

## Palliative Sedierung bei Malignom und Psychose?

Online publiziert: 5. Januar 2013  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Ein 62-jähriger Patient befindet sich wegen einer schizoauffektiven Psychose mit Fremd- und Eigengefährdung seit einigen Monaten in einer geschlossenen Unterbringung. Er ist alleinstehend und hat eine Berufsbetreuerin. In dem Heim, in dem er untergebracht ist, bewegt er sich frei und besucht bei Bedarf eigenständig den Hof, um dort zu rauchen. Er teilt das Zimmer mit einem anderen Heimbewohner.

Immer, wenn es im Heim zu lautstarken Interaktionen unter den Bewohnern kommt, reagiert der Patient mit zunehmender Agitiertheit. Der Patient zeigt gelegentlich Drohgebärden den Pflegenden gegenüber, aber ein tätlicher Angriff fand bisher nicht statt.

Sein vor zwei Jahren diagnostiziertes Hypopharynxkarzinom wollte der Patient zum Diagnosezeitpunkt und auch später nie kurativ behandeln lassen, so dass nun durch den unbehandelten Progress eine palliative Situation mit Lymphknoten- und Fernmetastasierung vorliegt. Wegen der zunehmenden Stenosesymptome in Form von Dysphagie und Dyspnoe erhielt der Patient im Verlauf der Erkrankung eine PEG und ein Tracheostoma. Die Beschickung der PEG nimmt der Patient bei bereitgestellter Sondennahrung ebenso eigenständig vor wie die Reinigung der Trachealkanüle im Bedarfsfall.

Der Patient ist noch normalgewichtig und ohne Hilfe im Heim mobil. Er kann sich frei bewegen und tut dies nach eigenen Bedürfnissen. Der vom Patienten selber beschriebene Schwindel hält ihn nicht davon ab, sich sehr zügig fortzubewegen. Gelegentliches Stolpern und auch Stürze tolerieren Patient und Pflegekräfte, da bisher keine ernsthaften Verletzungen resultierten.

Als innerhalb weniger Tage ein großer fuktuierender und druckschmerzhafter Tumor der rechten Halsseite auftritt, wird die Unterstützung eines regionalen SAPV<sup>1</sup>-Teams angefordert. Gründe für die Kontaktaufnahme sind eine aktuell unzureichende Analgesie und die Bedenken, dass es möglicherweise im weiteren Verlauf zu einer Atemwegsverlegung kommen könnte. Es handelt sich um eine zerfallende Lymphknotenmetastase. Folgende Dinge werden durch den visitierenden Palliativarzt vorgenommen: Eine Erhöhung des bereits seit längerem etablierten transkutan verabreichten Opiats, ein Antrag auf Aufhebung der gesetzlich ausgesprochenen geschlossenen Unterbringung, das Eruiere der Patientenwünsche im Sinne des Advance Care Planning. In diesem Zusammenhang wird die Möglichkeit einer

<sup>1</sup>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

palliativen Sedierung erläutert. Es wird mit dem Patienten besprochen, dass der Einsatz dieses Mittels erwogen werden kann, falls eine unerträgliche und nicht anders zu behandelnde Atemnot auftreten sollte. Der Patient möchte dieses Angebot gerne in Anspruch nehmen, sollte dieser Fall eintreten. Die Ergebnisse des Gespräches werden umfassend dokumentiert.

Zwei Tage nach dem Erstkontakt wird die Frage nach einer eventuellen Übernahme auf die örtliche Palliativstation gestellt. Nach ausführlicher Reflexion der zu diesem Zeitpunkt zuständigen Palliativärzte entscheidet man sich bei noch beherrschbarer Symptomlast dagegen, da durch Renovierungsarbeiten ein nahezu unzumutbarer Lärmpegel auf der Palliativstation herrscht und damit eine gute Unterbringung des psychisch labilen und ausgeprägt lärmempfindlichen Patienten nicht gewährleistet erscheint. Am nächsten Tag eröffnet sich der Tumor spontan nach außen, und es kommt zu einer deutlichen Verringerung des Druckschmerzes. Der Patient entleert den Tumor mit Hilfe von visitierenden Palliativmitarbeitern eigenständig und gibt ausdrücklich zu verstehen, dass es ihm nun besser gehe.

In der folgenden Nacht entfernt sich der Patient aus ungeklärter Motivation seine Trachealkanüle und reißt sich die PEG heraus. Der gerufene Notarzt rekanüliert den Patienten, der bei Eintreffen des Notfallteams zyanotisch ist, problemlos. Der Patient atmet nach dem Sichern der Atemwege mittels der Trachealkanüle weiterhin eigenständig und zeigt mit fortschreitender Erholung eine massive Agitation. Es wird eine Verlegung auf die Intensivstation des nahegelegenen Krankenhauses vorgenommen. Dort wird der agitierte, spontan atmende und kreislaufstabile Patient für einen Tag überwacht und zum Ausschluss von Fremd- und Eigengefährdung durchgängig sediert und fixiert. Welche Motivation hinter dem selbstschädigenden Verhalten des Patienten steht (psychotischer Schub? Suizidalität?), wird nicht eruiert. Die Übernahme durch die Palliativstation wird angefragt. Dem Übernahmewunsch wird nachgekommen.

