

Palliative versus terminale Sedation

Sédation palliative contre terminale

Hans Neuenschwander

Quintessenz

● Der Ruf nach sedierenden Massnahmen bei Kranken mit fortgeschrittenem Leiden ist häufig. Wir unterscheiden zwischen:

● Palliativer Sedation: Wird angewandt bei Patienten mit unerträglichen Symptomen oder wenn man annehmen muss, dass die eingeleitete Symptomtherapie nicht schnell genug greifen wird. In diesen Fällen wird so weit sediert, als es für die qualitative und quantitative Erträglichkeit der Symptome (beabsichtigtes Ziel) nötig ist. Diese Sedation ist zeitlich begrenzt. Der «Ankunftsort» ist nicht der Tod, sondern der Wirkungseintritt von anderen, kausalen Massnahmen zur Symptomkontrolle.

● Terminaler Sedation: Aufgrund von anders nicht kontrollierbaren Symptomen wird der sterbende Patient in einen schlafähnlichen Zustand versetzt, welcher bis zum Tod anhält. Der Tod ist nicht das beabsichtigte Ziel, aber der «Ankunftsort». Die korrekte Anwendung der terminalen Sedation impliziert die Fähigkeit, das «Sterben» diagnostizieren zu können.

● Wie in der Geschichte von Dornröschen überlappen sich im Klinikalltag die beiden Sedationsarten. Es ist deshalb wichtig, die Indikation zur Sedation aufgrund eines klinikinternen Entscheidungsprotokolls zu stellen. Dieses soll erlauben, die Sedation klar vom assistierten Suizid und der aktiven direkten Sterbehilfe abzugrenzen.

● Richtlinien für die Diskussion und die konsensuelle Entscheidung sind ein entscheidender Beitrag zur Verbesserung des «Umgangs mit dem Unerträglichen». Sie steuern dadurch zur Prophylaxe des Burn-out-Syndroms bei.

Quintessence

● *La demande de sédation chez des malades ayant une pathologie au stade terminal est fréquente. Nous distinguons entre:*

● *Sédation palliative: s'utilise chez les patients souffrant de symptômes intolérables ou lorsque nous devons admettre que le traitement symptomatique mis en route n'agira pas assez rapidement. La sédation va alors jusqu'au point où cela est nécessaire pour la tolérance qualitative et quantitative des symptômes (but avoué). Cette sédation est limitée dans le temps. Le «point d'arrivée» n'est pas la mort, mais l'entrée en action d'autres mesures plus causales de contrôle des symptômes.*

● *Sédation terminale: en raison de symptômes par ailleurs incontrôlables, le patient en fin de vie est mis dans un état proche du sommeil qui sera maintenu jusqu'à son décès. La mort n'est pas le but avoué, mais le «point d'arrivée». L'utilisation correcte de la sédation terminale implique la capacité de pouvoir diagnostiquer le «fait de mourir».*

● *Comme dans l'histoire de la Belle au bois dormant, ces deux types de sédation se recoupent en pratique clinique. Mais il est important de poser l'indication à la sédation sur la base d'un protocole de décision interne. Il doit permettre de clairement délimiter la sédation du suicide assisté et de l'euthanasie active directe.*

● *Les recommandations de discussion et de décision consensuelle sont une contribution majeure à l'amélioration de la «gestion de l'insupportable». Elles contrôlent ainsi la prophylaxie du syndrome de burn-out.*

Patienten mit fortgeschrittener Tumorkrankheit oder anderen unheilbaren Krankheiten leiden meistens an einer Vielfalt von zum Teil belastenden Symptomen. Trotz grosser Fortschritte der Palliativmedizin gelingt es nicht immer, diese Symptome und Leiden zufriedenstellend zu kontrollieren. In einer solchen Situation kann unter bestimmten Voraussetzungen eine sogenannte palliative Sedation, also ein zeitlich begrenztes «Unperzeptierbarmachen» der Symptome über den Umweg der medikamentösen Einschränkung der Wahrnehmung, in Frage kommen. Dagegen abzugrenzen ist die Sedation in der Sterbephase. Diese sogenannte terminale Sedation ist rechtlich und ethisch vertretbar, auch wenn sie zum Bewusstseinsverlust des Patienten führt und letztlich die Überlebenszeit bzw. den Todeseintritt sekundär beeinflussen kann.

Im vorliegenden Aufsatz wird versucht, eine Grenze zu ziehen zwischen palliativer und terminaler Sedation, weil der Prozess der Entscheidungsfindung und die ethischen Implikationen unterschiedlich sind. Im modernen klinischen Alltag sind aber die Grenzen oft verwischt.

