerz und Depression bisher keine publizierten Studien. Laird et al. untersuchten in ihrer Arbeit 60 Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen und tumorinduzierten Knochenschmerzen. Der Zustand aller Patienten wurde zu Beginn der Studie mittels HADS (Hospital Anxiety

and Depression Scale) und BPI (Brief Pain Inventory) erhoben. Anschliessend erhielten die Patienten eine Behandlung (Radiotherapie plus optimierte Analgesie). Keiner der Patienten hatte in den vier Wochen vor Studienbeginn oder während der Studie eine Therapie mit Antidepressiva begonnen.

Vier Wochen nach Studienbeginn wurden Stimmung und Schmerz erneut untersucht. Die Studie ist noch nicht endgültig ausgewertet. Die bisher vorliegenden Resultate zeigen jedoch, dass es bei Patien-

ten mit einer mindestens 30-prozentigen Reduktion des BPI auch zu einer signifikanten Verbesserung des HADS-Scores kam ($p < 0,05$). Dieses Resultat unterstützt die Theorie, dass eine aktive Behandlung von Tumorschmerzen zu einer Linderung von Angst und Depression führen kann.

Laird B.J.A., Scott A.C., Todd A.M.H., Colvin L.A., Fallon M.: Are pain and depression interdependent in cancer: A longitudinal study. Abstract FC 01.6.

Behandlung von Agitiertheit und Delir: weniger ist mehr

Agitiertheit und Delir gehören zu den in der Palliativsituation häufig anzutreffenden Symptomen, insbesondere im letzten Lebensabschnitt. Der Einsatz von Sedativa in dieser Situation wird kontrovers diskutiert. Marley et al. schlossen in ihre Untersuchung 69 Patienten ein, von denen 44 während der einwöchigen Überwachungsphase starben. Als Erstlinientherapie bei Agitiertheit und Delir wurde bei den Patienten Midazolam in einer me-

dianen Dosis von 10 mg über 24 Stunden eingesetzt (2,5 bis 60 mg). Die mediane Bedarfsdosis betrug 2,5 mg (2,5 bis 10 mg). Am häufigsten als Zweitlinientherapie eingesetzt wurde Levomepromazin in einer medianen Dosierung von 25 mg über 24 Stunden (6,25 bis 200 mg). Daneben wurden Clonazepam, Haloperidol und bei einem Patienten mit refraktärer Agitiertheit auch Phenobarbital eingesetzt. Am Tag 7 war die Symptomatik bei

allen Patienten unter Kontrolle. In der Palliativsituation kann demnach mit tiefen, titrierten Medikamentendosierungen eine wirkungsvolle Kontrolle von Delir und Agitiertheit erreicht werden.

Marley K.A., Finnegan C., Ahmed F., Lewis-Jones C., Fountain A.: Less is more: The management of agitation and delirium in the palliative care setting. Abstract PE 1.F452.

Eltern schwer kranker Kinder wünschen offene und ehrliche Kommunikation

Drei Schweizer Forscher von der psychologischen Fakultät und dem Kinderspital Zürich erhoben die Bedürfnisse Schweizer Familien, die sich um ein Kind mit einer lebenslimitierenden Erkrankung kümmern. Es wurde je fünf Kinder mit Tumorerkrankungen, neurologischen und anderen (z.B. kardiovaskulären) Erkrankungen eingeschlossen. Die Interviews zeigten schliesslich, dass sich die Eltern, unabhängig von der Diagnose ihres Kindes,

eine offene und ehrliche Kommunikation durch die Ärzte wünschten. Dies auch dann, wenn es darum ging, schlechte Nachrichten zu überbringen. Wichtig war ihnen auch, nach dem Verlust des Kindes die Hilfe von Fachpersonen mit Erfahrung in Trauerbegleitung in Anspruch nehmen zu können.

Eltern mit krebskranken Kindern nahmen ein interdisziplinäres Team in Anspruch, hatten allerdings Probleme bei der Ter-

minkoordination. Die Eltern der Kinder aus den anderen beiden Diagnosegruppen fühlten sich vor allem zu Beginn der Erkrankung häufig einsam und wünschten sich mehr entsprechende Unterstützung, zum Beispiel auch durch Psychologen und Sozialarbeiter.

Inglin S., Hornung R., Bergsträsser E.: Palliative care for children and adolescents in German-speaking Switzerland: A needs analysis across three diagnostic groups. Abstract PE 2.S335.

Pflegeverantwortliche liefern bessere Einschätzung der Lebenserwartung

In der Palliativsituation ist es von grosser Bedeutung die Zukunft gut zu planen. Fragen wie «Welche Probleme sind zu erwarten?» und «In welchem Umfeld soll die Pflege stattfinden?» müssen beantwortet werden. Allerdings schätzen innerhalb eines Palliativteams die einzelnen Mitglieder die Situation sehr unterschiedlich ein. In einer Studie wurden Patienten einer Palliativpflegestation drei Tage nach ihrer Aufnahme rekrutiert. Alle Mitglieder des Teams notierten in einem Fragebogen ihre

Einschätzungen zur Lebenserwartung und zum Sterbeort des Patienten. Zusammen mit der Diagnose, dem Geschlecht, Alter und Zivilstand des Patienten wurden diese Daten schliesslich mit der tatsächlichen Lebensdauer und dem Sterbeort verglichen. Dabei zeigte sich, dass Schwestern und Schwesternhilfen in ihrer Prognose präziser waren als Ärzte. Personen mit mehr Berufserfahrung gelang die Einschätzung besser als solchen mit weniger Erfahrung. Deshalb fordern die Au-

toren, dass gerade Personen aus dem Pflegebereich und solche mit engem Körperkontakt zu den Patienten stärker in die Diskussion um die Prognose involviert werden sollten.

Eckerdal G., Carlsson B., Ericson K., Kilersjö A., Lindberg G., Olofsson B., Sandblom M., Skale B., Vejdin A., Werdin A.C.: How to assess remaining life-span. Abstract PE 1.F5.

Beeindruckende Schlussveranstaltung mit «standing ovations»

Die Kraft des Geschichtenerzählens

Es ist Sonntagmorgen und der letzte Kongresstag. Trotz strahlendem Sonnenschein ist der Plenarsaal bis fast auf den letzten Platz besetzt. Grund dafür könnte das mit Spannung erwartete Referat von David Oliviere zur Kraft des Geschichtenerzählens sein.

David Oliviere, Direktor Bildung und Training am St. Christopher's Hospice in London, rief in Erinnerung, dass es im Leben eines jeden eine Geschichte gibt. Und es liege im menschlichen Wesen, diese Geschichte auch zu erzählen: «Menschen geben durch ihre Geschichten nicht nur ihre Erfahrungen und Gefühle weiter, sondern können dadurch auch entdecken, wer sie sind.»

Geschichten mobilisieren Kräfte

Arthur W. Frank schrieb in seinem 1995 publizierten Buch «The wounded storyteller», dass eine schwere Erkrankung zum Verlust des Lebensziels und auch des Plans führt, der bisher den Lebensweg geleitet hat. Schwer kranke Menschen müssten daher lernen, anders zu denken. Sie lernen, indem sie sich selbst beim Erzählen ihrer Geschichte hören, indem sie die Reaktionen der Zuhörer wahrnehmen und indem sie die Erfahrung machen, ihre Geschichte mit anderen zu teilen. Beim Erzählen beginne sich häufig bereits ein neuer Plan zur Navigation durchs Leben zu formen, schrieb Frank weiter.

