

Palliative Sedation – ein möglicher Weg für ein besseres Sterben

Palliative Sedation klingt nach einer technischen Fertigkeit, aber in Wirklichkeit ist sie das nur zu einem geringen Teil. Ziel ist die Linderung von Symptomen während des Sterbeprozesses und keinesfalls eine «langsame Euthanasie». Die Entscheidung zur palliativen Sedation darf nie nur durch eine einzelne Person gefällt werden, und sie erfordert eine ganze Reihe von Voraussetzungen.

René Kuhn

Es ist wichtig, auch bei der Sedation die Grundsätze der palliativen Medizin nicht aus den Augen zu verlieren. Dies bedeutet, dass wir nicht Angst und Schrecken verbreiten wollen, sondern Frieden und Raum für das Wesentliche zu vermitteln suchen. In einer Multizenterstudie wurde gezeigt, dass bei korrekter Durchführung der palliativen Sedation der Tod nicht beschleunigt wird (1). Die Intervention muss

MERKSÄTZE

- ❖ Ziel einer palliativen Sedation ist die Linderung von Symptomen während des Sterbeprozesses, nicht dessen Beschleunigung.
- ❖ Bei korrekter Durchführung beschleunigt eine palliative Sedation das Sterben nicht.
- ❖ Klare Richtlinien in der Institution oder beim ambulanten Team müssen vorhanden sein.
- ❖ Zuständigkeit und Erreichbarkeit der Bezugspersonen müssen jederzeit gewährleistet sein.
- ❖ Die Indikation für eine palliative Sedation wegen therapie-refraktärer Symptome muss durch mehrere Fachpersonen gestellt werden.
- ❖ Das Einwilligungsverfahren muss transparent und ohne Zeitdruck ablaufen.
- ❖ Je besser eine palliative Sedation vorbereitet und besprochen wurde, desto seltener wird sie erfahrungsgemäss tatsächlich notwendig.

immer symptombezogen sein und das Leiden mindern. Das sogenannte SENS-Schema muss deshalb eingehalten werden. SENS umfasst die folgenden Punkte (2):

- S Symptom
- E Entscheidungsfindung
- N Netzwerk-Organisation
- S Support der Angehörigen.

Die Grundsätze der palliativen Medizin sind nicht immer so einfach einzuhalten, da uns ein Umfeld mit Vorgaben wie Finanzen, Zeitressourcen und kulturellen Verschiedenheiten daran hindern kann. Hier ist die eigene Auseinandersetzung mit der Situation unumgänglich. Schon Albert Einstein meinte: «Nicht alles, was gezählt werden kann, zählt, und nicht alles, was zählt, kann gezählt werden.»

Definition

Es ist mir ein Anliegen, klarzustellen, dass die palliative Sedation einen von vielen möglichen Wegen darstellt. Aber es kann ein sehr guter und symptomlindernder Weg sein. Von palliative.ch (3) wurde sie definiert als

- ❖ gezielte Anwendung sedierender Medikamente in der minimal effektiven Dosis zur adäquaten Verminderung (Definition erfassbarer Ziele) eines oder mehrerer refraktärer Symptome durch die gezielte Veränderung des Bewusstseins,
- ❖ zeitlich limitiert oder permanent,
- ❖ in Kollaboration mit einem kompetenten interprofessionellen Team,
- ❖ bei einem Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung (Tage bis Wochen).

Daraus geht hervor, dass das Ziel der palliativen Sedation die Symptombehebung und nicht das Sterben ist.

Voraussetzungen

Palliative Sedation sollte nur dann durchgeführt werden, wenn klare Richtlinien in der Institution oder beim ambulanten Team vorhanden sind. Die Zuständigkeit und Erreichbarkeit der Bezugspersonen muss jederzeit gewährleistet sein und tatsächlich zur Verfügung stehen. Eine palliative Sedation kann nicht gemacht werden, indem man lediglich die technische Verrichtung ausführt. Permanente Betreuung und Begleitung sind ein Muss und werden leider nur zu oft übergangen, sei es aus finanziellen Gründen oder Zeitmangel. Nur wenn diese grundlegenden Voraussetzungen vorhanden sind, kann an eine palliative Sedation gedacht werden.

Fallbericht

Ein Beispiel, wie die palliative Sedation in einer Langzeitinstitution auf einer Palliativstation ablaufen könnte, möchte ich anhand der nachfolgenden Fallschilderung zeigen.

