

- ▶ Wesentlich für die Verabreichung eines **Opioidperfusors** ist eine **Indikation**. Der **Sterbeprozess** per se ist **nicht** als solche zu werten.
- ▶ Indikationen für starke Opioide bei sterbenden Menschen sind starke Schmerzen, Atemnot und Husten - eine bestehende **Schmerztherapie** möge **evaluiert und keinesfalls abgebrochen** werden.
- ▶ Eine **äquianalgetische Umrechnung** im Falle einer vorbestehenden Schmerztherapie ist wesentlich, zu diesem Zwecke existieren zahlreiche Tabellen.



## Der „Vendalperfusor“\*

# Mythos am Lebensende?

Aus dem inoffiziellen Fachdiskurs österreichischer, deutscher und Schweizer Ärzte wurde bekannt, dass die unbegründete Anwendung von Morphin am Lebensende zunimmt. Die dahinterstehenden Absichten sind unklar und lassen jedenfalls vermuten, dass in mitteleuropäischen Ländern medizinische Maßnahmen auch zur absichtsvollen Verkürzung menschlichen Lebens angewendet werden. Diese Annahme ist durch Belege der Fachliteratur gestützt<sup>1,2</sup>. Bei jedem zweiten Sterbenden in Frankreich treffen Ärzte Entscheidungen, welche die Lebenszeit verkürzen – das erfolgt meistens dadurch, dass die Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln erhöht wird<sup>3</sup>.

Das soll nicht den Blick auf die Tatsache verstellen, dass der größte Anteil von Sterbenden mit Schmerzmitteln unterversorgt ist<sup>4</sup> und Opioide zu den wichtigsten Medikamenten der Palliativmedizin gehören.

**Arbeitsdefinition:** „Vendalperfusor“ ist ein medizinischer Jargonbegriff, der wegen des in Österreich häufig verwendeten i.v. Morphins Vendal® landläufig als Synonym für einen Opioidperfusor verwendet wird. Er steht für eine ärztlich angeordnete kontinuierliche parenterale Zufuhr von Opioiden (mit oder ohne Benzodiazepinen/Sedativa) bei sterbenden Menschen, für die oft keine fachlich begründete Indikation nachweisbar bzw. dokumentiert ist. Der „Vendalperfusor“ scheint demnach u. a. ein symbolhafter Indikator für eine medizinische Einschätzung zu sein, die nicht anderweitig kommuniziert ist.

Wesentlich für das Phänomen ist zum einen die Tatsache, dass keine Indikation für die

Anwendung von Opioiden erkennbar ist bzw. explizit kommuniziert wird. Das zweite Merkmal ist das Fehlen einer erkennbaren Absicht, die Effekte der Medikamente zu beobachten. Als drittes Merkmal ist wesentlich, dass die Zufuhr rate starr (z. B. 40 mg Morphin/50 ml – Flussrate 2 ml/h) ist bzw. unbegründet erhöht wird. Aus der Literatur geht hervor, dass die Missachtung des ethischen Prinzips der Proportionalität unter den beteiligten Personen erheblichen Stress und Arbeitsplatzunzufriedenheit auslöst<sup>5</sup>. Das Prinzip der Proportionalität trägt der Verhältnismäßigkeit von Handlungen Rechnung (konkretes Beispiel: Die ärztliche Anweisung „Wenn er morgen noch lebt, verdoppeln wir die Morphinosis“ verletzt das Prinzip der Proportionalität, da sie den Exzess des Mittels nicht auf das Verhältnis Symptomlast/Dosis bezieht; **Tab. 1**).

Eine Variante des Perfusors ist die fix dosierte s. c. Gabe von Morphin 5 oder 10 mg, in 6-stündlichen Intervallen (z. B. Morphin 5 mg 1–1–1–1 s. c.). Dieses Dosierungsintervall ist selbst bei indizierter Anwendung falsch, da die Wirksamkeit von subkutanem Morphin 4 Stunden beträgt und es daher in der Indikation „Schmerz“ und bei nachweislicher Wirksamkeit zu Schmerzspitzen durch „end-of-dose-failure“ kommt. Die Steigerung der Einzeldosen wäre dann die Klimax der Falschanwendung (siehe Zitat Prof. Lukas Radbruch).