Verwirrungstiftende Grauzonen sind schon in nicht ganz neuer Weltliteratur beschrieben. Aus unserer Kindheit kennen wir alle einen Fall von Sedation, der sich durch Anteile der palliativen sowie der terminalen Sedation charakterisiert:

Da trat die zwölfte Fee hervor, die ihren Wunsch noch übrig hatte. Und weil sie den bösen Spruch nicht aufheben, sondern nur mildern konnte, sagte sie: «Es soll aber kein Tod sein, sondern ein hundertjähriger, tiefer Schlaf, in den die Königstochter fällt.» [...] In dem Augenblick, da die Königstochter den Stich fühlte, fiel sie auf ein Bett nieder, neben dem sie stand, und versank in einen tiefen Schlaf. Und dieser Schlaf verbreitete sich über das ganze Schloss. Die Königin sagte eben zum König: «Ist das nicht ein wunderbarer T... Zzzzz.» [...] Nach langen Jahren kam wieder einmal ein Königssohn in das Land. Nun waren aber gerade die hundert Jahre verflossen. Als der Prinz sich der Dornenhecke näherte, tat sich diese von selber auf. [...] Dornröschen erwachte und mit ihm das ganze Schloss. Und der König sagte zur Königin: «Ja, meine Liebe, das ist es wahrlich.» [1]

Palliative Sedation

Nicht selten begegnen wir in der Palliativmedizin Situationen, in denen Symptome unerträglich sind, oder die Symptomtherapie nicht schnell genug greift. In diesen Fällen wird so weit sediert, als es für die qualitative und quantitative Erträglichkeit der Symptome (beabsichtigtes Ziel) nötig ist. Diese Sedation ist zeitlich auf wenige Tage begrenzt. Der «Ankunftsort» ist nicht der Tod, sondern der Wirkungseintritt von anderen, kausaleren Massnahmen zur Symptomkontrolle.

Ein 50jähriger Patient mit einem metastasierenden Lungentumor wird wegen akutem Verwirrungszustand zugewiesen. Er ist zeitlich und örtlich desorientiert und agitiert (hyperaktives, hypoalertes Delirium). Verschiedenste Ätiologien kommen für diesen Zustand in Frage. Fast immer sind mehrere Ursachen mitbeteiligt, welche zum Teil reversibel oder behandelbar sein könnten (Hirnmetastasen, Infekt, Elektrolytstörung, Hyperkalzämie, Hypoxie, Exsikkose, Medikamentennebenwirkungen [Opiate, Benzodiazepine, Antibiotika, Kortikosteroide u.a.], Anämie, andere Krankheiten wie Diabetes, Leberzirrhose, Mangelernährung). Wenn die Überlebensprognose dies rechtfertigt, wird man sich unter Umständen entscheiden, diese Ursachen zu suchen, abzuklären und auf ihre Reversibilität zu prüfen. Dieses Assessment und die Therapie bzw. deren Wirkungseintritt, können ein paar Tage in Anspruch nehmen. In dieser Zeit muss das Symptom «agitiertes Delir» mit einer geeigneten Sedation kontrolliert werden.

Diese palliative Sedation erlaubt uns, Zeit zu gewinnen und potentielle Rehabilitationsmassnahmen ins Auge zu fassen. Die Verschreibung beinhaltet die zeitliche Begrenzung (Sedation auf Zeit).

Medikamentöse Therapie (Tab. 1)

Haloperidol ist das Mittel der Wahl bei der Symptombehandlung des erregten Verwirrungszustandes (mit Ausnahme von Alkohol- und Benzodiazepinentzug) [2]. Gegenüber vielen anderen Neuroleptika hat es den Vorteil von nur geringer Vasoaktivität. In den angegebenen Dosen ist es wenig dämpfend, so dass ein Assessment des subjektiven Leidens immer möglich bleibt. Wenn zum Beispiel in der Nacht eine tiefere Sedation erwünscht ist, kann es mit einer Abenddosis von *Thioridazin* oder *Levomepromazin* kombiniert werden.

Midazolam erlaubt dank seines schnellen Wirkungseintritts und relativ kurzen Halbwertszeit eine Titrierung des Symptoms («massgeschneiderte Therapie»). Die Dosierung kann über den Tag so verteilt werden, dass zum Beispiel ein Patient während der Zeit der sozialen Kontakte (Besuchszeit im Spital) weniger sediert ist. Beim betagten Patienten können selten paradoxe Re-

Tabelle 1. Medikamente für die palliative Sedation.