Frau B. ist 53 Jahre alt, verheiratet und Mutter von zwei Kindern im Teenageralter. Die Diagnose eines Karzinoms mit Metastasen hat sie vor 2 Jahren erhalten. Frau B. wurde vor Kurzem informiert, dass der Tumor trotz Erhaltungstherapie nun rasch progredient ist. Gemeinsam wurde der Entscheid getroffen, die Chemotherapie abzusetzen. Die Betroffene und ihre Angehörigen wurden dahingehend beraten, sich einen Platz in einer stationären Palliativstation mit Pflegeheimstatus zu suchen. Kurze Zeit später erfolgte dann der Eintritt in eine spezialisierte Einheit der «Palliative Care».

Frau B. hatte einen Port-a-cath, der bei Eintritt nicht angestochen war. Frau B. konnte ihre Wünsche sehr klar formulieren und auch begründen. Körperlich war sie in einem sehr reduzierten Zustand. Sie war bettlägerig und konnte aufgrund von Kraftlosigkeit und Schmerzen nicht mehr aufstehen.

Beim Eintrittsgespräch äusserte sie gegenüber der Pflegefachperson, dass sie mit sehr starken Schmerzen gewohnt sei zu leben. Es gebe aber auch Attacken, bei denen sie unerträgliche Schmerzen im Brustbereich erlebe, die von Erstickungsanfällen begleitet seien. Dies sei in der Vergangenheit einige Male vorgekommen und vom Auftreten her deutlich zunehmend. Auch in verschiedenen Unispitälern konnten Spezialärzte diesen Attacken nur ungenügend entgegenwirken. Frau B. äusserte grösste Angst vor diesen Anfällen. In solchen Momenten wollte sie nur noch sterben, da die Medikamente nicht in nützlicher Frist wirkten. Diese Anfälle traten ohne Vorwarnung auf.

Daraufhin wurde folgendes Prozedere eingeleitet: Es wurde kurzfristig ein «runder Tisch» einberufen, an dem Frau B., ihr Ehemann, der betreuende Arzt und die Bezugsperson aus dem Pflege team anwesend waren. Die unbeherrschbaren Attacken waren das zentrale Thema. Der Arzt thematisierte die palliative Sedation und erklärte die Wirkung und Vorgehensweise. Nach

eingehender Beratung und Diskussion entschied Frau B. gemeinsam mit ihrem Ehemann, dass die palliative Sedation mit Midazolam durchgeführt werden solle. Der Zeitpunkt des Beginns wurde festgelegt sowie dass Frau B. nochmals nach einem Tag erwachen wollte, um sich zu verabschieden. Frau B. wünschte, dass die Sedation über den Port-a-cath durchgeführt wurde. Für das Team war es das erste Mal, dass die Sedation über den Port-a-cath erfolgte. Es wurde deshalb entschieden, zur Unterstützung einen palliativen Konsiliardienst zu kontaktieren. Das Pflege team wurde darüber instruiert, worauf bei einer Sedation via implantiertes Kathetersystem zu achten ist und welche Komplikationen in der Aufwachphase auftreten können. Mit dem Konsiliardienst wurde zudem vereinbart, dass dieser telefonisch erreichbar sei, falls die Aufwachphase eingeleitet werden sollte, um Support bei möglichen Problemen geben zu können.

Die diplomierte Pflegefachperson hat den Port angestochen und die Sedation eingeleitet, bis die erwünschte Sedationstiefe erreicht wurde. Unter ständiger Überwachung verlief die Sedation über 24 Stunden ohne Probleme. Mit dem Ehemann wurden regelmässig Gespräche geführt. Die Aufwachphase wurde 1 Tag nach Beginn der Sedation eingeleitet, wie besprochen. Frau B. erlebte schon während des Aufwachens wieder eine Attacke mit stärksten unbeherrschbaren Schmerzen und Erstickungsanfällen. Die diplomierte Pflegefachperson kontaktierte umgehend den Arzt, welcher den Abbruch der Aufwachphase und die Rückkehr zur ursprünglichen Sedationstiefe empfahl. Der Ehemann begrüsste den Entscheid.

Frau B. verstarb 2 Tage später im Beisein ihres Ehemannes und der beiden Kinder. In der Nachbesprechung äusserte der Ehemann Zufriedenheit darüber, dass seine Frau ihre Schmerzattacken, die sie so lange gepeinigt hatten, nicht mehr ertragen musste. Zudem war er froh, dass beim Aufwachversuch der Entscheid zum Rückgang zur tiefen Sedation sehr rasch gefällt werden konnte.

Palliative Sedation ist also nicht nur eine technische Fertigkeit, sondern sie benötigt ein reflektierendes, fachkompetentes Team, das die Kunst der Medizin versteht und auch anwendet.