Die Autoren haben bei Abwesenheit einer nachvollziehbaren Dokumentation von Schmerzen, Luftnot oder Husten Kollegen um den Grund für die Anwendung des „Vendalperfusors“ gefragt. Die Antworten lauteten sinngemäß: „... damit ihr das Sterben leichter fällt ...“

„... es wird ja in dieser Situation ohnehin keine gute Zeit mehr kommen ...“

„... damit er nichts mitbekommt ...“

„... damit sie ein wenig gedämpft ist ...“

**Validierte beobachterorientierte Instrumente einsetzen:** Grundsätzlich haben Opioide auch sedierendes Potenzial, das Phänomen ist aber nicht regelhaft und es entwickelt sich rasch Toleranz dafür. Opioide sollen nicht in der Absicht der Bewusstseinsdämpfung zur Anwendung kommen.

Eine Zielsteuerung von Opioiden ist zu fordern. Als Goldstandard gelten valide, patientenorientierte Parameter (z. B. numerische Ratingscale NRS 0–10: keine Schmerzen – stärkste vorstellbare Schmerzen). Für Patienten, die nicht in der Lage sind, verbal zu kommunizieren, existieren ausgezeichnete validierte, beobachterorientierte Instrumente: für Schmerz u. a. der BESD<sup>7</sup>, für Atemnot die Campbell-Skala<sup>6</sup>. Wenn der Sterbevorgang unwiderrufflich eingetreten ist (die letzten Stunden und Tage), sind diese Instrumente hervorragend geeignet, Symptomintensitäten einzuschätzen ohne die Sterbenden zu stören. Es wird Pflegenden und Ärzten empfohlen, gemeinsam 4-mal täglich die Symptomintensität zu erfassen.

**Tab. 1: Medizinische Indikationen für Opioide bei Sterbenden**

- Symptomatische Therapie von
- starken opioidsensitiven Schmerzen
- starker therapierefraktärer Atemnot
- starkem therapierefraktärem Husten



FOTO: SARAH WEIXLER

**DR. DIETMAR WEIXLER, DR. EVA KATHARINA MASEL**  
**MSC (PALLIATIVE CARE),**  
 Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Notarzt, Abteilung für Palliativmedizin,  
 Lehrbeauftragter der Medizinischen Universität Wien, Universitätsklinik für Innere  
 Lehrbeauftragter der PMU Salzburg/ Medizin I, Medizinische Uni-  
 Universitätslehrgang Palliative Care, versität Wien  
 Schönberg am Kamp

## „Die Verwendung von Opioiden außerhalb der Indikationsbereiche ist ein Missbrauch“\*\*

### Der Schmerzperfusion: Logos und Mythos

Der Begriff Schmerz leitet sich etymologisch vom althochdeutschen „smerza“ ab, was so viel wie „brennen“ oder „schwelen“ bedeutet. Zugleich hat die lateinische Bedeutung „dolor“ auch die Bedeutung von „Kummer“. Primär als lebenswichtige Schutzfunktion gedacht, signalisiert Schmerz Gefahr und Schädigung. Das gilt allerdings nur für den akuten Schmerz. Chronischer Schmerz ist per se als eigene Erkrankung anzusehen. Schmerzen in der terminalen Phase werden mit 51 % in den letzten 48 Stunden des Lebens, mit 42 % in den letzten 24 h des Lebens angegeben<sup>9</sup>. An die Verabreichung von Opioiden sind zahlreiche symbolische Vorstellungen gebunden. Bereits in der griechischen Mythologie war Hypnos („Schlaf“) der Bruder des Thanatos („Tod“). Morpheus, nach dem das 1804 erstmals isolierte Opiat Morphin benannt ist, war der Sohn des Hypnos. Der „Vendalperfusion“ betrifft zu meist fortgeschrittene Tumorerkrankungen und die Symptomkontrolle damit assoziierter Schmerzen. Im Rahmen chronischer onkologischer Erkrankungen muss zwischen therapieassoziierten und tumorassoziierten Schmerzen unterschieden werden. Zu Beginn der Erkrankung bestehen oft therapieassoziierte Schmerzen, wie etwa postoperativ oder nach Radiatio. Diese haben für die Patienten eine andere Bedeutung als tumorassoziierte Schmerzen, die ein Fortschreiten der Erkrankung signalisieren. Zu erwähnen ist, dass im Rahmen der Verabreichung eines Opioidperfusion der subkutane Zugang Mittel erster Wahl sein sollte und ein intravenöser Zugang

