

N5 Palliative Sedierung am Lebensende

N5.1 Definition

Die palliative Sedierung von Patienten ist als Ultima ratio zur Leidenslinderung eine in der Palliativmedizin anerkannte und bei therapieresistenten Symptomen auch notwendige Therapiemaßnahme. Sie ist eine medizinisch indizierte Therapieoption am Lebensende, die darauf abzielt, durch den Einsatz sedierend wirkender Medikamente unerträgliches Leiden bei sonst therapieresistenten Symptomen durch eine Bewusstseinsminderung zu lindern. Sie bedarf der besonders sorgfältigen und engen Indikationsstellung.

Die palliative Sedierung muss von der Euthanasie deutlich unterschieden werden:

„Bei der Euthanasie ist die Intention, den Patienten zu töten. Das Vorgehen besteht darin, ein tödliches Medikament zu verabreichen und das erfolgreiche Ergebnis ist der sofortige Tod. Die Intention von palliativer Sedierung ist es, unerträgliches Leiden zu lindern. Das Vorgehen besteht darin, ein bewusstseinsdämpfendes Medikament zur Symptomkontrolle einzusetzen und das erfolgreiche Ergebnis dieser Maßnahme ist die Linderung der belastenden Symptome...“ (Positionspapier der European Association for Palliative Care).

Entsprechend der gewünschten Symptomlinderung können oberflächliche und tiefe, intermittierende oder kontinuierliche Formen der Sedierung zum Einsatz kommen. Aus pharmakologischer Sicht können primäre und sekundäre Formen der Sedierung unterschieden werden, wobei sekundäre Formen solche sind, bei denen die Sedierung als Nebeneffekt eines primär nicht zur Sedierung eingesetzten Medikaments, z. B. eines Opiats, erfolgt.

N5.2 Indikation

Therapieresistente körperliche und psychische, den Patienten belastende Symptome in terminalen bzw. finalen Erkrankungsstadien.

Therapieresistente physische und/oder neuropsychiatrische Symptome sind solche, die mit hohem Leidensdruck persistieren und bei denen im Behandlungsteam Konsens besteht, dass alle anderen Behandlungsmaßnahmen versagt haben oder dass sie unter Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses für den Patienten nicht angewendet werden können bzw. nicht innerhalb eines annehmbaren Zeitrahmens zum Einsatz kommen können. Das Eintreten des Todes kann angesichts der Schwere und Progredienz der Erkrankung jederzeit akzeptiert werden und sollte in Kürze erwartet werden. Es ist dringend wünschenswert, dass zuvor ein palliativmedizinisch erfahrener Arzt zu Rate gezogen wurde.

Eine palliative Sedierung kann geplant, d. h. im Verlauf einer stetig sich verschlechternden Symptomatik oder auch akut (z. B. bei akutem Erstickenanfall oder schwerster Blutung) erforderlich werden.

N5.3 Voraussetzungen

- Informierte Einwilligung und Aufklärung des Patienten, seiner Angehörigen und des Behandlungsteams
- Dokumentation der Erfolglosigkeit konventioneller palliativer Maßnahmen
- Personeller Beistand

Eine Sedierung am Lebensende darf personelle Nähe, Pflege und Sterbebegleitung durch Pflegenden und Angehörige nicht ersetzen.

N5.4 Technik

Substanzen der ersten Wahl sind Benzodiazepine. Die Initialdosis einer palliativen Sedierung sollte so gewählt werden, dass nach Möglichkeit die Fähigkeit des Patienten zur Kommunikation erhalten bleibt. Mit der Titration können leichte, mittlere und tiefe Sedierungsgrade sowie kontinuierliche und intermittierende Formen angestrebt werden. Aufgrund der Bewertung des Patienten kann dann die Effektivität der Sedierung beurteilt werden.

Die Gabe vorbestehender Ko-Therapeutika, z. B. Opiate, Anti emetika, Neuroleptika, Antikonvulsiva, Diuretika und Kortikosteroide wird adaptiert an Willen, Zustand und Wunsch des Patienten und in Abwägung um die möglichen Konsequenzen eines Absetzens, auch zur Vermeidung von Entzugssymptomen, fortgesetzt. Ihre Nebenwirkungen und Toxizität müssen auch in der Terminalsituation beachtet werden, um die Provokation zusätzlicher Symptome zu verhindern. Häufig verwendete Substanzen mit breitem Wirkspektrum und s.c. Applizierbarkeit sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1a. Benzodiazepine (Erstliniensubstanzen).

Wirkprofil	Sedierend, anxiolytisch, antikonvulsiv, muskelrelaxierend, myotonolytisch, Verstärkung der Opioid-induzierten Atemdepression, unter Umständen ko-analgetisch bei neuropathischen Schmerzen		
Cave	Inverse Reaktion möglich		
Substanz	Dosis	Wirkdauer	Applikationsweg
Midazolam	Ab 0,5 mg bzw. 0,5–10 mg pro Stunde	1–4 Stunden	s.c., i.v.
Lorazepam	Ab 0,5 mg bis 4 × täglich	6 Stunden	s.l., i.v.
Clonazepam	Ab 0,5 mg		s.l., i.v., s.c.
Diazepam	Ab 5 mg		rektal, i.v.

