

***Unerträgliche Qualen am Lebensende  
– palliative Sedierung eine mögliche Antwort?!“***



# Einleitung

„Niemand kann mir meinen Tod nehmen, niemand kann mir meinen Tod geben. Ich kann ihn mir nur selber nehmen, indem ich ihn mir geben lasse“ Jaques Derrida



# Definitionen

- **Sedierung** (lat. Sedo, zum sitzen bringen)=

Synonym für Müdigkeit,  
eins der häufigsten Symptome bei  
Tumorpatienten und häufige Nebenwirkung  
der Opioidtherapie  
eine medikamentös erzeugte  
Bewusstseinsdämpfung.



# Definition

## lt. Leitlinie EAPC

Die European Association for Palliative Care (EAPC) betrachtet die palliative Sedierung als **wichtige** und **notwendige Behandlungsoption** für **ausgewählte Patienten**, die unter sonst **therapierefraktären Symptomen** leiden.



# Definition

## It. Leitlinie EAPC

Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird ...verstanden, als der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage ..... um die Symptomlast in einer für Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.



# Definition

## **Palliative Sedierung**

ist der Einsatz sedierend wirkender  
Medikamente mit dem Ziel, durch eine  
Bewusstseinsminderung unerträgliches  
Leiden bei sonst therapierefraktären  
Symptomen zu lindern (Curriculum Helios 2016)



# Formen der Sedierung

- **Primär**= Ziel das Bewusstseinsniveau zu senken
- **Sekundär**= Nebenwirkung der palliativen Behandlung
- **Intermittierend**= Sedierung und wache perioden werden bewusst abgewechselt, damit Patient noch kommunizieren kann
- **Kontinuierlich**= Sedierung bleibt bis zum Tod konstant
- **Tief**= Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit
- **Oberflächlich**= Bewusstsein bleibt so weit erhalten, das eine Kommunikation möglich ist



# Abgrenzung

- Die palliative Sedierung dient dazu:

„Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen!“ (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung)

Quälende Symptome wie Luftnot, Schmerzen, Unruhe und Angst sollen gelindert werden, wenn Sie auf die normale palliative Therapie nicht ausreichend ansprechen



# Abgrenzung

- Der Grundsatz: „eine Inkaufnahme der Verkürzung des Lebens als Nebenwirkung“ hat allgemeine Anerkennung gefunden.

**ABER es wird die aktive Tötung des Patienten oder die Beschleunigung des Todeszeitpunkt als Entscheidungsgrund und Absicht ausgeschlossen!**



# Abgrenzung zu

- **Suizid:**

Suizid ist laut Weltgesundheitsorganisation der Akt der vorsätzlichen Selbsttötung. Der Bundesgerichtshof geht in seiner Rechtsprechung von der Straflosigkeit der Selbsttötung aus, wenn sie frei und eigenverantwortlich gewollt und verwirklicht ist.



# Abgrenzung zu

- **Tötung auf Verlangen:**

Tötung auf Verlangen liegt laut Strafgesetzbuch (StGB) § 216 vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten, in den Niederlanden („Euthanasie“), Belgien und Luxemburg dagegen unter bestimmten Bedingungen straffrei gestellt.



# Abgrenzung zu

- **(Bei-)Hilfe zum Suizid:**

Beihilfe zum Suizid leistet, wer einem Menschen, der sich selbst tötet, dabei Hilfe leistet. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben. In Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“ kommt es darauf an, dass der Hilfeleistende das Geschehen nicht in der Hand hält. Den entscheidenden Akt des Suizids muss der Sterbewillige selbst vollziehen, indem er das Getränk mit der tödlich wirkenden Substanz austrinkt, den tödlichen Schuss abfeuert. Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland straflos.



# Abgrenzung zu

- **Ärztlich assistierter Suizid:**

Rechtlich gesehen ist auch der ärztlich assistierte Suizid zuerst einmal eine Beihilfe zum Suizid und als solche straflos. Unter Umständen können in dieser Konstellation Abgrenzungsprobleme entstehen, weil der Arzt eine Behandlungspflicht haben könnte und deren Vernachlässigung zum Beispiel dazu führen könnte, einen ärztlich assistierten Suizid als Totschlag durch Unterlassen zu bewerten.



# Abgrenzung zu

- **Therapiezieländerung/Therapieverzicht/  
Therapieabbruch/Sterben zulassen:**

Nicht strafbar sind das Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen (Beenden) lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht. Dazu zählt insbesondere der Verzicht auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Dialyse, Reanimation beziehungsweise deren Abbruch vor Eintritt des Hirntodes.



# Deshalb nochmal zum Verständnis

- **Palliative Sedierung:**

Palliative Sedierung ist der überwachte Einsatz von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch keine anderen Mittel beherrschbares Leiden zu lindern, in einer für Patienten, Familie und Behandler ethisch akzeptablen Weise.