Medikament	Dosis	Bemerkungen
Haloperidol p.o./s.c./i.v.	1,5–10 mg/24 h	wenig sedierend
Thioridazin p.o.	10–20 mg/8 h oder mehr	sedierend; Abenddosis zur Kombination mit Haldol
Levomepromazin p.o./s.c.	3–6 mg, evtl. stündlich	sedierend; titrieren, oder Abenddosis 25–50 mg
Midazolam s.c./i.v.	0,5–2 mg/h oder mehr	Dosis massschneidern

aktionen auftreten. Hier und da erleben wir den Bedarf einer raschen Dosissteigerung, welche dann schlecht zwischen Unwirksamkeit und Toxizität unterscheiden lässt. Den Benzodiazepinen ist eigen, dass eine Reihe von Symptomen und Zeichen sowohl durch eine Überdosierung (Toxizität), als auch durch einen Entzug (sogenannter Effekt des fallenden Blutspiegels) verursacht werden können. Paradoxe Weise wird dann die Substanz nur noch weiter verschrieben, um Symptome zu unterdrücken, die sie selber induziert hat. Das ist ein fataler Teufelskreis, an welchen man denken muss, insbesondere wenn wir das Gefühl haben, dass ein Patient eine auffällige Tachyphylaxie entwickelt. In einer solchen Situation muss rigoros auf ein Neuroleptikum umgestellt werden.

Terminale Sedation

Der Begriff der «Terminalen Sedation» taucht 1991 erstmals in der Literatur auf [3]. Die Experten sind sich über die Definition nicht einig. Wir verstehen darunter eine ärztliche Handlung, welche wegen anders nicht kontrollierbaren Symptomen einen schlafähnlichen Zustand des Patienten herbeiführt und bis zum Tod erhält. Es wird unterstrichen, dass dabei der Tod nicht das beabsichtigte Ziel, aber «der Ankunftsort» ist. Eine terminale Sedation ist recht häufig indiziert. Allerdings schwankt die Prävalenz laut Fainsinger je nach Institution sehr stark, nämlich zwischen 15 und 60% [4]. Neben kulturellen Unterschieden hängt die Notwendigkeit zur Sedation von der Qualität des palliativmedizinischen Angebotes ab. Je besser ein Team ausgebildet ist, desto öfter kann dank einer guten Symptomkontrolle darauf verzichtet werden.

Ein 62-jähriger Patient leidet an einem fortgeschrittenen Bronchuskarzinom mit Leber- und Hirnmetastasen. Er wird hospitalisiert wegen zunehmender Agitiertheit, Atemnot und Schmerzen. Es besteht eine massive obere Einflussstauung. Die Überlebenszeit wird auf 24–48 Stunden geschätzt. In Absprache mit dem Patienten und den Angehörigen wird wegen massiven Leidensdrucks, schlecht und wahrscheinlich nicht in nützlicher Frist kontrollierbarer Symptome eine terminale Sedation eingeleitet.

Tabelle 2: Medikamente für die terminale Sedation.

Medikament	Dosis	Bemerkungen
Midazolam s.c./i.v.	anfangs 1–2 mg/h	Auftitrieren bis Wirkung (Schlaf). Jede Dosissteigerung wird mit einem Bolus kombiniert
Chlorpromazin i.v.	50–100 mg/24 h	Bei ungenügender Wirkung Dosissteigerung bzw. mit Promethazin kombinieren

Wichtig: Laufende Schmerztherapie, insbesondere mit Opiaten, muss weitergeführt werden.

Medikamentöse Therapie (Tab. 2 ◀)

Midazolam ist heute in den meisten Fällen das Mittel der Wahl. Sein Wirkungseintritt ist schnell, es ist gut steuerbar, die Symptomatik ist schnell titrierbar, ausserdem hat es eine antikonvulsive und muskelrelaxierende Wirkung [5]. Die Erfolgsrate liegt über 95%. Der venöse Zugang ist vor allem in akuten Situationen vorzuziehen. Bei betagten Patienten wird zur Vermeidung der allerdings seltenen paradoxen Reaktion, als Alternative, Chlorpromazin empfohlen. Es gibt nicht genügend Evidenz, dass sedierte Patienten nicht Schmerz oder Abstinenz empfinden können. Deshalb muss die Schmerztherapie unbedingt weitergeführt oder gar potenziert werden!

Indikation

Bevor eine terminale Sedation eingeleitet wird, stellen wir uns folgende Fragen.

Weshalb ist eine Sedation angezeigt?

Die häufigsten Gründe für eine terminale Sedation sind anderweitig nicht mehr in nützlicher Frist kontrollierbare Symptome, wie Schmerzen, Atemnot, Angst, Agonie und Verwirrung. In Institutionen mit qualitativ hochstehender Palliativmedizin ist die Verwirrung der Hauptgrund.

