

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2004-2005)

Heft: 85

Artikel: Invasive Schmerztherapie zu Hause

Autor: Weber, Andreas

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-789962>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Invasive Schmerztherapie zu Hause

Dr.med. Andreas Weber, FMH Anästhesie, MediX Gruppenpraxis, Rotbuchstr. 36, 8037 Zürich

Frei praktizierender Anästhesist und Schmerztherapeut, Vorstandsmitglied des palliative care NETZWERK ZÜRICH

Ein gutes Leben. Ein guter Tod. Ein Thema, das zunehmend enttabuisiert wird. Sowohl in der Bevölkerung, wie auch unter den Gesundheitsfachleuten.

Wenn man die Leute fragt, was sie sich am Lebensende wünschen, so steht der Wunsch, keine Schmerzen und keine Atemnot zu erleiden, bei 80% der Befragten ganz zuvorderst (BMJ 2003;327;180). In Wirklichkeit sterben aber 42% der Leute mit Schmerzen (Nurs Res 2000;49;310, N Engl J Med 1994;330;592).

Dabei könnten 80%–90% der Schmerzen bei konsequenter Anwendung des WHO Stufenschemas zur Schmerztherapie genügend behandelt werden. Die jüngsten Anstrengungen des Gesundheits- und Umweltdepartements, Palliative Care in den Pflegeheimen und zu Hause zu fördern, werden uns diesem Ziel näher bringen. In 10%–20 % der Fälle werden aber perorale und transkutane Opiate und adjuvante Mittel versagen. Hier können invasivere Schmerztherapien wie Nervenblockaden, Spinalanästhesie oder PCA Pumpen¹ mit systemisch verabreichten Opiaten und anderen Medikamenten helfen.

Bei einem 64-jährigen Patienten mit Lungenkrebs und Metastasen in verschiedenen Organen und den Lendenwirbelköpern sowie Infiltration des Plexus Sacralis konnte weder die lokale Bestrahlung noch die Umstellung der peroralen Opiate auf transkutanes Fentanyl und später intravenös verabreichtes Morphin eine Linderung bringen. Eine zu Hause implantierte, subkutan tunnelisierte Spinalanästhesie reduzierte die Schmerzen auf der Visuell-Analogskala von 10 auf 2 – 3. Der Patient konnte

¹ PCA = patient controlled anesthesia. Es handelt sich um eine Pumpe, die der Patient selbst steuert und sich so die individuell notwendige Menge von Opiaten oder anderen Medikamenten intravenös, subkutan oder intraspinal verabreicht.

wieder gehen, der Appetit kam zurück und er konnte die letzten drei Wochen bis zum Tod zu Hause und in seinem Garten verbringen. Die spinale Verabreichung von Opiaten, kombiniert mit Lokalanästhetika ist eine etablierte und günstige Methode für refraktäre Tumorschmerzen, vor allem in der unteren Körperhälfte. Infektionen sind auch bei mehrwöchiger Therapie selten. Häufiger werden Präthesien (50%), Paresen (30%) und Urinretention (30%) beobachtet. Der Patient kann die Schmerztherapie über eine PCA Pumpe selbst steuern, dann treten diese Nebenwirkungen seltener auf. Bei mehrmonatiger Behandlung sollte eine transkutan steuerbare Pumpe implantiert werden.

In einem anderen Beispiel wurden starke Unterbauchschmerzen bei einem Rektumkarzinom mit Metastasen und erfolgloser Chemotherapie mit bis zu 1200 mg peroralem Morphin behandelt, ohne nennenswerte Schmerzlinderung. Andere, auch systemisch verabreichte Opiate und adjuvante Analgetika führten nicht zum Ziel. Über eine PCA Pumpe intravenös appliziertes Ketamin reduzierte die Schmerzen innert wenigen Stunden von 7-8 auf der Visuell-Analogskala auf 1-2. Die damit verbundene Sedation wurde vom Patienten und seinen Angehörigen in Kauf genommen. Zwei Tage später starb der Patient schmerzfrei und im Kreis der Angehörigen. Ketamin ist ein intravenös injizierbares Allgemeinanästhetikum mit starker analgetischer Wirkung. Im Unterschied zu anderen Narkosemitteln, ist die Sedation gering und der Muskeltonus sowie der Atemantrieb bleiben erhalten.

Viele dieser PatientInnen mit therapierefraktären Schmerzen befinden sich in der Endphase ihres Lebens. Oft sind sie bettlägerig. Der Transport in ein Spital zwecks Evaluation und Installation einer invasiven Schmerztherapie ist kompliziert und beschwerlich und führt häufig dazu, dass die Leute dann gleich im Spital bleiben. Damit wird das von 70% der Leute gehegte Ziel, zu Hause zu sterben, kurz vor Schluss verfehlt.

Die Schmerztherapie sollte deshalb zu Hause oder im Pflegheim, d.h. am vertrauten Ort des Patienten erfolgen. Dies ist durchaus möglich. Voraussetzung ist eine gute Schulung der PatientInnen und der Angehörigen, sowie eine enge und sorgfältig geplante Zusammenarbeit von Schmerztherapeut, Hausarzt, Spitex und anderen palliativ tätigen Organisationen.

Entscheidend ist, die Schmerzen der PatientInnen ernst zu nehmen. Schmerzen sind ein Notfall und sollten rasch und konsequent behandelt werden. Wenn man sie kausal nicht behandeln kann und mit dem WHO Schema „by the mouth, by the clock and by the ladder“² nicht innert Stunden bis wenigen Tagen Erfolg hat, sollten – allenfalls auch nur vorübergehend – invasive Schmerztherapien in Betracht gezogen werden. Damit könnten wir wieder einigen Menschen ihren wichtigsten Wunsch am Lebensende erfüllen.

| Welches sind für Sie die 3 wichtigsten Umstände für einen guten Tod? | Laienpflegende, Angehörige / Freunde (%) | Professionell Pflegende / Betreuende (%) |
|--|--|--|
| Wahl des Sterbeortes | 32 | 30 |
| Wahl des Zeitpunkts (mit Option, diesen selbst zu bestimmen) | 42 | 27 |
| Sterbebegleitung | 28 | 25 |
| Linderung von unangenehmen Nebenwirkungen (Schmerzen, Atemnot) | 80 | 77 |
| Keine medizinischen Interventionen | 20 | 35 |
| Palliative Care | 15 | 17 |
| Linderung seelischen Leidens | 19 | 28 |
| Psychologische Unterstützung / Begleitung | 15 | 10 |
| Klärung finanzielle Angelegenheiten | 18 | 22 |
| Begleitung der Familienangehörigen nach dem Tod | 26 | 24 |
| Wo möchten Sie am liebsten sterben? | | |
| • Zuhause | 67 | 76 |
| • Hospiz | 7 | 6 |
| • Spital | 2 | 12 |
| • Keine Äusserung | 23 | 15 |
| BMJ 2003: 327;180 | | |

² Orale, regelmässig, entsprechend Wirkdauer verabreichte Medikamente. Stufe I: nicht-Opioide (NSAD), Stufe II: schwache Opioide, Stufe III: starke Opioide