**Die Intention besteht eindeutig in der Symptomlinderung, nicht in einer Beschleunigung des Todeseintrittes.**



# Rahmenbedingungen

## 10 -Punkte-Programm:

- **Planung Versorgung Lebensende**
- **Erwägenswerte Indikation**
- **Klinische Einschätzung/Beratungsverfahren**
- **Anforderung an die Zustimmung**
- **Entscheidungsprozess mit den Angehörigen des Patienten**
- Auswahl der Sedierungsmethode
- Anleitung Dosistitration, Monitoring
- Entscheidungshilfen bezüglich Hydratation, Ernährung und Begleitmedikation
- Begleitung der Angehörigen des Patienten
- Begleitung der Behandelnden



# Indikationen

- Streng medizinische Indikationsstellung notwendig
- **Unerträgliche therapierefraktäre Symptome im Rahmen einer weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung**
- Nicht Methode der ersten Wahl
- Immer in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten



# Ziele und Intentionen

- Symptom- und Angstlinderung
- Tag-Nacht-Rhythmus wiederherstellen
- Bewusstseinsdämpfung in Notsituationen
- Erleichterung der Sterbesituation bei therapierefraktären Symptomen



## Wichtige Vorüberlegungen

- Prognose der Grunderkrankung ?
- Dauer und Umfang der Vormedikation ?
- Wahrscheinliche / mögliche Indikation(en) ?
  - eine oder mehrere
  - plötzlich oder geplant
- In der Patientenverfügung angesprochen?
- Zustimmung durch Patient oder  
Vorsorgebevollmächtigten?



# zu klärende Fragen:

**Wer wünscht Sedierung?** Patient Arzt/andere Behandler Angehörige

**Warum Sedierung?** körperliche Symptome Leiden/psychologische Belastung andere Gründe?

**Was ist das Ziel?** Symptombehandlung: Delir Sedierung = kausale Therapie  
Symptombehandlung: Schmerz, Luftnot Sedierung = Nebenwirkung  
Linderung von unerträglichem Leid Sedierung = Reduktion des Bewusstseinsniveaus



# Zu klärende Fragen:

**Welches Vorgehen?** intermittierend  
(Bolus bei Bedarf) oder kontinuierlich  
(Dauermedikation)

oberflächlich (Somnolenz) tief  
(Stupor/Koma) reversibel (zeitweilig)  
irreversibel (end-of-life, terminal)

**Was will der Patient?**

Patient ansprechbar (Einwilligung nach  
Aufklärung) Patient bewusstlos/delirant  
(Entscheidung durch Stellvertreter )



# Rechtliche Rahmenbedingungen

- Einwilligungsfähiger Patient:  
nach Aufklärung muss der Patient einwilligen,  
dann kann auf Grundlage der ärztlichen  
Indikation die Sedierung durchgeführt werden.



# Rechtliche Rahmenbedingungen

- Nichteinwilligungsfähiger Patient:
  - Vertretungsberechtigte=  
Vorsorgebevollmächtigter oder gesetzlicher  
Betreuer trifft Entscheidung
  - Patientenverfügung=  
Grundlage für Entscheidung
  - Wohl des Patienten als Hinweis



# Bedingungen einer palliativen Sedierung

- Dokumentation der Entscheidung
- Ärztliche (schriftl.) Anordnung liegt vor
- Im Begleitungs-/Betreuungsteam besteht Konsens
- Dokumentation des „Therapieverlaufes“



# Rahmenbedingungen

## 10 -Punkte-Programm:

- Planung Versorgung Lebensende
- Erwägenswerte Indikation
- Klinische Einschätzung/Beratungsverfahren
- Anforderung an die Zustimmung
- Entscheidungsprozess mit den Angehörigen des Patienten
- **Auswahl der Sedierungsmethode**
- **Anleitung Dosis titration, Monitoring**
- **Entscheidungshilfen bezüglich Hydratation, Ernährung und Begleitmedikation**
- Begleitung der Angehörigen des Patienten
- Begleitung der Behandelnden



# Medikamentöse Therapie

## Grundlage:

Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung (2009)

(EAPC: **E**uropean **A**ssociation for **P**alliativ **C**are)



# Leitlinie???

**Handlungsrahmen**, der entsprechend den jeweiligen kulturellen und nationalen Besonderheiten ausgestaltet und auf individuelle klinische Situationen angewendet werden soll



# Rechtlicher Status

**Leitlinie** = Rechtsqualität einer **Empfehlung**

im Gegensatz zu einer Richtlinie, die in ihrem Geltungsbereich rechtsverbindlichen Charakter hat



# Arzneimittel

## **Benzodiazepine:**

große Stoffgruppe mit einer

- antiaggressiven und anxiolytischen
- schlafinduzierenden und sedativen
- muskelrelaxierenden
- Epileptische Anfälle reduzierenden Wirkung



# Nebenwirkungen

allgemein:

- dosisabhängige Benommenheit
- verminderter Muskeltonus
- paradoxe Reaktionen (Agitiertheit)
- Entzugssymptome
- große Unterschiede bezüglich Wirkdauer (Hang-over), d.h. Nebenwirkungen können sich noch nach Tagen und Wochen zeigen