Auf der Palliativstation wird die Sedierung nach Rücksprache mit dem SAPV-Arzt, welcher den Patientenwunsch nach Sedierung bei nicht anders behandelbarer Dyspnoe eruiert hatte, beibehalten. In Phasen großen Baulärms kommt es trotz Sedierung wiederholt zu starker Agitation, so dass sehr hohe Dosierungen des Sedativums eingesetzt werden. Da es trotz Sedierung bei Pflegehandlungen zu tätlichen Übergriffen des Patienten auf das Pflegepersonal kommt, wird eine Fixierung etabliert. Das Vorgehen hierzu gestaltet sich in den neun Tagen des Aufenthalts als täglich aufs Neue beantragte 5-Punkt-Fixierung. Die Berufsbetreuerin bearbeitet die vom Stationsarzt gestellten Anträge auf Genehmigung der freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Der Patient erhält während des Aufenthalts auf der Palliativstation keine künstliche Ernährung. Es wird eine dem Patienten bereits bekannte Sitzwache vom regionalen Hospizdienst in die Betreuung mit eingebunden, um die menschliche Zuwendung trotz der unbefriedigenden Fixierungssituation zu gewährleisten.

Der körperliche Zustand des Patienten wird im Verlauf schlechter, so dass die Übergriffe seltener und weniger bedrohlich werden und man in den letzten Tagen auf eine durchgehende Fixierung verzichten kann. Der Patient verstirbt am neunten Tag der Dauersedierung. Es ist davon auszugehen, dass er unter der durchgeführten Therapie trotz des aufgebrochenen Halslymphknoten-Tumors zu keinem Zeitpunkt unter starken Schmerzen oder Dyspnoe gelitten hat.







zu treffen und diese zu kommunizieren. Nur bei fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit – bezogen auf eine konkrete Entscheidung – muss der rechtliche Betreuer auf Grundlage des verfügbaren bzw. mutmaßlichen Patientenwillens eine Entscheidung treffen, die am ehesten den Präferenzen und Werthaltungen des Patienten entspricht. Zusammenfassend lässt sich keine sichere Aussage über die Einwilligungsfähigkeit des Patienten als Voraussetzung für selbstbestimmte Entscheidungen über die Behandlung der Tumorerkrankung beziehungsweise die symptomatische Behandlung treffen.

Die bis zum Tod durchgeführte Sedierung wird aufgrund der Agitation des Patienten eingeleitet. Nach Beginn der Sedierung und Überwachung auf der Intensivstation erfolgt die Verlegung auf eine Palliativstation. Es ist nachvollziehbar, dass die Sedierung in einer psychiatrischen Einrichtung nicht gut durchgeführt werden konnte. Allerdings erscheint die Verlegung auf die Palliativstation angesichts des beschriebenen unzumutbaren umbaubedingten Lärmpegels problematisch. Die hohe Sensibilität des psychisch kranken Patienten auf Geräusche und Lärm war bekannt. Daher konnte die erforderliche Sedierung des agitierten Patienten nicht befriedigend durchgeführt werden und somit nicht zu seinem gesundheitlichen Wohl gehandelt werden.

Der Fallbericht schließt mit der Einschätzung, dass der Patient zu keinem Zeitpunkt unter starken Schmerzen und Luftnot gelitten habe. Es ist allerdings festzuhalten, dass diese Symptome für die Indikationsstellung der Sedierung keine erkennbare Relevanz haben. Dagegen wird die beschriebene Agitation in den aktuellen Empfehlungen der European **MYRELDWLRRIE DOOLDWLH DUHDOVKI IJHUUGI UJGLH (LOHLW IHLHUS DOOLDWLH 6HGLI** rung genannt [1 @DH/HLWOLLHHP SHKOW (WVFKHLGJHEHUGLHHJUHJN MWOLF KHU □ Ernährung unabhängig von der Entscheidung über die palliative Sedierung zu treffen. Im vorliegenden Fall wurde nach Entfernung der PEG-Sonde durch den Patienten auf eine künstliche Ernährung verzichtet. Die Grundlage für die Begrenzung der künstlichen Ernährung ist jedoch unklar. Aus medizinischer Perspektive wären beispielsweise die Wirkungslosigkeit der Maßnahme mit Blick auf die Verlängerung von Lebenszeit oder Verbesserung von Lebensqualität fachliche Gründe für die Begrenzung der künstlichen Ernährung. Weiterhin ist bekannt, dass bei Patienten in der letzten Lebensphase die künstliche Ernährung **MIWOLFKEBHODYWHND IHEH BEHGLLEMFKH UGHNB EDWLHWHUHEFKWOLF KHU** bindlich lebenserhaltende Maßnahmen wie die Ernährung ablehnen. Im konkreten Fall ist der Patientenwille bezüglich der künstlichen Ernährung allerdings nicht beschrieben. Im Rahmen des Advance Care Planning wird laut Falldarstellung lediglich die Zustimmung des Patienten zur Sedierung bei nicht anders zu behandelnder Atemnot eingeholt. In der Zusammenschau der vorliegenden Informationen muss daher festgestellt werden, dass es für die Begrenzung der künstlichen Ernährung keine erkennbare medizinische oder aus dem Willen des Patienten abzuleitende Begründung gibt. Nicht zuletzt angesichts der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Patienten im Gesundheitswesen sind eine genaue Prüfung der Behandlungsindikation sowie eine sorgfältige Dokumentation der für die Entscheidung relevanten medizinischen und ethischen Gründe unabdingbar.

## Literatur

1. Cherny NI, Radbruch L (2009) EAPC recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 23:581–593