Zusätzlich sind in medizinischer Hinsicht folgende Grundlagen zu beachten:

1. Eine klare klinische Indikation wegen therapierefraktärer Symptome muss vorhanden sein. Dies können neben Schmerzen, Atemnot, Blutungen, gastrointestinalen Symptomen oder Delir auch existenzielle Stresssymptome sein (z.B. Panik, schwerste Depression, therapierefraktäre Insomnie oder andere Formen affektiver Dekompensation).
2. Die Beurteilung, ob ein Symptom therapierefraktär ist, kann schwierig sein. Im Zweifelsfall ist ein palliativer Konsiliardienst beizuziehen. Die Einschätzung, dass ein Symptom therapierefraktär ist, muss durch mehrere Fachpersonen erfolgen. Vorteilhaft ist es, wenn dies in einem multiprofessionellen Team geschieht, da alle Beteiligten mithelfen und die Massnahmen verstehen müssen.
3. Das Einwilligungsverfahren muss transparent und ohne Zeitdruck ablaufen. Der komplette Entscheidungsprozess sowie der Verlauf müssen nachvollziehbar dokumentiert werden. Mögliche Krisensituationen werden vorbesprochen und konkrete Massnahmen eingeleitet oder genau geplant. Bei ambulanten Patienten geschieht eine Vorinfor-

mation an den Rettungsdienst, dass die Angehörigen bei Eintreffen einer Krise eine Verlegung in das vorbestimmte und vororientierte Spital auslösen können. Ebenfalls sind Hoffnungen und Wünsche des Patienten und der Angehörigen zu klären und zu berücksichtigen! Es erstaunt deshalb aus Erfahrung nicht, dass schlussendlich eine palliative Sedation, je besser sie vorbereitet und besprochen wurde, umso seltener tatsächlich notwendig wird.

Kontroversen werden bestehen bleiben, da es keine evidenzbasierte Kriterienliste für therapierefraktäre Symptome gibt, welche eine palliative Sedation indizieren. Zudem ist die Datenlage nicht eindeutig und eher älteren Datums. In der Literatur werden Dyspnoe, Schmerz und Delir/Unruhe als häufigste Indikationen aufgeführt, wobei die Angaben zur Häufigkeit recht unterschiedlich ausfallen (z.B. Delir/Unruhe: 4-45%; Dyspnoe: 27-52%; Schmerz: 3-49% [4-8]). Die Beurteilung, ob eine palliative Sedation indiziert ist, könnte demnach bei jedem Arzt individuell etwas anders aussehen. Ebenfalls sind Zeitpunkt und Dauer der Sedation individuell mit dem Patienten und dem Team zu definieren. Hier darf es keine unklaren Definitionen geben. Teils kontrovers

diskutiert wird unter Fachleuten zudem die parenterale Flüssigkeitszufuhr und Ernährungstherapie. Auch hier gilt aus meiner Sicht der palliative Grundsatz, dass in jedem einzelnen Fall individuell der Patient und das Symptom für den Entscheid am wichtigsten sind.

Vorbereitung

Gemeinsame Gespräche ohne externen Zeitdruck mit dem Patienten, den Angehörigen und der Pflege sind auf die Agenda zu setzen. Oft ist es nicht möglich, diese Gespräche nur einmal durchzuführen. Um fundierte Entscheidungsgrundlagen vermitteln zu können, braucht es aus meiner Erfahrung nicht selten mehrere Gespräche. Wie oft erleben wir, dass der Kommunikationspartner nicht das Gleiche versteht, was der Kommunikator glaubt gesagt zu haben. Hier sind Rückfragemöglichkeiten von allen Seiten wichtig, damit eine gute Entscheidungsfindung zustande kommt.

In diesem Setting muss auch verständlich und klar die Intentionalität deklariert werden. Die therapierefraktären Symptome sind für Patient, Angehörige und Pflege eindeutig definiert. Das Ausarbeiten der Krisenregelung ist, wie erwähnt, ein wichtiger Punkt und gibt insbesondere im ambulanten Bereich den Angehörigen ein Sicherheitsgefühl. Ganz wichtig: Die Befürchtungen oder Wünsche des Patienten sind klar zu erfragen und zu bearbeiten.

Auch die Sedationsform soll definiert werden. Will der Patient nur in der Nacht ruhen können oder möchte er eine kontinuierliche Sedation? Zudem sollte angesprochen werden, ob der Patient bis zum Tod sediert sein möchte oder nochmals ein Aufwachversuch gewagt werden soll.

