

Terminale Sedierung

Womit, wie lange und für wen?

Hintergrund und Fragestellung: Die terminale, meist als palliativ bezeichnete Sedierung ist eine in Deutschland ethisch nicht unumstrittene Maßnahme, Sterbenskranken den Weg aus dem Leben zu erleichtern. Belgier, Niederländer und Briten haben weniger Vorbehalte. Zahlen zur kontinuierlichen tiefen Sedierung bis in den Tod haben Forscher aus den drei Ländern nun in einer Studie publiziert.

Patienten und Methoden: Die Wissenschaftlergruppe um Livia Anquinet von der Universität Brüssel, Belgien, untersuchte insgesamt 11.704 Todesfälle. Bei 1.517 davon hatte dauerhafte tiefe Sedierung der Patienten eine Rolle gespielt.

Ergebnisse: Es zeigten sich neben nationalen Unterschieden auch Differenzen je nach der Sterbeumgebung (Klinik, Zuhause). So wurde in niederländischen Krankenhäusern die terminale Sedierung bei 11 %, in Großbritannien bei 17 % und in Belgien (die Zahlen stammen hier aus Flandern) bei 20 % der Sterbenden angewendet. Hingegen wurden von den Patienten, die zu Hause lagen, in Großbritannien 19 %, in Flandern 10 % und in Holland 8 % palliativ sediert.

In allen drei Ländern erhielten Patienten am ehesten dann kontinuierlich starke Beruhigungsmittel, wenn sie männlich, jünger als 80 Jahre und an Krebs erkrankt waren. Die Sedierung dauerte in den meisten Fällen maximal eine Woche. Unterschiede ergaben sich in der Art der Sedation. 89 % der zu Hause sedierten Patienten und 76 % der sedierten Klinikpatienten in den Niederlanden hatten Benzodiazepine erhalten, eventuell in Kombination mit Opioiden oder anderen Medikamenten. Für Flandern lagen die entsprechenden Zahlen bei 72 % bzw. 55 %, in Großbritannien betrug die Anteile 81 % und 58 %. Untersucht wurde auch, wie häufig Patienten mit ärztlicher Unterstützung starben, wozu Sterbehilfe, ärztlich assistierter Suizid, aber auch unverlangte Lebensverkürzung zu rechnen sind. Hier zeigte sich, dass die tiefe Sedierung in Flandern häufiger als in den anderen beiden Ländern mit ärztlich unterstütztem Sterben verbunden war. Die Anteile lagen dort bei 10 % aller sedierten Sterbenden (Niederlande: 3 %, Großbritannien 1 %). Anquinet und ihren Kollegen zufolge ist dies ein Anzeichen dafür, dass in Flandern die Grenze zwischen tiefer Sedierung und ärztlich assistiertem Sterben weniger klar gezogen ist. In den Niederlanden, wo Euthanasie legal ist, und in Großbritannien, dessen Gesetze ärztliche Unterstützung beim Sterben verbieten, scheint man hier deutlicher zu unterscheiden.

Originalie

Anquinet L et al. The practice of continuous deep sedation until death in flanders (belgium), the Netherlands, and the u.k.: a comparative study. *J Pain Symptom Manage.* 2012;44(1):33-43.

Schlussfolgerung der Autoren:

Eine kontinuierliche tiefe Sedierung wird je nach den gesetzlichen, kulturellen und organisatorischen Umständen unterschiedlich eingesetzt. Merkmale der Patienten oder klinische Profile spielen laut der Studie von



Anquinet und Kollegen demgegenüber offenbar eine geringere Rolle. Weitere eingehende Untersuchungen sollten klären, ob sich diese Unterschiede auch in der Qualität der Versorgung sterbenskranker Patienten widerspiegeln.

Schlüsselwörter: terminale Sedierung – Palliativmedizin – nationale Unterschiede – Versorgungsqualität

– Kommentar von Birgitta Behringer, Bochum

Wichtig ist eine klare Abgrenzung zur Sterbehilfe

Die meisten Menschen wünschen sich möglichst symptomarm und in Würde zu sterben. Es ist eine ärztliche Verpflichtung, diese Aufgabe wahrzunehmen. Die kontinuierliche tiefe Sedierung kann in der Palliativmedizin als Therapieform eingesetzt werden, wenn schwerwiegende Symptome nicht mit anderen Mitteln behandelt werden können. Durch gezielte Herabsetzung des Bewusstseinszustands soll der sterbende Mensch unerträgliche Symptome nicht mehr erleben müssen. Folglich verliert der Patient seine Kommunikationsfähigkeit und kann Nahrung nicht mehr selbstständig aufnehmen, sodass unter Umständen ein früheres Sterben in Kauf genommen wird. Die Methode ist nicht unumstritten und wird gelegentlich zusammen mit der Sterbehilfe genannt. Gerade für Deutschland ist eine klare Abgrenzung hierzu wichtig. Die Studie von Livia Anquinet und Kollegen über den Einsatz kontinuierlicher tiefer Sedierung in Flandern, den Niederlanden und England zeigt auf, dass diese Therapieform sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich unterschiedlich häufig eingesetzt wird. So wird in England in beiden Bereichen sehr viel häufiger sediert (19% ambulant und 17% stationär) als in den Niederlanden (8% und 11%). In Flandern sind die Gesamtzahlen ähnlich hoch wie in England, die meisten tiefen Sedierungen werden aber stationär durchgeführt. Aus Deutschland sind hierzu keine verlässlichen Zahlen bekannt, vor dem Hintergrund der geschilderten Konsequenzen und meiner Erfahrungen kommt mir die Frequenz allerdings sehr hoch vor. Die Dauer der Sedierungen ist in den Niederlanden am kürzesten und es werden häufiger Benzodiazepine eingesetzt.