Das Erzählen kann aber auch dazu beitragen, Abstand von der Unmittelbarkeit der Ereignisse zu bekommen. Denn der Protagonist in einer Geschichte kann auch eine andere Person sein. Daneben bieten Geschichten eine gute Möglichkeit, sonst unterdrückten Emotionen wie Wut oder Ärger Ausdruck zu verleihen und so zu verhindern, dass sie die Patienten regelrecht auffressen. Und nicht zuletzt führt das Geschichtenerzählen aus der Passivität – aus der Perspektive des Opfers einer Krankheit und des Empfängers von Behandlung und Pflege – zur Aktivität zurück. Oliviere machte aber auch auf die Gefahren des Geschichtenerzählens aufmerksam. So können einzelne Patienten durch die Geschichten anderer unter Druck geraten, besonders tapfer oder mutig zu sein. Auch der Umgang des Fachpersonals mit den Geschichten der Patienten kann auf manchen Patienten und sein persönliches Netzwerk negative Auswirkungen haben.

Schüler erzählen die Geschichten schwer kranker Menschen

Oliviere präsentierte ein innovatives Schulprojekt, in dem das Erzählen von Geschichten eine zentrale Rolle spielte. Die Schüler mehrerer Schulen in der Nähe des St. Christopher's Hospice besuchten im Rahmen dieses Projekts während vier Wochen mehrfach schwer kranke Patienten im Hospiz. Sie hörten sich bei ihren Besuchen immer wieder die Lebens- und Leidensgeschichten der Patienten an und stellten auch Fragen. Anschliessend wurden die Geschichten aufgeschrieben, gezeichnet oder als Musik oder in einem Theaterstück umgesetzt. Die Kinder konnten sich so in einer kreativen, nicht bedrohlichen Art und Weise mit dem Sterben und Tod auseinandersetzen und, ebenso wie Eltern und Lehrer, eine gesündere Einstellung dazu entwickeln. Dank der kreativen Umsetzung der Patientengeschichten konnten diese auch einem grösseren Publikum zugänglich gemacht werden, und leben dadurch wohl noch in vielen Köpfen und Herzen über längere Zeit weiter. Die abschliessende Live-Darbietung durch Schüler der BRIT School hinterliess auf jeden Fall einen bleibenden Eindruck bei allen Anwesenden. Denn es kommt wohl selten vor, dass bei einem Kongress ein Referat – und möge es auch noch so gut gewesen sein – «standing ovations» auslöst. Am Ende der Darbietung dieser jungen Leute hielt es jedoch niemanden mehr auf seinem Stuhl.



David Oliviere

Therese Schwender

Quelle:

Plenary Session «Narrative and Stories in Palliative Care». EAPC-Kongress, Wien, 10. Mai 2009.

Palliativmedizin in der Schweiz

«Die Leistungen der Hausärzte müssen anerkannt werden»

Dr. med. Steffen Eychmüller ist leitender Arzt am Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen und Kopräsident der Schweizerischen Gesellschaft «palliative.ch». Er war als Referent und Teilnehmer am EAPC-Kongress in Wien und schildert in einem Gespräch die Situation der Palliativmedizin in der Schweiz.

Ars Medici: Herr Dr. Eychmüller, welche palliativmedizinischen Angebote gibt es in der Schweiz?

Dr. med. Steffen Eychmüller: Stationäre Angebote innerhalb eines Spitals für Patienten, die eine spezialisierte Palliativbetreuung brauchen – etwa bei weit fortgeschrittenen onkologischen oder kardiologischen Leiden – bestehen derzeit noch an wenigen Orten: beispielsweise hier in der Ostschweiz, im Waadtland und im Tessin. Insbesondere das Waadtland, aber auch Zürich und Basel verfügen über Hospizstrukturen, wie wir sie hier bei uns in St. Gallen nicht haben. Es wird mit Recht darauf hingewiesen, dass in jeder Hausarztpraxis und jedem Pflegeheim die vier Hauptpfeiler der «Palliative Care» schon seit Langem praktiziert werden. Unter den vier Hauptpfeilern verstehen wir: Symptommanagement, selbstbestimmtes und vorausschauendes Entscheiden über die Gestaltung



Steffen Eychmüller

der letzten Lebensphase, das Einrichten von Netzwerken und Anbieten von Unterstützung für Angehörige. Das Zusammenwirken dieser palliativen Grundversorgung mit den spezialisierten Einrichtungen ist ein wichtiges Ziel für die Zukunft.

Von wie vielen Patienten pro Jahr sprechen wir etwa?

Eychmüller: Ich kann hier nur für St. Gallen sprechen. Für den stationären Bereich können wir das gut sagen. Wir haben auf der Palliativstation mit 11 Betten pro Jahr etwa 200 Patienten. Zudem werden jährlich am Kantonsspital St. Gallen etwa 2500 Konsilien durchgeführt. Im ambulanten Bereich, zum Beispiel mit der mobilen palliativen Equipe, betreuen wir pro Jahr etwa 80 Patienten. Dies ist im Vergleich zu anderen Regionen der Welt, wo zum Teil 80 Patienten pro Tag betreut werden, wenig. Es hat si-

cherlich damit zu tun, dass «Palliative Care» als Leistung sehr wenig bekannt ist. Denn wir sind uns grundsätzlich eher gewohnt, Krankheiten vor allem diagnosespezifisch zu behandeln. Ein Wechsel zu einem problemorientierten Vorgehen findet, vor allem im Spital, erst sehr spät statt. Da haben uns die Hausarztpraxen vermutlich einiges voraus-

Aufgrund welcher Grunderkrankungen benötigen Patienten eine palliativmedizinische Betreuung?

Eychmüller: Der Bedarf an Leistungen der «Palliative Care» ist sicherlich bei Tumorerkrankten sehr hoch. Dies vor allem, weil sich hier die Lage sehr rasch ändern kann. Das heisst, aus einer gut kontrollierten Tumorerkrankung kann sehr rasch eine schlecht kontrollierbare werden. Ähnlich ist dies aber auch bei degenerativen neurologischen Erkrankungen, als typisches Beispiel ist hier die amyotrophe Lateralsklerose zu nennen. Weniger verbreitet ist «Palliative Care» im Bereich chronischer Erkrankungen wie der Herzinsuffizienz oder bei Lungenerkrankungen, wobei hier bei weitfortgeschrittenen Leiden ein frühzeitiger Wechsel von der Zielsetzung Heilung, der «Cure», zum problemorientierten Lindern, der «Palliative Care», sicher auch sinnvoll wäre.

Welches sind die hauptsächlichen Bedürfnisse dieser Patienten?

Eychmüller: Ich sehe drei grosse Bereiche. Zum einen sind Informationen zum Selbstmanagement gewünscht, also darüber, wie man körperliches Leiden selbst behandeln kann. Dabei stehen vor allem Schmerz und Atemnot im Vordergrund. Als zweites Bedürfnis sehe ich ganz klar das Selbstbestimmungsrecht, besonders die Vorausplanung. Hier gilt es ganz pragmatisch, zu planen, was beim Auftreten einer bestimmten Komplikation selbst getan werden kann und wann und wie Hilfe geholt wird. Es geht auch darum, was man nicht mehr gemacht haben möchte. Der dritte Punkt schliesslich ist, das Unterstützungsangebot für Angehörige und das betreuende Netz dezidiert

vorauszuplanen. So kann den Kranken die Angst genommen werden, für ihre Angehörigen irgendwann nur noch eine Belastung darzustellen. Wir bekommen immer wieder Rückmeldungen, dass diese drei Punkte die wichtigsten sind.

