

Praxis der palliativen Sedierung im Krankenhaus

M. Kloke

Grundlage:
Empfehlungen der EAPC zur Palliativen / Therapeutischen Sedierung 2009

Anna Klar im Krebsforum Erfahrung: terminale Sedierung/ Sterben ansehen!

Im Schnelldurchgang (denn so erleichtert es für alle das Lesen):

-Lungenkrebsdiagnose Kleinzeller meines 41-jährigen Vaters
-1 Jahr gekämpft
-Erika hielt es der Lungenkrebs sei völlig verschwunden...wunder o wunder!
-Metastasen in der Leber fest gestellt im Sommer
-im September ins Krankenhaus zur Chemo
-Samstags noch besucht, Dienstag kamen die Ärzte und sagten er läge im Sterben, Nicht ansprechbar, nur Gestöhne, wilde Bewegungen.
-Meine Mutter und ich haben 5 Tage und Nächte im KH übernachtet
-Sonntags ist er morgens verstorben, einfach nicht mehr geatmet.

5 Tage habe ich ihn angeschaut, an ihm gerochen, ihn berührt, mit ihm geredet, seinen Mund geküßert, seinen extremen, unerschlichen Atem gehört.
Ich habe bewusst versucht ALLE Einflüsse wahr zu nehmen.
5 Tage lag er einfach nur da, hat einen ganz schnellen super lauten glückseligen Atem gehabt, sein Mund war überbel, verrocknet und blutig... (DAS war einer der schlimmsten Anblicke dieses Mund...)
JETZT möchte ich andere Erfahrungen hören und mich austauschen.
Ausserdem haben Sie meinem Vater eine terminale Sedierung unterzogen, wovon wir zu dem Zeitpunkt aber nichts wussten. Nur aufgrund von Internetrecherchen der Medikamenten erfuhr ich davon.

Ich habe so viele Fragen, nicht Wieso, ewshalt warum MEIN Vater, sondern zum Ablauf des Todes...

Was ging im Körper vor? und wieso konnte er nicht mehr reden? Ist er an den Schmerzmedikamenten gestorben (6 mg/h Morphin + 3 mg/h Domnamid)

Therapie: Palliative Sedierung

- Indikation ?
- Aufklärung ?
- Einwilligung ?
- Fürsorgepflicht für den Patienten ?
- Fürsorgepflicht für die Angehörigen ?

Therapeutic or palliative sedation in the context of palliative Medicine is

- the **monitored** use of medications
- intended to induce a state of decreased or absent awareness (unconsciousness)
- in order to relieve the burden of **otherwise intractable suffering**
- in a manner that is **ethically acceptable** to the patient, family and health-care givers

EAPC 2009

Indikationen

am Lebensende

- im Rahmen einer Entwöhnung vom Respirator
- bei therapierefraktären unerträglichen Symptomen
- in Notfallsituationen
- in Erschöpfungssituationen
- bei existentiellen oder psychischen Leiden.

Therapeutische Sedierung - Missbrauch

- Primärer Endpunkt Lebensbeendigung
- Die Situation „therapierefraktäre Symptome ist nicht gegeben weil“
 - mangelnde Sorgfalt in der umfassenden Symptomerfassung
 - fehlendes Wissen zur Symptomkontrolle
 - psychische Überforderung des Arztes
- **Familie und nicht der zustimmungsfähige Patient wünscht die Sedierung**

Auch wenn alles nicht hilft, gibt es eine Behandlung:

Palliative Sedierung

Einschränkung der Wahrnehmungsfähigkeit mit
Medikamenten mit dem Ziel

für den Patienten unerträgliches Leiden

bei sonst therapierefraktären Symptomen zu
lindern.

Vorbedingungen einer palliativen Sedierung

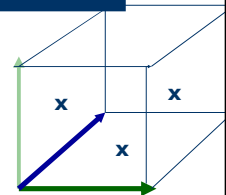
- Unzureichend beherrschbares Symptom
 - Wer ist der „Schiedsrichter“?
 - Wer empfindet es so?
- Einverständnis des Patienten (PdV)
- Möglichkeit der Begleitung

Bedingungen einer palliativen Sedierung

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

Pharmakologische Sedierung

- **Benzodiazepine**
- **Neuroleptica**
- **Opioide**
- (Narkotika)



Benzodiazepine

Wirkprofil

- Sedierend
- Muskelrelaxierend
- Antikonvulsiv
- Anxiolytisch
- Opioidinduzierte Atemdepression ↑
- **u. U. inverse Reaktion**

Substanzen

- Diazepam
- Clonazepam
- Midazolam

Neuroleptika

Wirkprofil

- Sedierend
- Antiemetisch
- Antipsychotisch
- Anxiolytisch
- Opioidinduzierte Atemdepression ↑
- Xerostomie
- Parkinsonoid, EPMS
- Prokonvulsivogen

Substanzen

- Promethazin
- Levomepromazin
- Haloperidol
- Chlorpromazin

Opioide

Wirkprofil

- Nur initial sedierend
- Analgetisch
- Antidyspnoeisch
- Vegetative NW
 - Nausea
 - Harnverhalt
 - Pruritus
- Neurotoxische NW
- (prokonvulsivogen)

Substanzen

- In Abhängigkeit von
 - der Vorbehandlung
 - Organfunktionen
 - Wirkdauer

Transdermale Systeme sind nicht geeignet !