Wer braucht Sedation?

Es ist nicht immer so, dass der *Patient* oder nur der Patient eine Sedation braucht und wünscht. Nicht selten sind es Familienangehörige oder sogar Angehörige des Behandlungs- und Pflegeteams, welche das Leiden nicht mehr aushalten können. («Herr Doktor, machen Sie endlich etwas!») Natürlich soll die Sedation dem Patientenwunsch oder seinem mutmasslichen Willen entsprechen. Wünsche von *Angehörigen* sollen auch als Ausdruck des Mitleidens Ernst genommen werden.

Teammitglieder drängen manchmal auf eine Sedation, aus ähnlichen Gründen wie Angehörige. Dies zeigt, wie wichtig es ist, eine solche Massnahme in der Gruppe zu besprechen, zu einem gemeinsamen Entscheid zu kommen, welcher von allen Mitgliedern getragen werden kann. Wenn solche Fragen regelmässig unter den Tisch gewischt werden, entsteht ein Nährboden für einen schleichenden Burn-out des Teams und dessen Mitglieder. Das Resultat ist die obligate Sedation aller sterbenden Menschen aus Gründen der emotionalen Ökonomie und Ergonomie.

Die terminale Sedation sollte nur in Betracht gezogen und eingeleitet werden, wenn der Sterbeprozess im Gang ist. Dies setzt voraus, dass das behandelnde Team in der Lage ist, eine entsprechende Diagnose («Diagnose des Sterbens») zu stellen.

Es wird empfohlen, klinikintern ein Entschei-


dungsprotokoll zu erstellen und zu befolgen, um zwischenmenschliche und ethisch-moralische Konflikte in Grenzen zu halten. Grundvoraussetzung ist die Berücksichtigung des Rechtes auf Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten. Es muss ausgeschlossen werden, dass dem Wunsch auf Sedation nicht eine nicht behandelte Depression zugrunde liegt. Gerade beim schwerkranken Menschen ist die Diagnose einer Depression nicht immer einfach, da die körperlichen Symptome auch Ausdruck des Grundleidens und deshalb diagnostisch nicht aussagekräftig sind. Im Zweifelsfall wird man deshalb wenn möglich den Spezialisten beiziehen. Es ist wünschbar, dass die palliativen Massnahmen zur Symptomkontrolle wirklich ausgeschöpft sind. Leider ist ein entsprechendes Know-how in unserem Gesundheitswesen noch bei weitem nicht flächendeckend verfügbar. Eine grosse Entscheidungshilfe stellt die Patientenverfügung dar, gerade in einem Moment, wo der Patient unter Umständen nur noch über eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit verfügt. Wichtige Punkte, welche in solchen Richtlinien enthalten sein müssten, sind in Tabelle 3  aufgeführt. Die Geschichte von Dornröschen relativiert die Möglichkeit der klaren Abgrenzung von palliativer (PS) zu terminaler Sedation (TS): Die Sedation in diesem Fall entsprach nicht dem Wunsch des «Patienten», geschweige denn seinem mutmasslichen Willen oder demjenigen seiner gesetzlichen Vertreter. Die Erwartungen und die Absichten waren unterschiedlich! Für die böse Fee handelte es sich um eine TS, für die gute Fee um eine PS: Es hatte

Tabelle 3. Richtlinien für Entscheidungsprotokoll.

Die terminale Situation ist sicher («Diagnose des Sterbens»).
Der Patient oder die Angehörigen wünschen eine Sedation oder sind damit einverstanden.
Depression ist nicht die Ursache des Wunsches.
Im Zweifelsfalle wird ein Psychiater (Ausschluss einer Depression) oder ein Ethiker (Konflikt im Team) zugezogen.
Die verfügbaren palliativen Massnahmen zur Symptomkontrolle sind ausgeschöpft oder würden nicht innert nützlicher Frist die erwünschte Wirkung entfalten.
Eine DNR-Verfügung ist vorhanden.

Tabelle 4. Unterschied zwischen palliativer und terminaler Sedation.