Wie gut können diese Bedürfnisse befriedigt werden, und wo gibt es noch Verbesserungsbedarf?

Eychmüller: Beim dritten Punkt gibt es sicherlich noch am meisten Verbesserungsbedarf. Rein organisatorisch sind die Möglichkeiten, jemanden im Rahmen eines Netzwerks auch zu Hause intensiv zu betreuen, noch wenig ausgebaut. Ich habe mir, auch angeregt durch das in Wien Gehörte, vorgenommen, diesen Punkt verstärkt anzugehen. Als Voraussetzung für einen Erfolg müssen wir allerdings erreichen, dass die palliativmedizinischen Leistungen der grundversorgenden Hausärzte als vergütungspflichtige Leistungen ausreichend anerkannt werden, sonst nützt alles nichts. Die Hausärzte sind meiner Meinung nach bereit, problemorientiert zu arbeiten, und sind froh über ein Team, das zusammen an einem Strang zieht. Es braucht aber auch die entsprechenden Anreize.

Gehört der Aufbau von Netzwerken zu den Projekten, die im Rahmen des Budapester Commitments in Angriff genommen wurden?

Eychmüller: Es hat sich in den letzten Jahren in der Schweiz viel getan. Erstmals sitzen im Rahmen eines Fördergremiums BAG, GBK und palliative.ch gemeinsam an einem Tisch. Hier wurde meiner Meinung nach schon sehr gute Arbeit geleistet. Nun geht es darum, aus den im Gremium formulierten Empfehlungen einen politischen Prozess zu machen. Also die Frage zu klären, wie «Palliative Care» eine höhere Wertigkeit bekommt. Damit es nicht mehr heisst, «Palliative Care» bedeute lediglich etwas Händchen halten und Kerzen anzünden. Und schliesslich gilt es, die Prinzipien der «Palliative Care» auch vermehrt in die Bildung zu integrieren.

Zu einem ganz anderen Bereich, zur Pharmakotherapie. Gibt es Neu- beziehungsweise Weiterentwicklungen, die Sie sich dringend wünschen würden?

Eychmüller: Wir haben in der Palliativmedizin das Problem, dass uns ein Patient mit einem weitfortgeschrittenen Leiden und zum Beispiel schlecht kontrollierten Schmerzen nur schwer oder gar nicht mehr Auskunft geben kann. Damit wird es schwierig, eine gute Auswertung zu machen und die Therapie entsprechend anzupassen. In anderen Sparten lässt sich viel einfacher evaluieren, welche Massnahme wirklich etwas gebracht hat. Ich würde mir daher wünschen, dass in der «Palliative Care» die Studienendpunkte stärker auf das Thema Funktion verlegt würden. Also ähnlich, wie es im Bereich der Rehabilitation bereits üblich ist. Ich denke, es ist oft wenig von Bedeutung, ob ein Schmerzscore zum Beispiel von 8 auf 6 sinkt.

Viel wichtiger ist, ob der Patient zu Hause die eine Stufe zu der etwas höher gelegenen Toilette wieder schafft, weil der Schmerz nachgelassen hat. Insofern braucht es nicht nur neue Substanzen, sondern kreative Studiendesigns, anhand deren sich evaluieren lässt, welche bereits vorhandenen Produkte für welches Ziel hilfreich sind.

Was fanden Sie am EAPC-Kongress persönlich am interessantesten?

Eychmüller: Ich habe festgestellt, dass es so etwas wie zwei Entwicklungen gibt. Die eine ist der schon fast verzweifelte Versuch, bei Themen wie etwa der Opioidrotation mehr randomisierte und kontrollierte Studien zu fordern. So weiss man, dass viele der methodischen Anforderungen an eine Studie im Umfeld der Palliativmedizin halt eben nicht erfüllbar sind. Wir müssen uns sicherlich überlegen, ob es möglich ist, die Endpunkte aus anderen Studien so einfach zu übernehmen.

Auf der anderen Seite ist sicherlich der Ideen- und Methodenreichtum in der «Palliative Care» – weil so viele unterschiedliche Berufsgruppen involviert sind – sehr spannend. Ich denke da zum Beispiel an den Vortrag von David Oliviere zur Kraft des Geschichtenerzählens. Die Psychotherapeuten setzen diese Methode ja schon seit Langem ein. Und es leuchtet ein, dass dies vermutlich die am wenigsten verfälschten Informationen sind, die wir bekommen können. Daher ist es schade, dass dies immer noch als methodisch minderwertig eingestuft wird. Für mich ist es spannend, Methoden aus anderen Disziplinen in Zukunft vermehrt auch in die «Palliative Care» zu integrieren. Da habe ich grosse Hoffnung, dass wir auch innovativ weiterkommen und nicht nur mit medizinischen Methoden forschen.

Wesentlich für mich war auch das Credo, dass der Beweis für das Konzept «Palliative Care» nicht in irgendwelchen Super-Spezial-Institutionen stattfindet kann, sondern in der Gemeinde. Wenn man hört, dass in Grossbritannien trotz eines sehr gut ausgebauten Hospizsystems nur 4 Prozent der Todesfälle dort zu verzeichnen sind, so brauchen wir in der Schweiz vermutlich nur eine begrenzte Zahl an Hospizen – eben als Teil des Netzwerks –, aber wir brauchen vor allem auch die Vernetzung auf Gemeindeebene, bis hin zum Einsatz von Freiwilligen.

Schliesslich hat mir besonders gefallen, dass es Platz für die europäischen Multizenterprogramme gab. St. Gallen nimmt an zwei solchen Programmen teil. Damit gelingt es nun auch in der «Palliative Care», die Expertise aus verschiedenen Ländern zusammenzuholen. Denn es wird auch in Zukunft viel auf Erfahrung basieren. Da ist es schön, wenn ein internationaler Erfahrungsaustausch durch entsprechende Projekte gefördert wird.

Herr Dr. Eychmüller, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Palliativmedizin aus Sicht der Pflege

«Ambulante Betreuung stärken»

Die Soziologin und Pflegefachfrau Franzisca Domeisen ist am Palliativzentrum des Kantons-
spitals St. Gallen tätig. Sie betont in einem Gespräch die Bedeutung einer guten Zusammen-
arbeit zwischen Spitex und mobilen Palliativpflegeteams. Nur so lässt sich die Betreuung
schwer kranker Menschen in den letzten Lebensstunden flächendeckend gewährleisten.

Ars Medici: Frau Domeisen, was sind die besonde- ren Anforderungen an Pflegeverantwortliche in der Palliativsituation?

Franzisca Domeisen: In der Palliativpflege liegt der Fokus der Betreuung anders als in anderen Bereichen. Ein wichtiger Bestandteil der Pflegeleistung stellt die Linderung der Symptome dar. Wir betreuen die Patienten also vor allem problembezogen und orientieren uns weniger an einer bestimmten Diagnose. Das bedeutet eine grosse Herausforderung, da sich diese Denkweise stark von dem sonst üblichen Vorgehen unterscheidet. Im Umfeld einer speziellen Palliativstation ist es aber sicher einfacher, den Bedürfnissen der Patienten auch gerecht zu werden, als wenn dies im Umfeld einer anderen Station zu geschehen hat.



Franzisca Domeisen

Wie wird man auf diese Aufgaben vorbereitet?