# Einsatzgebiete Midazolam

- am häufigsten eingesetzte Substanz
- wasserlöslich, im Körper Umbau in fettlösliche Form (Umverteilung ZNS)
- daher schnell und kurz wirksam
- Wirkstärke abhängig von der Leberfunktionen (evtl. Dosisreduktion bei Insuffizienz)



# Vorteil Midazolam

gute Steuerbarkeit der Sedierung:

- reversibel möglich (z.B. bei Verbandswechsel, Lagerung)
- klassischer Einsatz als Prämedikation vor Operationen
- flach (Patient noch weckbar) oder tief (narkotisch)



# weitere Benzodiazepine

- Lorazepam (Tavor):  
mittellang wirksam (HWZ 10-20 h)
- Flunitrazepam (Rohypnol)  
lang wirksam (HWZ 20 -30 h)



# Neuroleptika/Antipsychotika

- Levomepromazin (Neurocil)  
Cave: Dosis > 25mg/d sedierend



# Anaesthetika

- Propofol  
Schnell einsetzende Wirkung,  
kann rasch titriert werden, schnelle Ausscheidung

Zusätzlich: antiemetisch, juckreizstillend,  
bronchodilatierend

Bei Verabreichung gelten strenge aseptische  
Bedingungen, da auf Emulsionsbasis.



# Dosierung

- Immer individuell, Einleitung gemeinsam im Team:  
erfahrener Arzt und Pflegekraft
- am Anfang alle 20 min Kontrolle bis angemessene Sedierung erreicht ist anschließend mindestens 3 x täglich Kontrolle des AZ und Bewusstseinslage.
- Symptomerfassung anhand von BESD-Skalen möglich
- Leidenslinderung erreicht?



# Dosierungsbeispiel

- Midazolam:
  - Mediane Dosis 15 –53 mg/d
  - Range 5 –180 mg/d



# Begleitmedikation

- „Medikamente, die dem palliativen Ziel entgegenstehen oder irrelevant sind, können generell abgesetzt werden“
- Gabe von Opioiden wird meist fortgesetzt (Dosisanpassung)
- Entscheidung über Flüssigkeitsgabe und Ernährung ist unabhängig von der Sedierung



# Rahmenbedingungen

## 10 -Punkte-Programm:

- Planung Versorgung Lebensende
- Erwägenswerte Indikation
- Klinische Einschätzung/Beratungsverfahren
- Anforderung an die Zustimmung
- Entscheidungsprozess mit den Angehörigen des Patienten
- Auswahl der Sedierungsmethode
- Anleitung Dosistitration, Monitoring
- Entscheidungshilfen bezüglich Hydratation, Ernährung und Begleitmedikation
- **Begleitung der Angehörigen des Patienten**
- **Begleitung der Behandelnden**



# Situation der Angehörigen

- Spannung zwischen der Unerträglichkeit des Sterbens und der fehlenden Kommunikationsmöglichkeit unter einer Sedierung
- Aufklärung und Begleitung sind sehr wichtig
- Ihren Wert in der Begleitung stärken
- Mit Ihnen gemeinsam Ideen entwickeln, was dem schlafenden Menschen gut tut: Lieblingsmusik, Düfte, Vorlesen, Singen, Gebete, Berührungen



# Situation des Behandlungsteams

- Voraussetzungen:
  - Erfahrung und Fachkompetenz
  - gute Absprachen
  - Erreichbarkeit der Ansprechpartner
  - häusliche Situation ist gut vorbereitet
  - Supervision



# Belastungen für das Behandlungsteam

- Beziehung zum Patienten ändert sich
- „Vorweggenommener Abschied“
- Pflegeaufwand steigt zum Teil und verändert sich
- Angehörige müssen mitgetragen werden
- Respektvoller Umgang mit einem sedierten Menschen muss gelernt werden



# Besonders wichtige Pflege-Maßnahmen

- Mundpflege
- Microlagerung
- Symptomkontrolle durch Krankenbeobachtung



# Fazit:

- Die Sorge mit einer palliativen Sedierung etwas juristisch und ethisch Unzulässiges zu tun ist bei Beachtung der vorgelegten Empfehlungen unbegründet.
- Die palliative Sedierung ist die letzte Barriere der Palliativmedizin gegen die aktive Sterbehilfe
- Die Palliativmedizin bietet auch für unerträglich scheinende Situation eine ethisch vertretbare und akzeptierte Möglichkeit der Linderung von Leiden am Lebensende



# Merkzettel

- Palliative Sedierung ist eine Behandlung !!!!
- Palliative Sedierung ist aber auch eine ethische Entscheidung und wird nach den Prinzipien einer solchen getroffen.
- Erfordert hohe medizinische und pflegerische Kompetenz



# Literaturangaben

- Dt. Ärzteblatt ; Jg. 111, Heft 36 Palliative Sedierung
- Zeitschrift für Palliativmedizin 2010
- Leitlinien EACP (Alt-Epping et. Al 2010)
- Palliativmedizin, Husebo/Mathis, Springerverlag 6. Aufl.
- Internetrecherche



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**