keinen Vorteil bietet. Die subkutane systemische Applikation ist simpel und effektiv und sollte die Alternative erster Wahl für Patienten sein, denen Opiode nicht über die orale oder transdermale Route verabreicht werden können. Die intravenöse systemische Applikation sollte angewendet werden, wenn die subkutane Administration kontraindiziert ist (im Falle von peripheren Ödemen, Koagulopathien, schwacher peripherer Zirkulation, Bedarf an hohen Volumina und Dosierungen), und sollte zur Opioidtitration verwendet werden, wenn eine schnelle Schmerzkontrolle notwendig ist.<sup>9</sup> Schmerztherapie ist ungeachtet dessen weit mehr als reine Symptomatologie. Wie bereits von Cicely Saunders in ihrem Modell des „Total Pain Concepts“ beschrieben, sollten physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte in eine adäquate Schmerztherapie einfließen. Bei therapierefraktären Schmerzen rückt nicht selten die somatische und medizinische Ebene in den Vordergrund, da Schmerz ein immanentes Handlungsbedürfnis hervorruft. Jedoch sollten auch in diesem Fall die vorhin erwähnten nichtsomatischen Aspekte in das ärztliche Handeln einfließen. Sowohl ein „overtreatment“ als auch ein „undertreatment“ gilt es in einer optimalen Schmerztherapie zu vermeiden. Therapiepläne müssen überdacht und wiederholt angepasst werden. Ritualisierte Handlungen am Lebensende entstehen nicht selten aus einem medizinischen Automatismus heraus. Wesentlich für die Verabreichung eines Opioidperfusion ist jedoch eine Indikation. Der Sterbeprozess per se ist keinesfalls als solche zu werten. Bei bereits vorbestehender oraler oder transdermaler Opioidmedikation stellen am Lebensende Kachexie (aufgrund der

Lipophilie von transdermalen Pflastern und bei Kachexie nicht mehr ausreichender Resorption), Nausea oder Ernesis, Schluckstörungen, Schwäche oder Vigilanzschwankungen eine Indikation für die Umstellung auf einen Opioidperfusion dar. Eine äquianalgetische Umrechnung im Falle einer vorbestehenden Schmerztherapie ist wesentlich, zu diesem Zwecke existieren zahlreiche Tabellen. Nicht selten wird jedoch eine Angst- und Schmerzfremheit durch die Applikation von Medikamenten im Sinne einer „vorbeugenden“ Therapieverabreichung zugesichert. Dieses Phänomen kann als in guter Absicht intendiert gedeutet werden, dennoch ist festzuhalten, dass ein „Standardperfusion“ am Lebensende ohne Indikation abzulehnen ist. „Usus est tyrannus“ – wie bereits von Horaz formuliert. ■

\* Vendal® ist ein eingetragener Handelsname. Eine Ampulle Vendal® enthält 1 ml Morphinhydrochlorid 10 mg. Ein in Österreich seltener gebrauchter Jargonbegriff ist „MO-Perfusion“ (sprich MO). Die Autoren distanzieren sich ausdrücklich von der Absicht, den Hersteller des Produktes in Misskredit bringen zu wollen – vielmehr ist es ihre Absicht, ein Phänomen zu beschreiben, für das die Community einen Jargonbegriff gefunden hat. Selbstverständlich können auch andere Opiode wie Buprenorphin, Fentanyl, Hydromorphon oder Oxycodon über den Perfusion verabreicht werden.

\*\*nach Univ.-Prof. Dr. Lukas Radbruch, Professur für Palliativmedizin an der Universität Bonn, Editor-in-Chief der Zeitschrift „Der Schmerz“, European Association for Palliative Care am 5. Universitären Palliativmedizinischen Aufbaulehrgang der PMU Salzburg, 7. 6. 2013)

1 Cohen J et al., Eur J Public Health 2013; 23(3):378–80  
 2 Schildmann J et al., Palliat Med 2010; 24(8):820–7  
 3 Weiser U, „Die Menschen wollen ihren Tod zurück“. In: Die Presse. Feuilleton vom 10. Juni 2013  
 4 Breivik H et al., Ann Oncol 2009; 20:420–33  
 5 Anquinet L et al., Palliative Med 2013; 27(6):553–61  
 6 Campbell ML et al., J Palliat Med 2010; 13(3):285–90  
 7 Basler HD, Der Schmerz 2006; 6:519–26  
 8 Hanks G et al., Oxford textbook of palliative medicine (4th ed.). Oxford University Press 2011  
 9 Caraceni A et al., Lancet Oncol 2012; (13):e58–68