Narkotika

Ketamin / Esketamin

- Bei ausreichend sedierenden Dosierungen häufig Hypersalivation und Alpträume
- Bei V. a. Opioidtoleranz und/oder neuropathischen Schmerzen erwägenswert

Propofol

- Gute Träume
- Antikonvulsivogen
- Tiefe Sedierung

Barbiturate

- Antikonvulsivogen
- Gut sedierend
- Reservesubstanz

Wichtige Vorüberlegungen

1. Empfehlung EACP

- 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 Sorgebevollmächtigten ?

Protokoll einer palliativen Sedierung

- **Indikation**
- **Zustimmung erfolgt durch:**
- **Abstimmung im Team erfolgt:**
- Beginn (Datum, Uhrzeit):
- Medikamentöse Konzept:
- Pflegerisches Konzept:
- Angestrebte Sedierungstiefe:
- Sedierungsdauer:
- **Kontrollparameter:**
- **Vorausschauende Anordnungen:**

78-jährige Patientin Abbruch der Dialyse

- Anlaß: Exartikulation des Reststumpfes Ik bei erneutem art. Verschluss erforderlich
- Begleiterkrankungen:
 - „Gefäßwrack“
 - Diab. Mell.
- Soz. Situation
 - Vernachlässigung durch den Ehemann
 - 1 Tochter

Was erwarte ich für die Situation der pall. Sedierung?

- Symptome?
- Vorgehensweise?
- Therapiebewertungsparameter?

52-jähriger Patient Zungengrundcarcinom

- ED vor 2,5 Jahren, primär inoperabel
- Aktuelle Ausbreitung:
 - ausgedehntes Lokalrezidiv
 - lymphonodulär mediastinal
- Ausgangssituation
 - Pt wird mit deutlicher peripherer Zyanose, massiver Dyspnoe bei in- und expiratorischen Stridor mit dem NAW eingeliefert,
 - Vigilanz deutlich eingeschränkt

52-jähriger Patient Zungengrundcarcinom

- Klinisch dring. V. a. bds. Stimmbandparese
- MKG-Chirurgen nicht sofort verfügbar
- 24 mg Dexamethason i.v. + Sauerstoffgabe
 - Deutlichste Rückbildung der Symptome
 - Patient kann frei atmen, sprechen, herumlaufen
- Aufklärung des Patienten über die Situation und die erforderlichen therapeutischen Konsequenzen
- **Patient lehnt elektive + Notfalltracheotomie ab**

52-jähriger Patient Zungengrundcarcinom

- Was nun ?
- Haben Sie als behandelnder Arzt noch Informationsbedarf?

52-jähriger Patient Zungengrundcarcinom

- Am 2. Abend auf der Palliativstation geht der Pt vor die Tür rauchen. Bei der Rückkehr gibt er seinen Infusionsständer mit der leeren KI ab mit der Bemerkung: das brauche ich nicht mehr.
- Um 21.00 Uhr bekommen Sie von Ihrem AvD einen Anruf: Herr D habe wieder die Symptome einer beidseitigen Stimmbandparese, verweigere aber die Tracheotomie trotz intensiver Aufklärung und guten Zuredens.
- Was tun?

52-jähriger Patient Zungengrundcarcinom

- Klinische Situation:
 - Exulzerierendes Tonsillenkarzinom mit Verdrängung des Tracheostomas zur Seite
 - Gesamte Hals- und Mediastinalraum mit Tumormassen durchsetzt
 - Multiple Lungenmetastasen
 - Invalidisierung durch M. Bechterew

52-jähriger Patient Zungengrundcarcinom

- Symptome:
 - Dyspnoe mit intermittierenden Erstickungsanfällen
 - Rezidivierend Blutungen aus dem Stoma und den Ulzera
 - Obere Einflusstauung mit Sehbehinderung etc
 - Massivste Sialorrhoe
- Was tun?

52-jähriger Patient Zungengrundcarcinom

- Schmerz- und Symptomkontrolle
 - Dyspnoe
 - Schmerzen
 - Wundversorgung
- Situation ist vor allem bzgl. der Dyspnoe ganz schlecht bis gar nicht im Griff
Pt lehnt palliative Sedierung ab?
- Was tun?

67-jähriger Patient, Bronchialkarzinom

- Klinische Situation:
 - Pulmonal, hepatisch und ösophagal metastasiert
 - COPD, dauerhaft nasale O₂-Gabe
 - Deutlichste Diskrepanz zwischen im häuslichen Umfeld geschilderten Erstickenanfällen und auf Station beobachteten Zustand. Hausarzt ist der Verzweiflung nahe, Rund-um-die-Uhr-Einsatz
 - Jedes Anxiolyticum / Sedativum hilft ein- oder zweimal, dann wieder teilweise paradoxe Reaktionen

67-jähriger Patient, Bronchialkarzinom

- Während des stationären Aufenthaltes gelingt zunächst eine gute Rehabilitation
- Nach einer Nacht mit einer Panik-/Luftnotattacke bittet sie der Patient am nächsten Morgen um das „was Sie mir einmal versprochen haben“ die palliative Sedierung
- Welche Fragen ergeben sich bei Ihnen?