Domeisen: In der Ostschweiz ist es so, dass für Pflegende vom SBK, dem Schweizerischen Verband der Pflegefachfrauen und -männer, entsprechende Basiskurse angeboten werden. Ihr Besuch ist aber nicht Voraussetzung dafür, auf einer Palliativstation arbeiten zu dürfen. Von Vorteil kann auch eine entsprechende Ausbildung an der Höheren Fachschule sein. Im Kantonsspital St. Gallen wird diese für den Bereich Onkologie angeboten und nicht spezifisch für Palliativpflege. Es werden aber Lehrgänge für «Palliative Care» für Pflegende angeboten. Ganz neu gibt es an der Fachhochschule in St. Gallen einen Masterlehrgang für Palliativmedizin, wie er schon in anderen Gegenden der Schweiz und im Ausland angeboten wird. Dieser steht sowohl Pflegenden als auch der Ärzteschaft offen und entspricht dadurch auch dem «interprofessionellen» Gedanken der Palliativmedizin. Und schliesslich gibt es in London auch eine Ausbildung zum «Master of Science» in Palliativmedizin. Leider fehlt aber vor allem für den Mittelbau in der Palliativmedizin ein entsprechendes Angebot.

Welche offenen Wünsche gibt es vonseiten der Pflege in der Palliativmedizin?

Domeisen: Ein grosser Wunsch wäre, die ambulante Betreuung von palliativmedizinischen Patienten, also die Betreuung zu Hause, zu stärken. Da wird durch Spitex und mobile Palliativpflegeteams schon viel geleistet. Allerdings müsste die Zusammenarbeit noch verbessert werden. Häufig möchten schwer kranke Menschen ihre letzten Lebensstunden zu Hause verbringen. Dies kann jedoch bedeuten, dass sie praktisch rund um die Uhr betreut werden müssen. Einige Spitex-Organisationen übernehmen 24-Stunden-Pflegeleistungen. Dies ist jedoch eine enorme Aufgabe und bedingt den Einsatz aller zur Verfügung stehender Ressourcen, zum Beispiel auch einer Begleitung durch Freiwillige. Hier könnte die Zusammenarbeit und optimale Nutzung der Ressourcen im ambulanten Betreuungsteam noch optimiert werden, um ein flächendeckendes, umfassendes Angebot zu schaffen.

Was hat Sie am EAPC besonders beeindruckt?

Domeisen: Die St. Christopher's School Projects. Hier wurden Kinder in der Schule ans Thema Sterben und die Besonderheiten der Palliativmedizin herangeführt. Die Kinder lernten dann auch in einem Hospiz schwer kranke Menschen kennen und liessen sich deren Lebensgeschichte erzählen. Die Geschichten wurden aufgeschrieben oder in der Form von Zeichnungen, Musik- und Theateraufführungen umgesetzt. Ich fand das ein sehr beeindruckendes Projekt. Die Kinder gingen ganz offen an die Patienten heran und scheuten sich auch nicht, Fragen zu stellen. Diese Offenheit fehlt uns häufig. Das Thema Sterben wird immer noch stark ausgegrenzt. Dadurch hat auch die Palliativmedizin einen geringen Stellenwert und wird fälschlicherweise oft auch mit Sterbehilfe gleichgesetzt. Deshalb finde ich es wichtig, schon junge Menschen mit diesem Thema vertraut zu machen.

Frau Domeisen, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Trotz mangelnder Evidenz häufig erfolgreich

Opioiddrotation

Patienten mit schweren Schmerzen benötigen für eine adäquate Schmerzlinderung meist starke Opioide, unabhängig davon, ob die Schmerzen tumorbedingt sind oder nicht. Häufig kommt Morphin zum Einsatz. Bei ungenügender Analgesie und/oder Nebenwirkungen stellt der Wechsel auf ein anderes Opioid, die Rotation, ein mögliches Vorgehen dar.

Das Ansprechen auf eine Schmerztherapie wird durch sehr viele Faktoren beeinflusst, wie Dr. Augusto Caraceni, Leiter des Bereichs Palliativmedizin, Schmerztherapie und Rehabilitation am Nationalen Tumorzentrum Mailand, erläuterte. Dazu gehören neben dem Alter und dem Geschlecht des Patienten auch die Schmerzart, seine Lokalisation und Intensität. Daneben üben auch pharmakokinetische und pharmakodynamische Parameter sowie die Bildung bestimmter Metaboliten einer Substanz oder das Entstehen einer Toleranz einen Einfluss auf die Analgesie aus: «Nicht zu vergessen ist auch die genetische Variabilität, die diese Faktoren beeinflussen kann.»

Wechsel bei ungenügender Analgesie

Wird keine adäquate Analgesie erreicht, ist eine Anpassung der Medikation notwendig. Dabei stellt die Opioiddrotation ein mögliches Vorgehen dar. «Eigentlich sollte aber der Begriff Opioiddwechsel bevorzugt werden», sagte Caraceni. Eine ungenügende Analgesie trotz korrekter Dosierung und Applikation des Opioids gehört zu den häufigsten Gründen für einen Opioiddwechsel. Aber auch nicht mehr tolerierbare Nebenwirkungen, die Kombination aus ungenügender Wirkung und Nebenwirkungen sowie der Patientenkomfort (Bevorzugung einer bestimmten Applikationsform) können einen Opioiddwechsel nötig machen.

Nicht genau bekannt ist, wie häufig ein Opioiddwechsel notwendig wird. Die Autoren einer vor Kurzem publizierten Arbeit mit 345 Patienten stellten fest, dass bei 34 Prozent der Studienteilnehmer ein Wechsel durchgeführt wurde (1). In mehreren älteren Arbeiten waren sehr unterschiedliche Raten – von 12 bis 80 Prozent – festgestellt worden. In dieser Studie wurde das Opioid in 50,8 Prozent der Fälle aufgrund ungenügender Wirkung und Nebenwirkungen gewechselt. Bei 28,8 Prozent der Patienten waren lediglich die Nebenwirkungen und bei 15,2 Prozent die ungenügende Analgesie der Auslöser für die Therapieanpassung. Lediglich bei 4,2 Prozent der Patienten ging es um den Komfort.

Wechsel vielfach erfolgreich

Bei 103 von insgesamt 118 Patienten mit Opioiddwechsel wurde die Umstellung anhand vordefinierter Kriterien als erfolgreich eingestuft. Bei 96 Patienten gelang dies im Rahmen der ersten Umstellung. Bis zum Erreichen einer stabilen Opioiddosis dauerte es im Mittel 3,2 Tage. Als prognostischer Faktor für eine erfolglose Umstellung wurde die Kombination aus ungenügender Analgesie und Nebenwirkungen identifiziert ($p < 0,004$). Demgegenüber beeinflussten die Opioiddosis, die Sequenz, der Schmerzmechanismus und der Einsatz einer adjuvanten Medikation die Erfolgchancen des Wechsels nicht.

Am häufigsten wird zu Methadon gewechselt

Die Autoren einer Cochrane-Analyse machten es sich ebenfalls zum Ziel, den Nutzen eines Opioiddwechsels bei Erwachsenen und Kindern mit akuten oder chronischen Schmerzen zu untersuchen (2). Da randomisierte, kontrollierte Studien fehlten, wurden alle Fallberichte, retrospektiven und unkontrollierten Studien evaluiert. Damit konnten 52 Arbeiten in die Analyse eingeschlossen werden. In den meisten Studien wurde Morphin eingesetzt und auf Methadon umgestellt. Mit 1 Ausnahme kamen alle Studien zu dem Schluss, dass der Opioiddwechsel ein nützliches klinisches Vorgehen zur Verbesserung der Analgesie und Reduktion der Nebenwirkungen darstellt.