Ein Vergleich verschiedener Nationen ist schwierig, da die Gesundheitssysteme unterschiedlich sind. Sterbehilfe ist in Belgien und den Niederlanden erlaubt, in England hingegen nicht. Außerdem beruhte die Datenerhebung in England auf dem Erinnerungsvermögen der Ärzte und ihren Antworten bezüglich ihrer letzten Sterbebegleitung, während in Flandern und den Niederlanden die Totenscheine die Grundlage der Datenerhebung bildeten. Auch die Indikationen für eine terminale palliative tiefe Sedierung waren länderübergreifend nicht einheitlich. So gab es in Flandern sehr viel häufiger Zusammenhänge zwischen ärztlich unterstütztem Sterben und Sedierung als in den Niederlanden und in England.

Sterbehilfe ist in den Niederlanden erlaubt und es gibt daneben seit 2005 „National Palliative Sedation Guidelines“. Somit ist es wahrscheinlich, dass niederländische Ärzte die Sterbehilfe von der Sedierung trennen. In Flandern gibt es solche Guidelines erst seit kurzem. Über die hoch scheinenden Sedierungszahlen auch im ambulanten Bereich in England kann man nur spekulieren. Neben Unterschieden in der Datenerhebung und fehlenden offiziellen Guidelines erfahren wir wenig über Indikationen: ob die Therapie der Sedierung einen größeren Stellenwert hat als in den Niederlanden, da es die Möglichkeit der Sterbehilfe nicht gibt, oder ob die tiefe Sedierung am Lebensende auch auf Medikamentennebenwirkungen zurückzuführen war oder der Tod während einer Sedierung eintrat, die intermittierend sein sollte, bleibt unklar.

Die Studie von Anquinet und Kollegen zeigt länderübergreifend deutliche Unterschiede im Sedierungsverhalten am Le-

bensende. Aufgrund verschiedener Gesundheitssysteme und gesetzlicher Vorschriften ergeben sich Differenzen, die letztlich eine Beurteilung der Qualität der ärztlichen Begleitung am Lebensende sehr einschränken. Trotzdem sind solche vergleichenden Untersuchungen über den Einsatz dieser Therapie in Nachbarländern unverzichtbar für die Diskussion und Standortbestimmung in Deutschland. Gerade hier ist die Abgrenzung der kontinuierlichen tiefen palliativen Sedierung von der Sterbehilfe eine große Herausforderung beim Umgang mit Palliativpatienten. Grundlage für Diskussionen und Vergleiche ist zunächst eine einheitliche Terminologie und Klärung der Begrifflichkeit. Hier scheinen die Niederlande den beiden Vergleichsländern voraus zu sein. Grund dafür können unter anderem auch nationale Richtlinien sein. Auch in Deutschland müssen besonders auf lokaler Ebene und im ambulanten Bereich Standards auf der Basis bereits bestehender Vorgaben des EAPC konkretisiert werden [1], die ein transparentes Arbeiten mit Palliativpatienten am Lebensende erlauben. Für den ambulanten Bereich wurde diesbezüglich unlängst eine Modifikation zur Diskussion gestellt [2]. Die differenzierte Auseinandersetzung [3] und die Entwicklung verbindlicher Richtlinien sind wichtig für Patienten, Angehörige wie auch für das Betreuungsteam und schützt vor missbräuchlichem Umgang mit dieser anspruchsvollen und hoch differenzierten Therapie.

Literatur:

1. Alt-Epping B et al. Z Palliativmed. 2010;11(3):112-22.
2. Thöns M et al. Palliativpraxis. 2012;1(7):1-5.
3. Holtappels P, Behringer B. Angew Schmerzther Palliativmed. 2012;5(3):20-2.



Dr. med. Birgitta Behringer

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin,
Spezielle Palliativmedizin und hausärztliche
Geriatric in Bochum
behringer.b@web.de



Weitere Infos auf
springermedizin.de

Dossier Palliativmedizin

Informieren Sie sich umfassend zum Thema Palliativmedizin: aktuelle Meldungen, neueste Studiendaten sowie Fortbildungsbeiträge finden Sie unter:

► www.springermedizin.de/371484