Neben diesen wichtigen Vorbereitungen bilden die personellen und technischen Voraussetzungen die Basis zur Durchführung einer palliativen Sedation. Dazu gehört, dass die Richtlinien der Sedation an die Institution angepasst werden und genügend diplomierte Pflegefachkräfte der Tertiärstufe, die auch in palliativer Sedation instruiert wurden, vorhanden sind. Die technischen Hilfsmittel wie Infusomat und Medikament müssen sofort erreichbar sein. Die Ansprechpartner, insbesondere für die Angehörigen, sind definiert. Auch dies sollte besprochen und dokumentiert werden. Aus meiner Sicht ist es nicht zu vertreten, die Angehörigen in dieser schwierigen Situation alleine zu lassen oder ihnen sogar zuzumuten, dass sie nach einer Kurzinstruktion die Durchführung der Sedation alleine bewältigen müssen. Ohne eine enge Begleitung der Angehörigen, die oft sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, sollte keine dermassen therapieintensive Intervention durchgeführt werden.

Sedation mit Midazolam

Besonders bei einer kontinuierlichen Sedation ist unbedingt genügend Zeit für den Prozess der Verabschiedung für Angehörige und andere nahestehende Personen zu berechnen! Zunächst wird dem Patienten eine Probedosis Midazolam (Dormicum® und Generika) 0,5 bis 1 mg i.v. oder subkutan verabreicht, um den Effekt auf das Symptom und die allfälligen Nebenwirkungen zu evaluieren. Danach beginnt die intermittierende Sedation mit Midazolam (5 mg/5 ml), 1 ml alle 10 Minuten, gemäss Verordnungsblatt. In dieser Phase ist eine Fachperson anwesend und überwacht die Sedationstiefe, bis die komfortable Sedationstiefe erreicht ist. In der kontinu-

ierlichen Sedationsphase wird nach einem Basis-Bolus-Prinzip verordnet. Die Sedationstiefe und Beurteilung der Gesamtsituation wird stündlich bis zweistündlich weitergeführt.

Bestehende Analgetika werden per Infusomat weiter verabreicht, um die nötige Analgesie zu erhalten. Symptomorientierte Therapien können, falls nötig, ebenfalls weiter verabreicht werden. Die Infusionsmenge wird meistens auf das technisch Nötige reduziert. Die Körperpflege wird wie gewohnt weitergeführt. Vor der Sedation wurde vom Patienten schon bestimmt, ob er Einlagen oder einen Dauerkatheter wünscht.

In dieser Phase ist die Begleitung der besorgten Angehörigen entscheidend. Hier müssen Bedenken, Ängste und Befürchtungen ausgesprochen und in den Gesprächen thematisiert werden können. Die Bezugspersonen müssen erreichbar sein, insbesondere für die Angehörigen und während möglicher Krisen.

Abschluss

Die Betreuung der Angehörigen ist mit dem Tod des Patienten nicht beendet. In einem angemessenen Zeitraum ist eine Nachbesprechung mit den Hinterbliebenen nötig. Kritische Situationen sowie Ängste sollten angesprochen werden. Die Betroffenen sollten den Verlauf aus ihrer subjektiven Sicht wiedergeben können, ohne dass sich jemand rechtfertigen muss.

Im Team soll eine Fallbesprechung unter Führung des Teamleiters oder unter externer Supervision abgehalten werden. Nur so kann sich das Team verbessern und die kritischen Punkte erfassen, um somit dem nächsten Patienten besser gerecht werden zu können. Im Reusspark wird darüber hinaus nach einem Jahr bei den Angehörigen nochmals nachgefragt, da nicht selten erst dann eine klare Sichtweise übermittelt werden kann. ❖

Dr. med. René Kuhn

Chefarzt

Reusspark Zentrum für Pflege und Betreuung Gnadenthal
5524 Niederwil AG

E-Mail: rene.kuhn@reusspark.ch

Referenzen:

1. Broeckaert B: Palliative sedation, physician-assisted suicide, and euthanasia: «same, same but different»? Am J Bioeth 2011; 11(6): 62–64.
2. Eychmüller S: SENS is making sens – on the way to an innovative approach to structure palliative care problems. Therapeutische Umschau 2012; 69 (2): 87–90.
3. http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_3_bigorio_2006_Sedation_de.pdf
4. Ventafridda V et al.: Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. J Palliat Care 1990; 6(3): 7–11.
5. Morita T et al.: Terminal sedation for existential distress. Am J Hosp Palliat Care 2000; 17(3): 189–195.
6. Muller-Busch HC et al.: Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. BMC Palliat Care 2003; 2(1): 2.
7. de Graeff A, Dean M: Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliat Med 2007; 10(1): 67–85.
8. Engström J et al.: Palliative sedation at end of life – a systematic literature review. Eur J Oncol Nurs 2007; 11(1): 26–35.

Wir danken Herrn Dr. med. Markus Denger, wissenschaftlicher Beirat von ARS MEDICI, Frau Dr. med. Heike Gudat, Vorstandsmitglied von palliative.ch, und Dr. med. Klaus Bally, Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel, für ihre Unterstützung bei der Konzeption und Planung unserer Serie «Palliativmedizin in der Praxis».