Wahl der Dosis

Ein weiterer Aspekt bei einem Opioiddwechsel ist die Frage der äquianalgetischen Dosis. Zur Umstellung auf Methadon liegt ein 2008 publizierter, systematischer Review vor, der sich mit dieser Fragestellung beschäftigt (3). Es wurde dabei festgestellt, dass zwar eine relativ starke Korrelation zwischen der ursprünglichen Morphindosis und der finalen Methadondosis bestand, der Umrechnungsfaktor jedoch sehr stark variierte. Trotz allem war die Umstellung in 46 bis 89 Prozent der Fälle erfolgreich.

«Ein Opioidwechsel scheint grundsätzlich ein Erfolg versprechendes Vorgehen zu sein. Allerdings genügt die vorliegende Evidenz nicht, um festlegen zu können, wie dabei im Detail vorgegangen und welche Substanz bevorzugt gewählt werden soll und bei welchen Patienten die Erfolgsaussichten am besten sind», fasste Caraceni zusammen. Es seien also noch viele Fragen offen. Diese liessen sich nur anhand seriös durchgeführter, randomisierter und kontrollierter Studien beantworten.

Therese Schwender

Quelle: Parallelsymposium «Complexity in Symptom Management: Opioid rotation – an update on evidence.» EAPC-Kongress, Wien, 9. Mai 2009.

Literatur:

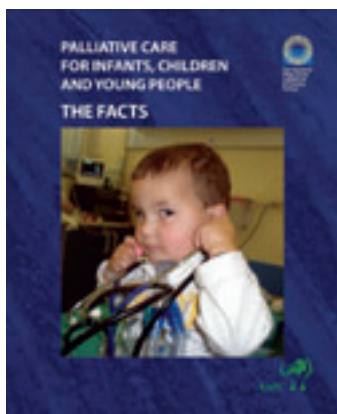
1. Mercadante S. et al.: Frequency, indications, outcomes, and predictive factors of opioid switching in an acute palliative care unit. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37(4): 632–641.
2. Quigley C.: Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD004847. DOI: 10.1002/14651858.CD004847.
3. Weschules D.J., Bain K.T.: A systematic review of opioid conversion ratios used with methadone for the treatment of pain. *Pain Med* 2008; 9: 595–612.

Ungenügende Versorgung für Kinder und Jugendliche

Pädiatrische Palliativmedizin: die Fakten

Die EAPC Task Force for Palliative Care in Children hat mit Unterstützung der Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus die Fakten zur palliativmedizinischen Situation von Säuglingen, Kindern und jungen Erwachsenen erhoben und in einer Broschüre zusammengefasst.

Es wird als selbstverständlich angesehen, dass Erwachsene und ältere Menschen mit unheilbaren beziehungsweise schweren chronischen Erkrankungen Zugang zu einer palliativmedizinischen Versorgung haben. Das Angebot für Kinder und junge Erwachsene ist allerdings noch sehr beschränkt. Durch die medizinischen und technologischen Fortschritte wurde jedoch die Säuglingssterblichkeit reduziert und die Überlebensrate von Kindern mit schweren, potenziell letalen Erkrankungen erhöht. Damit steigt die Zahl an Kindern, die einer entsprechenden Betreuung bedürfen.



Die Broschüre kann unter www.eapcnet.org/projects/PaediatricTF.html gratis heruntergeladen werden.

Die Überlebensrate von Kindern mit schweren, potenziell letalen Erkrankungen erhöht. Damit steigt die Zahl an Kindern, die einer entsprechenden Betreuung bedürfen.

Kaum genaue Zahlen vorhanden

Um für die Kinder ein entsprechendes palliativmedizinisches Angebot organisieren zu können, sind möglichst viele Informationen zur Anzahl, der Altersstruktur und den Diagnosen von Kindern mit lebensli-

mitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen vonnöten. Diese fehlen jedoch zu einem grossen Teil. Aus Grossbritannien liegen Angaben zur Mortalität von Kindern mit unheilbaren Erkrankungen vor. Diese zeigen, dass pro Jahr mindestens eines von 10 000 Kindern an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung stirbt. Viele dieser Kinder sterben im Laufe des ersten Lebensjahrs. Häufig leiden die Kinder unter multiplen und sehr seltenen Erkrankungen.

Daneben liegen auch einige Angaben zur Prävalenz vor. Diese besagen, dass mindestens 10 von 10 000 Kindern im Alter zwischen 0 und 19 Jahren an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung leiden. Etwa 30 Prozent dieser Kinder haben eine Tumorerkrankung. Bei den übrigen 70 Prozent handelt es sich hauptsächlich um neurodegenerative, metabolische und genetische Erkrankungen.

Kinder haben andere palliativmedizinische Bedürfnisse

Die Broschüre geht auch auf die Unterschiede der palliativmedizinischen Bedürfnissen von Kindern und Erwachsenen ein. Die Besonderheit und Komplexität der pädiatrischen Palliativmedizin beruht dabei unter anderem auf

der im Vergleich zu Erwachsenen geringeren Anzahl an Betroffenen. Dies kann hinsichtlich Organisation, Ausbildung und Finanzierung entscheidende Probleme verursachen. Daneben kommt auch ein grosses Spektrum an Erkrankungen vor. In manchen Fällen ist eine endgültige Diagnosestellung gar nicht möglich. Ebenfalls erschwert werden palliativmedizinische Hilfestellungen für Kinder durch den Mangel an spezifisch für Kinder zugelassene Medikamente.

Kinder befinden sich in einer steten physischen, emotionalen und kognitiven Entwicklung, was nicht nur die Dosierung von Medikamenten, sondern auch die Kommunikation und das Angebot an unterstützenden Massnahmen beeinflussen kann. Und nicht zuletzt sind bei einem schwer kranken Kind auch die Bedürfnisse der Eltern und der Geschwister zu berücksichtigen. Eltern von schwer kranken Kindern sind nicht mehr länger nur Eltern, sondern sie versorgen ihr Kind auch mit medizinischen Leistungen, für deren Ausführung sie häufig nur wenig oder gar nicht ausgebildet wurden und wofür sie auch keine finanzielle Unterstützung erhalten. Die Geschwister von Kindern mit lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen leiden häufig unter Einsamkeit und sozialer Isolation, da sich das gesamte Familienleben nur noch auf das kranke Kind konzentriert. Der erweiterte Familienkreis (Grosseltern, Onkel, Tanten, Freunde) kann zwar eine wichtige Rolle beim Teilen der Verantwortlichkeiten spielen und auch emotionale Unterstützung leisten, daneben ist aber auch professionelle Hilfe unerlässlich.

Schmerzen und Müdigkeit häufigste Symptome

Sterbende Kinder leiden, wie Erwachsene, unter einer Vielzahl an behandlungsbedürftigen Symptomen. Zu den häufigsten gehören dabei Schmerz, Fatigue, Dyspnoe, Nausea, Appetitmangel, Schwindel und Husten. Daneben kommen aber auch psychologische Symptome wie Traurigkeit, Nervosität, Angst und Reizbarkeit vor. Wie die Task-Force angibt, leidet die Mehrheit der Kinder mindestens unter einem dieser Symptome besonders stark. Eine systematische Erfassung der Symptome, ihr Management und auch ihre Prävention stellt damit die Basis für eine verbesserte Lebensqualität und ein fundamentaler Bestandteil eines pädiatrischen palliativmedizinischen Angebots dar.