2. Empfehlung

Benenne mögliche Indikationen

- Delirium, Dyspnoe, Schmerzen, Krampfanfälle
- Notfälle wie Blutung, Erstickenanfall

Besonderheit:

schwerste Depression, Panik, psychophysische Erschöpfung

- Hinzuziehung einer „Psych“fachmanns
- intermittierende PS bevorzugen
- dauerhaft erst, wenn Respite Sedation mehrfach unerfolgreich

36-jährige Patientin Mamma-Ca ossär, hepatisch und lymphonodulär metastasiert

- Anamnese
 - ED vor 12 Jahren, Rez. vor fast 9 Jahren
 - Multipelste Radio-/Chemo-/Hormontherapien
 - Thrombozytopenie seit 6 Monaten bei KM-Infiltration
 - CCT nach Sturz: ausgedehnte Schädelbasismetastasierung + minimales subdurales Hämatom
 - Ko-Morbidität: schwere depressiv getönte Angsterkrankung

36-jährige Patientin Mamma-Ca

- Entscheidungen I
 - TuKoBeschluss: bei Therapiewunsch Fortsetzen der CTX mit dem Ziel die Substitutionspflichtigkeit zu lindern
 - bei Zunahme des SDH ggf. auch OP
 - Gespräche mit der Patientin / mit dem Ehemann über die Optionen der Symptomkontrolle einschließlich palliativer Sedierung

36-jährige Patientin Mamma-Ca

• Bei Übernahme:

- Frau M nicht ansprechbar,
- deutliche Hinweise auf Bauchschmerzen,
- intermittierend wachere Phasen, dann Nesteln, Unruhe, Stereotypen
- intermittierend Nasenbluten,

• Diagnosen:

- V.a. nonkonvulsives Krampfgeschehen
- viszeraler Schmerz
- erschwerte Erkrankungsverarbeitung
- kein Hinweis auf Angst- oder Panikreaktion

36-jährige Patientin Mamma-Ca

• nach antikonvulsiver und analgetischer Therapie

- geht es der Patientin psycho-physisch gut. Sie geht ins Wohnzimmer, isst und freut sich über Besuch, entwickelt einen schlagfertigen Humor

• In der Folge:

- zunehmend schlechte Substituierbarkeit, intermittierend Blutungen aus Nasen-Rachenraum, Pulmo sowie Vagina, Blase, V. a. abdominelle Blutungen

36-jährige Patientin Mamma-Ca

• Entscheidungen II

- Bei zunehmend schlechterer Substituierbarkeit und Hinweisen auf humorale Gerinnungsstörung CTX nicht gegeben nach erfolgter Aufklärung
- Keine Substituon von Thrombozyten/Erythrozyten
- Ggf. palliative Sedierung

36-jährige Patientin Mamma-Ca

• Akute Situation

- Blutungen aus dem Nasen-Rachenraum
- Hämoptoe
- Panikattacke „**laßt mich nicht sterben, tut doch was, ich will noch nicht sterben.**“
- Versuch der Blutstillung misslingt

• Bei Exazerbation der Situation stimmt Frau M. einer „Eindämmung des Bewußtseins“ zu.

• Fragen:

- Wie können Sie dem Wunsch nachkommen?
- Was ist zu beachten?

4. Empfehlung

Spezifiziere die Themen der Entscheidungsfindung

- aktuelle Situation und prospektive Lebenserwartung
- Begründung, dass PS die einzig angemessene Methode ist
- die Ziele der PS
- die Methode der PS (Tiefe, Dauer, Monitoring)
- Folgen der PS (Ernährung / Hydrierung)
- Abwägen der Risiken wie paradoxe Reaktion oder Beschleunigung des Todes
- Pflege und Überwachung während der PS
- Verlauf ohne PS
- Verpflichtung zur Benefizienz für den Patienten

Wichtig: in Notfallsituationen darf eine palliative Sedierung als der Behandlungsstandard akzeptiert werden.

Fazit

Palliative Sedierung ist

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

Fazit

Palliative Sedierung ist

- eine Behandlung !!!!
- ist eine ethische Entscheidung und wird nach den Prinzipien einer solchen getroffen.
- erfordert hohe medizinische und pflegerische Kompetenz.

Palliative Sedierung ist keine Euthanasie

weil

- das Ziel eine Symptomerleichterung und nicht die Herbeiführung des Todes ist.
- zur Erreichung des Ziels eine differenzierte und angemessene Vorgehensweise erforderlich ist
- der Tod des Patienten kein Erfolgskriterium für die Effektivität dieser Therapiemaßnahmen darstellt.

Empfehlungen zur Palliativen Sedierung
Müller-Busch, Radbruch, Strasser, Voltz DMW 2006