Tabelle 1b. Neuroleptika.

Wirkprofil	Antipsychotisch, sedierend, anxiolytisch, antiemetisch		
Cave	Krampfschwellensenkend, akutes EPMS möglich, Steigerung der Muskelpastik möglich, Parkinsonoid möglich		
Substanz	Dosis	Wirkdauer	Applikationsweg
Levomepromazin	Ab 0,5 mg	1 Stunde	s.c., i.v., s.l.
Prometazin	Ab 0,5 mg	6 Stunden	s.c., i.v., s.l.
Haloperidol	Ab 0,5 mg	8 Stunden	s.l., i.v., s.c.

Tabelle 1c. Opiode.

Wirkprofil	Analgetisch, antidyspnoeisch, antitussiv, anxiolytisch, sekundär sedierend mit Tachyphylaxieentwicklung		
Cave	Beachtung anamnestischer, unerwünschter substanzbezogener Reaktionen, wie z. B. Halluzinationen, Pruritus, Bad dreams; bei Niereninsuffizienz möglichst anderes starkes Opioid als Morphin (Akkumulation aktiver Metabolite); Dosisanpassung bei veränderten metabolischen Bedingungen oft erforderlich		
Substanz	Dosis	Wirkdauer	Applikationsweg
Morphin	Ab 5 mg	4 Stunden	s.c., i.v., rektal
Hydromorphon	Ab 1 mg	4 Stunden	s.c., i.v.
Fentanyl	Ab 0,05 mg	1–2 Stunden	i.v.

Eine tiefe und kontinuierliche palliative Sedierung sollte nur in extremen Ausnahmesituationen zur Anwendung kommen. Im Sedierungsprotokoll werden indikationsgebende und weitere vorbekannte Symptome, Vigilanz, Medikamentendosierungen, Kreislauf, Atmung und Kommunikationsfähigkeit kontinuierlich dokumentiert.

Im Verlauf der Sedierung kann aufgrund der veränderten metabolischen Bedingungen eine Dosisreduktion erforderlich werden.

Dosierungen und Applikationsintervalle bei palliativer Sedierung sind in Abhängigkeit von den sich zur Symptomkontrolle verwendeten Medikamenten individuell sehr variabel. Die Kombination verschiedener Substanzen kann zur Erweiterung des Wirkspektrums und zur Reduktion von Toxizität sinnvoll sein, kann aber auch einen potenzierenden Effekt auf die Sedierungstiefe haben.

N5.5 Ziele und Intentionen

- Symptom- und Angstlinderung
- Ermöglichung eines ruhigen Nachtschlafs
- Komfort-orientierte Sedierung am Tage unter Berücksichtigung kommunikativer Beziehungen
- Bewusstseinsdämpfung in Notsituationen, z. B. bei massiven Blutungen
- Erleichterung der Sterbesituation
- Keine Beschleunigung des Todes
- Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie Steuerung der Sedierung den Bedürfnissen des Patienten entsprechend

Die ethische Begründung der Einleitung einer palliativen Sedierung bedingt nicht den Abbruch der Ernährung und Flüssigkeitsgabe. Bei einem sterbenden, tief sedierten Patienten ist eine parenterale Flüssigkeitsgabe in der Regel nicht indiziert, da weder Symptome gebessert werden noch die Überlebenszeit verlängert wird. Bei einer passageren und intermittierenden Sedierung, die sich über einen längeren Zeitrahmen erstreckt, sollte auf eine Hydratation und adaptierte Ernährung nicht aus Sedierungsgründen verzichtet werden, wenn diese medizinisch angezeigt ist.

Literatur

- 1 Braun TC, Hagen NA, Clark T (2003) Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med* 6: 345–427
- 2 Cherny NI, Portenoy RK (1994) Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 10: 31–38
- 3 De Graeff A, Dean M (2007) Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of Life: A Literature Review and Recommendations für Standards. *J Palliat Med* 10: 67–85
- 4 Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Forde R, Gravgaard AM, Muller-Busch HC, Porta I, Sales J, Rapin CH (2004) Euthanasie und ärztlich unterstützter Suizid: eine Stellungnahme der Ethics Task Force der European Association for Palliative Care. *Z Palliativmed* 5: 102–106
- 5 Müller-Busch HC (2004) Sterbende sedieren? *Dtsch Med Wochenschr* 129: 701–704
- 6 Müller-Busch HC, Radbruch L, Strasser F, Voltz R (2006) Empfehlungen zur palliativen Sedierung. *Dtsch Med Wochenschr* 131: 2733–2736

Verfahren der Konsensbildung:

Erstellt in Zusammenarbeit mit der LL Kommission der DGP.

Autor: H. Christof Müller-Busch, Berlin

Leitlinienkoordinator: Marianne Kloke, Essen

Die Leitlinie wurde mit folgenden Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und kooperierenden Institutionen abgestimmt:

- DDG, DEGRO, DGHO, DGCh, DGOOC, DGP (Palliativ), DGP (Pathologie), DGU, DGVC, DGVS, GPOH
- ADO, AGO, AIO, AOP, ARO, ASORS, CAO, KOK, NOA, PSO