Zu häufig im Spital

Da bisher nur ein beschränktes palliativmedizinisches Angebot für Kinder besteht, stirbt nach wie vor der überwiegende Anteil der Betroffenen im Spital, hauptsächlich auf der Intensivpflegestation. Dies haben Untersuchungen in Irland und England gezeigt (vgl. *Tabelle*). Dadurch wird jedoch die Qualität des Lebens und auch Sterbens der Kinder erheblich beeinflusst. Und nicht zuletzt kann dies auch zu einer inadäquaten Nutzung der medizinischen Dienstleistungen führen.

Tabelle:

Kinder zwischen 0 und 19 Jahren sterben in Irland und England hauptsächlich im Spital.

Ort	Irland (2001)	England (2001–2005)
zu Hause	124 (22%)	1811 (19,2%)
Spital	281 (50%)	6985 (74,2%)
Hospiz	–	399 (4,2%)
andere	161 (28%)*	223 (2,45%)**

*lokale Gemeindeinstitutionen, private Heime

**psychiatrische Kliniken, Pflegeheime, Wohnheime, private Heime

Die Task-Force fordert daher ein pädiatrisches palliativmedizinisches Angebot, das aus einem multidisziplinären Team besteht (Ärzte, Pflegende, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter) und in jeder Phase der Erkrankung einen familienzentrierten, holistischen Rund-um-die-Uhr-Service sicherstellt. Die Organisation sollte dabei auf eine Pflege zu Hause fokussiert sein (durch das mobile Care-Team eines Spitals oder eine Lösung auf Gemeindeebene), jedoch mit einem unmittelbaren Zugang zu einem stationären Angebot, falls dies nötig wird. Als wichtige, zentrale Person sollte dabei der vertraute Hausarzt oder Pädiater fungieren. Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, sollten spezialisierte Kinderhospize oder entsprechend spezialisierte, stationäre Angebote zur Verfügung stehen. Hospize für Erwachsene und ältere Personen seien für Kinder nicht geeignet, so die Task-Force.

Die Empfehlungen

Die Task-Force formulierte für die Zukunft folgende generelle Empfehlungen:

1. Für Kinder mit lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen soll ein palliativmedizinisches Angebot entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Das Ziel soll dabei sein, das Symptommanagement und die Lebensqualität zu verbessern.
2. Ab dem Zeitpunkt der Diagnose gilt es, ein multidisziplinäres, familienzentriertes Angebot zur Verfügung zu stellen.
3. Es sollen Veränderungen in den Zulassungs- und Abgeltungsrichtlinien palliativmedizinischer Dienste und Hospize implementiert werden, welche die Verfügbarkeit dieser Leistungen verbessern.
4. Es gilt, für alle an der medizinischen Versorgung Beteiligten gute Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sicherzustellen.
5. Es sollen Mittel zur Unterstützung der Forschung im Bereich pädiatrische Palliativmedizin bereitgestellt werden.

Therese Schwender

Quelle:

Broschüre «Palliative Care for infants, children and young people. The Facts.» Die Broschüre kann unter www.eapcnet.org/projects/PaediatricTF.html gratis heruntergeladen werden.

Morphin ist das am häufigsten verwendete Opioid in der pädiatrischen Palliativmedizin

Opioide bei Kindern

Opioide kommen in der pädiatrischen Palliativmedizin immer häufiger zum Einsatz. Allerdings liegen nur wenig fundierte Daten vor. PD Dr. Boris Zernikow hat aus diesem Grund zusammen mit drei weiteren Autoren den aktuellen Wissensstand zusammengestellt (1). Im Rahmen eines Symposiums präsentierte er in Wien eine Übersicht der wichtigsten Punkte.

Grundsätzlich sollte sich auch die Schmerztherapie bei Kindern am WHO-Stufenschema orientieren. Meist ist es jedoch angezeigt, in der palliativen Situation auf Stufe 2 oder 3 zu beginnen. Obwohl der Einsatz von Nichtopioidanalgetika bei einigen Kindern mit lebenslimitierenden beziehungsweise lebensbedrohenden Erkrankungen (LLD/LTD) nützlich sein kann, liegen keine Publikationen vor, welche in der pädiatrischen Palliativversorgung die regelmässige Zugabe von Nichtopioiden zur Opioidanalgesie unterstützen würden. Ob die Analgesie bei Kindern mit einem schwachen Opioid wie Tramadol oder Codein oder einer sehr tiefen Dosis eines starken Opioids begonnen werden soll, wird nach wie vor diskutiert.

Morphin: am häufigsten eingesetzt

Morphin wird in der Palliativmedizin am häufigsten eingesetzt. Die Pharmakokinetik der Substanz ist bei Kindern über sechs Monate mit derjenigen bei Erwachsenen vergleichbar. Morphin verfügt über eine solide wissenschaftliche Datenbasis zum Einsatz in der Palliativversorgung. Im Rahmen von sechs Studien wurde retardiertes Morphin bei 242 Kindern im Alter von 3 Monaten bis 19 Jahren untersucht. 215 dieser Kinder litten unter einer Tumorerkrankung. «Damit wissen wir nur wenig zu retardiertem Morphin bei Kindern mit nicht tumorbedingten Erkrankungen», schränkte PD Dr. Boris Zernikow, Vestische Kinder- und Jugendklinik, Datteln/Universitätsklinikum Münster, ein. Die mediane Morphindosis betrug in diesen Studien 1,4 bis 2,1 mg/kg/Tag. Als Maximaldosis wurden 84 mg/kg/Tag verabreicht (empfohlene Dosierungen bei Kindern vgl. *Tabelle*). Die Behandlungsdauer lag zwischen 1 und 760 Tagen (im Mittel 7 bis 14 Tage). Generell wurde die Behandlung gut vertragen und es wurden keine schweren Nebenwirkungen angegeben. Auch über Toxizität wurde nicht berichtet. Besonders wertvoll für den Einsatz in der Palliativmedizin ist retardiertes Morphin als Granulat zum Auflösen, da sich auf diese Weise auch kleine Mengen gut verabreichen lassen.

Hydromorphon: bei Rotation

«Ist eine Rotation erforderlich, stellt Hydromorphon meine erste Wahl dar», erläuterte Zernikow. Hydromorphon ist ein reiner Rezeptoragonist und 5- bis 7,5-mal potenter als Morphin. Zwei pädiatrische Fallberichte sprechen von einer mit Morphin vergleichbaren Wirksamkeit des retardierten Hydromorphons. In einer kleinen randomisierten Studie wurde Hydromorphon mit einer PCA-Pumpe erfolgreich bei Mukositissschmerzen eingesetzt. Eine weitere Studie berichtete darüber, dass bei Kindern mit Nebenwirkungen unter Morphin eine Umstellung auf Hydromorphon häufig zu einer Verbesserung führte.

Methadon: für Experten

Methadon ist ein μ -Rezeptoragonist und ein NMDA-Rezeptorantagonist. Es handelt sich um ein Razemat, bei dem das R-Isomer (Levomethadon) analgetisch wirksam ist. «Problematisch ist bei Methadon, dass sich seine Wirkdauer mit der Dauer der Therapie verändert. Zudem weist es aufgrund einer hohen interindividuellen Variabilität der beteiligten Enzyme einen komplexen Metabolismus auf», so Zernikow. Auch die Eliminationshalbwertszeit variiert stark (4 bis 62 Stunden), unabhängig von der Nierenfunktion. Methadon ist 2,5- bis 20-fach stärker analgetisch wirksam als Morphin. Daher ist es schwierig, äquianalgetische Dosen zu bestimmen. In einer Studie wurde mit einer Konversionsrate von 20:1 (Morphin:Methadon) eine gute Analgesie erreicht, wenn vor der Rotation hohe Morphindosen eingesetzt wurden.