Palliative Sedation	Terminale Sedation
Nicht unmittelbare Sterbephase	Sterbephase, («Diagnose des Sterbens»)
Zeitlich begrenzt	zeitlich nur durch den Tod begrenzt, definitiv
In der Ausprägung begrenzt, Schlafinduktion nicht obligat	Induktion eines Schlafzustands
Ziel: Symptome erträglich oder unperzipierbar machen	Ziel und Zweck: Erleichterung des Sterbens bedingt Entscheidungsfindungsprozess
Zweck: z.B. «Zeitgewinn»	

also kein einheitlicher Entscheidungsprozess stattgefunden. Der Endpunkt war ebenfalls nicht klar. Obschon es sich a posteriori um eine PS handelte, wurde sehr tief sediert. So tief, dass das ganze Königshaus eine komplette Amnesie davon trug, und für die Betroffenen sogar die Zeit stehenblieb. In der Tat antwortete der König, wie wenn nichts geschehen wäre, auf eine Frage, welche ihm seine Gemahlin hundert Jahre vorher gestellt hatte ...

Ethische Aspekte

Die terminale Sedation ist heute als gängige, gültige und – unter Anwendung von klaren Entscheidungskriterien – gerechtfertigte Massnahme akzeptiert. Aus ethischer Sicht wird sie aber nach wie vor kontrovers beurteilt. Es geht dabei vor allem darum, ob terminale Sedation von PAS und Euthanasie klar abgegrenzt werden kann. Der sogenannte Doppeleffekt, welcher der Akzeptanz des Gedankens der indirekten aktiven Sterbehilfe zu Grunde liegt, wird folgenden Regeln unterworfen:

- Die Art der Handlung muss «gut» sein.
- Der «gute» (der Schlaf) nicht der «schlechte» (der Tod) Effekt muss beabsichtigt sein.
- Der schlechte Effekt darf nicht der gute sein.
- Der gute Effekt muss gegenüber dem schlechten überwiegen.

Eine weitere Kontroverse betrifft die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr: Bei Sedierung hört die natürliche Ernährung zwangsläufig auf. Da diese Patienten praktisch alle schon vorher zu essen aufgehört haben, wäre eine künstliche Ernährung oder Hydratation unethisch. Dieses Problem ist deshalb vor allem theoretischer Natur. Es muss aber insbesondere angesprochen werden, wenn vorgängig eine solche Therapie schon oder noch im Gange war.

Umgang mit Unerträglichem

Nach diesen eher technischen Ausführungen sei noch auf ein berufphilosophisches Problem eingegangen, nämlich auf die Schwierigkeit des Umgangs mit Niederlagen.

Für den Chirurgen ist es eine Niederlage, wenn sein Patient während oder unmittelbar nach, d.h. *an* der Operation stirbt. Der Pneumologe fühlt sich schlecht, wenn sein Patient an einem Asthmaanfall stirbt. Der Infektiologe will nicht, dass sein Patient an der Pneumonie stirbt, schon eher an der Lungenembolie. Der Kardiologe will keine Patienten am Herzinfarkt verlieren, meinetwegen an einer Lungenentzündung. So stirbt sein Patient nicht nur «gesund, sondern (für sein Fachgebiet) geheilt».

Die Patienten des Palliativmediziners sterben früher oder später alle. Also immer und nur Nie-

derlagen? Das Ziel seines Bemühens soll(te) nicht die Lebenserhaltung, sondern die Bewahrung der Lebensqualität sein. Oft wird ihm das gelingen. Es gibt aber Situationen, in denen Schmerzen oder andere Symptome oder Leiden nicht oder nicht zufriedenstellend kontrollierbar sind. Nur das dauernde Formulieren von realisierbaren Erwartungen und Zielen und das (Mit-)

Teilen von scheinbarem Ungenügen kann uns helfen, mit diesen *unseren* «Niederlagen» umzugehen bzw. dieses Ungenügen nicht als Niederlage zu erleben. In diesem Sinn ist auch die Entscheidung, eine terminale Sedation durchzuführen, nicht als Niederlage zu erleben, wenn sie unter Anwendung der erwähnten Kriterien gefällt wird.

Korrespondenz:
Dr. med. Hans Neuenschwander
Servizio Cure Palliative
Sede Ospedale Italiano
CH-6962 Viganello
Tel. 091 805 75 93/4
Fax 091 805 75 95
cure.palliative@ticino.com

Literatur

- 1 Grimm J, Grimm W. Dornröschen. In: Grimm J, Grimm W. Grimms Märchen. Originaltitel: Kinder- und Hausmärchen, 1812–1822. Hamburg: Cecile Dressler Verlag; 2000.
- 2 Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996;153:233–45.
- 3 Enck RE. Drug-induced terminal sedation for symptom control. *Am J Hosp Pall Care* 1991;8:3–5.
- 4 Fainsinger RL. Treatment of delirium at the end of life: medical and ethical Issues. In: Portenoy end Bruera (eds.). *Topics in Palliative Care*. Volume 4. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 261–77.
- 5 Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine – definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 2001;9:403–7.