Zernikow wies auch darauf hin, dass auf dem Internetforum «Paediatric-Pain Mailing List» vor Kurzem eine rege Diskussion darüber geführt wurde, ob vor dem Einsatz und während der Behandlung routine- und regelmässige EKG-Untersuchungen durchgeführt werden sollen, da unter Methadon bei Erwachsenen und Kindern QTc-Verlängerungen und Torsades de Pointes auftreten können: «Vorgeschlagen wurde, vor und in regelmässigen Abständen während der Behandlung ein EKG durchzuführen sowie

die Medikation auf weitere Substanzen hin zu überprüfen, die eine QTc-Verlängerung verursachen können.» Dazu gehören unter anderem Erythromycin, Haloperidol, Risperidon, Granisetron, Chloralhydrat und Ondansetron. Der Effekt von Methadon auf das QTc-Intervall beruht auf einer Blockade der kardialen hERG-Kaliumkanäle, wobei das S-Isomer eine sehr viel höhere Potenz aufweist als das R-Isomer (2). Die Gabe von Levomethadon könnte damit eine therapeutische Alternative darstellen.

Die Evidenz für Methadon in der Palliativmedizin ist limitiert. In einer neueren, retrospektiven Arbeit wurden 17 Kinder beschrieben, bei denen auf Methadon rotiert wurde. Dabei gaben 94 Prozent der Patienten an, dass sich die Analgesie verbessert habe. Zernikow sieht den Einsatz von Methadon hauptsächlich in den Händen von Experten.

Fentanyl: auf stabile Situation begrenzt

Der Einsatz des reinen μ -Rezeptoragonisten Fentanyl in der Pflasterformulierung (TTS) sollte vor allem auf Situationen mit stabilen analgetischen Bedürfnissen beschränkt sein. Aufgrund der langsamen Absorption und einer langen Halbwertszeit eignet sich dieses System nicht für ein rasches Auftitrieren. Der Einsatz von Fentanyl bei opioidnaiven Kindern wird aufgrund der Gefahr einer respiratorischen Depression nicht empfohlen. Die Evidenz zu Fentanyl TTS bei Kindern umfasst elf Beobachtungsstudien mit insgesamt 311 Teilnehmenden. Acht Studien schlossen Kinder mit Tumorerkrankungen beziehungsweise anderen lebenslimitierenden Erkrankungen ein. Die maximale Dosis lag bei 16,7 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$. Die Therapiedauer betrug 1 Tag bis 15 Monate. Es wurden keine Fälle mit Toleranz oder opioidinduzierter Hyperalgesie berichtet.

Buprenorphin bei Kindern: Atmung beachten

Aufgrund seines hohen First-Pass-Effekts sollte Buprenorphin vor allem sublingual oder transdermal verabreicht werden. Die Metabolisierung ist komplex und bisher nicht vollständig geklärt. Boris Zernikow erläuterte dazu: «Wichtig zu wissen ist, dass die Metabolisierung grösstenteils unabhängig von der Nierenfunktion ist.» Bei Kindern wurde in Studien mit Buprenorphin eine stärkere respiratorische Depression als unter Morphin beschrieben, bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen (3, 4). «Diese Publikationen und auch Erfahrungen aus meiner eigenen Tätigkeit stehen im Gegensatz zu den Resultaten beim Einsatz von Buprenorphin bei gesunden Studenten, wurde bei diesen doch ein Ceiling-Effekt bezüglich respiratorischer Depression festgestellt», sagte Zernikow. Es sei also stets zu bedenken, dass in der palliativen Situation nicht gesunde Erwachsene, sondern schwer kranke Kinder behandelt würden. Die Evidenz zu Buprenorphin in der Palliativmedizin ist zudem sehr limitiert. Nur ein Fall-

Tabelle:

Empfohlene Startdosierungen von Opioiden bei opioidnaiven Kindern >10 kg und >6 Monate

Buprenorphin

intravenös	
Bolus	0,003 mg/kg (max. 0,15 mg) alle 6 h
PCA-Bolus	0,001 mg/kg (max. 0,06 mg)
CI	0,0005 mg/kg/h (max. 0,03 mg/h)
sublingual	
	0,004 mg/kg (max. 0,2 mg) alle 8 h

Hydromorphon

intravenös	
Bolus	0,01 mg/kg (max. 0,5 mg) alle 3 h
PCA-Bolus	0,004 mg/kg (max. 0,2 mg)
CI	0,005 mg/kg/h (max. 0,2 mg/h)
oral	
Immediate Release	0,03 mg/kg (max. 1,3 mg) alle 4 h
Slow Release	0,06 mg/kg (max. 4 mg) alle 8 h

Morphin

intravenös	
Bolus	0,05 mg/kg (max. 3 mg) alle 3 h
PCA-Bolus	0,02 mg/kg (max. 2 mg)
CI	0,02 mg/kg/h (max. 0,5 mg/h)
oral	
Immediate Release	0,2 mg/kg (max. 5 mg) alle 4 h
Slow Release	0,4 mg/kg (max. 10 mg) alle 8 h

PCA: patientenkontrollierte Analgesie

CI: kontinuierliche Infusion; nach Zernikow B. et al. (1)

bericht beschreibt den erfolgreichen Einsatz bei einem zehnjährigen Mädchen mit Neuroblastom (70 $\mu\text{g}/\text{h}$, während 5 Wochen).

Therese Schwender

Quelle:

Parallelsymposium «Palliative Care for Children – Addressing the Questions.» EAPC-Kongress, Wien, 8. Mai 2009.

Literatur:

1. Zernikow B., Michel E., Craig F., Anderson B.J.: Pediatric Palliative Care. Use of Opioids for the Management of Pain. *Pediatr Drugs* 2009; 11: 129–151.
2. Eap C.B. et al.: Stereoselective block of hERG channel by (S)-methadone and QT interval prolongation in CYP2B6 slow metabolizers. *Clin Pharmacol Ther* 2007; 81: 719–728.
3. Maunukela E.L. et al.: Comparison of buprenorphine with morphine in the treatment of postoperative pain in children. *Anesth Analg* 1988; 67: 233–239.
4. Zanette G. et al.: Respiratory depression following administration of low dose buprenorphine as postoperative analgesic after fentanyl balanced anaesthesia. *Paediatr Anaesth* 1996; 6: 419–422.

WHO-Stufenschema modifizieren

Schmerztherapie bei schwer nierenkranken Patienten

Im palliativmedizinischen Umfeld sind auch Patienten mit einer Nierenerkrankung im Endstadium zu behandeln. Diese leiden häufig unter chronischen Schmerzzuständen verschiedener Ursachen. Aufgrund der eingeschränkten Nierenfunktion gilt es, Analgetika differenziert auszuwählen und den Einsatz gut zu überwachen.

Patienten mit einer Nierenerkrankung im Endstadium (end stage renal disease, ESRD) leiden unter einer Vielzahl an Beschwerden. «Dazu gehören neben Symptomen wie Müdigkeit, Juckreiz, Mundtrockenheit und Kurzatmigkeit auch Schmerzen», erläuterte Dr. Elizabeth Joanna Chambers von der Abteilung für Palliativmedizin am Southmead Hospital in Bristol (UK). Dabei sind sowohl Dialysepatienten als auch Patienten mit konservativer Therapie betroffen. So leiden etwa 50 Prozent der Dialysepatienten und über die Hälfte der konservativ behandelten Patienten unter Schmerzen. «Bei drei Vierteln der Fälle handelt es sich um mittelgradige bis schwere Schmerzen», sagte Chambers.

Als Schmerzursachen kommen neben Komorbiditäten wie Diabetes, kardiovaskuläre Probleme oder Tumorerkrankungen auch die primäre renale Erkrankung infrage. Daneben können Schmerzen im Zusammenhang mit der Dialyse stehen, so zum Beispiel rezidivierende Schmerzen bei Patienten mit Peritonealdialyse. Das Vorliegen chronischer Schmerzen hat bei Patienten mit einer ESRD grossen Einfluss auf die Lebensqualität. Zudem ist bekannt, dass ESRD-Patienten mit chronischen Schmerzen doppelt so häufig unter depressiven Symptomen und Schlaflosigkeit

leiden wie ESRD-Patienten ohne oder mit nur geringgradigen Schmerzen (1).

Selten adäquat behandelt

Das Management chronischer Schmerzen bei Patienten mit ESRD ist häufig ungenügend. So scheint gerade der Einsatz von Analgetika trotz einer steigenden Schmerzprävalenz abzunehmen. Dies zeigt zumindest eine Studie aus den USA, in welcher der Einsatz von Analgetika in den Jahren 1997 und 2000 verglichen wurde (2). Demnach nahm der Anteil an Patienten mit einer Schmerzmedikation von 30 auf 24 Prozent ab. Der Einsatz von Betäubungsmitteln sank von 18 auf unter 15 Prozent, und Paracetamol wurde nur noch in 6 Prozent der Fälle (vs. 11% in 1997) eingesetzt. 74 Prozent der Patienten, deren Arbeitsleistung durch die Schmerzen beeinträchtigt wurde, erhielten gar kein Analgetikum.

Modifiziertes WHO-Stufenschema

Wie Chambers weiter erklärte, steht auch beim Schmerzmanagement von ESRD-Patienten ein Assessment an erster Stelle. Es gelte zudem, den Patienten gut zu erklären, welches Behandlungsziel realistisch ist, mit welchen Nebenwirkungen sie rechnen müssen und was dagegen unternommen werden kann.

Die medikamentöse Behandlung der Schmerzen basiert auch bei Nierenerkrankten auf dem WHO-Stufenschema. Allerdings sollte es leicht modifiziert werden. Im Rahmen der Stufe 1 und 2 empfahl Chambers den Einsatz von Paracetamol bei leichten und Tramadol bei stärkeren Schmerzen. Bei Dialysepatienten sollte eine reduzierte Tramadol-dosierung verwendet werden (50 mg, 4-mal täglich), und bei konservativ behandelten Patienten kommen 50 mg, zweimal täglich, zum Einsatz. «NSAR sollten bei ESRD nur dann eingesetzt werden, wenn die restliche Nierenfunktion nicht erhalten werden soll», ergänzte Chambers.

Die limitierte Datenbasis zur Pharmakokinetik und -dynamik starker Opiode bei schwer nierenkranken Patienten

Tabelle:

Starke Opiode bei nierenkranken Schmerzpatienten

Analgetikum	Kommentar der Referentin Dr. Elizabeth Joanna Chambers
Morphin	Lang dauernden Einsatz vermeiden, da Metaboliten (M3G, M6G) akkumulieren können.
Hydromorphon	Vorsichtiger Einsatz bei Dialysepatienten möglich.
Fentanyl	Nützliche parenterale Form, transdermale Formulierung bei stabilen Schmerzzuständen.
Methadon	Nur einsetzen, falls mit Umgang vertraut.

erschwert ihren Einsatz als Analgetika der Stufe 3. Am meisten Informationen liegen zu Morphin vor. «Wie es scheint, sind Patienten mit ESRD besonders anfällig für die toxischen Effekte von Morphin, verursacht durch die Akkumulation der beiden aktiven Metaboliten Morphin-6-Glukuronid (M6G) und Morphin-3-Glukuronid (M3G)», sagte Chambers. Die Dialyse entfernt M3G, nicht aber M6G. Die Referentin empfahl daher, einen lang dauernden Einsatz von Morphin bei Nierenerkrankten möglichst zu vermeiden.

Dagegen scheint sich Methadon gut für den Einsatz bei ESRD-Patienten zu eignen, da es nicht akkumuliert und zu einem grossen Teil über die Faeces eliminiert wird. «Soviel wir wissen, wird Methadon während der Dialyse nicht entfernt», so Chambers. Sie betonte jedoch mehrmals, dass sie den Einsatz von Methadon nur denjenigen Kolleginnen und Kollegen empfehlen kann, die diese Substanz regelmässig einsetzen und sich im Umgang damit sicher fühlen.

Hydromorphon, danach Fentanyl

Fentanyl stellt nach Aussage der Rednerin ein sehr nützlich Analgetikum für Nierenerkrankte im Endstadium dar: «Ich verwende subkutanes Fentanyl in der terminalen Phase und transdermales Fentanyl bei Dialysepatienten mit stabilen Schmerzzuständen.» Zur Titration vor dem Einsatz eines Fentanylpflasters setzt Chambers Hydromorphon ein. Dabei kommen initial 1,3 mg Hydromorphon alle vier bis sechs Stunden zur Anwendung. Sollten sich

die Schmerzen mit sechs oder mehr 1,3-mg-Dosen pro Tag nicht kontrollieren lassen, folgt der Einsatz eines Fentanylpflasters (12 µg/h) mit anschliessendem Auftitrieren, falls die Schmerzlinderung weiterhin ungenügend ist. «Dabei sollte stets ein Monitoring hinsichtlich des Auftretens von Toxizitäten beziehungsweise einer Veränderung der Schmerzen durchgeführt werden», betonte Chambers. Zur Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Hydromorphon bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung liegt mittlerweile auch eine aktuelle Studie vor (3).

Therese Schwender

Quelle:

Parallelsymposium «Complexity in Symptom Management: Symptom management for patients with end stage renal disease and palliative care patients with renal impairment.» EAPC-Kongress, Wien, 9. Mai 2009.

Literatur:

1. Davison S.N., Jhangri G.S.: The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 465–473.
2. Bailie G.R.: Analgesic prescription patterns among hemodialysis patients in the DOPPS: Potential for underprescription. *Kidney Int* 2004; 65: 2419–2425.
3. Davison S.N., Mayo P.R.: Pain management in chronic kidney disease: the pharmacokinetics and pharmacodynamics of hydromorphone and hydromorphone-3-glucuronide in hemodialysis patients. *J Opioid Manag* 2008; 4: 335–336, 339–344.

VERANSTALTUNGSHINWEIS:

Jahres- und Forschungstagung 2009 «Schmerz und Demenz» und

3. Nationaler Forschungstag «Palliative Care»

10. und 11. September 2009, Basel

UBS Ausbildungs- und Konferenzzentrum Basel, Viaduktstrasse 33

An der Jahrestagung am 10. September 2009 werden in Übersichtsreferaten und interaktiven Workshops die wichtigsten Instrumente der Schmerzerfassung bei Demenzkranken sowie Grundlagen und Besonderheiten in der Behandlung ihrer Schmerzen umrissen. Gastgesellschaft ist die Schweizerische Alzheimervereinigung.

Am 11. September 2009 findet der 3. Nationale Forschungstag «Palliative Care» in der Schweiz statt. Die in der Schweiz tätigen Forschungsteams stellen ihre Projekte und deren aktuelle Resultate vor.

Weitere Informationen: www.palliative.ch

