



Kommentar I zum Fall: „Prolongierte medikamentöse (palliative?) Sedierung bei nicht behandelbarer Depression?“

Elisabeth Jentschke · Rainer Schäfer

Angenommen: 4. September 2023 / Online publiziert: 2. November 2023
© The Author(s) 2023

Der zunächst einwilligungsfähige 81-jährige Patient mit einer rezidivierenden depressiven Störung entscheidet bei Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung, keine Medikamente, insbesondere keine Psychopharmaka, mehr einzunehmen. Zusätzlich stellt er die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ein und äußert einen Sterbewunsch. Nach mehrfacher psychiatrischer Exploration kann von einer refraktären Therapiesituation ausgegangen werden.

Durch die Annahme auf Seiten der „Psychiatrie“, dass eine Verweigerung der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme zum zeitnahen Versterben führt, ist der Patient aus nachvollziehbaren Gründen zur palliativmedizinischen Begleitung und Symptomkontrolle auf eine Palliativstation verlegt worden.

Zunächst ist festzustellen, dass es sich bei dem 81-jährigen Mann um einen Palliativpatienten handelt, der zwar kein Malignom, aber ein nicht kurativ beherrschbares chronisch fortschreitendes nichtmalignes Grundleiden hat (seit über 40 Jahren eine rezidiv, therapieresistente Depression, zudem kombiniert mit einem medikamentösen Parkinsonsyndrom und einer neurodegenerativen Demenz).

Der Patient wählt eine Therapiezieländerung in entscheidungsfähigem Zustand (Absetzen der spezifischen psychiatrischen Medikamente) und beschließt einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (vulgo Sterbefasten).

In einer vorliegenden Patientenverfügung war ausdrücklich (zusätzlich) angegeben, dass der Patient sich im Falle eines Leidenszustandes eine medikamentöse

✉ Dr. phil. Elisabeth Jentschke
Comprehensive Cancer Center Mainfranken NCT, Universitätsklinikum Würzburg,
Josef-Schneider-Straße 6, 97080 Würzburg, Deutschland
E-Mail: Jentschke_E@ukw.de

Dr. med. Rainer Schäfer
Klinik für Anästhesie, operative Intensiv- und Palliativmedizin, Klinikum Würzburg Mitte, Standort
Juliusspital, Würzburg, Deutschland

Leidenslinderung wünsche. Dies lässt vermuten, dass sich der Patient im Vorfeld mit der Thematik beschäftigt hat.

Auf der Palliativstation war der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit durch den Patienten beendet worden, es traten aber quälende Symptome (Leidenszustände) auf, wie Angst, Unruhe, Wahnvorstellungen.

Es bestand ohne Zweifel eine medizinische (ärztliche) Indikation zur Symptomkontrolle, was hier offensichtlich nur durch entsprechende sedierende Medikamente in parenteraler Form zu gewährleisten war.

Durch die vorliegende Patientenverfügung und die ausdrückliche völlig kongruente Bestätigung der Patientenwünsche durch die bevollmächtigte Ehefrau lag auch eine entsprechende (vorgezogene) Willenserklärung des Patienten mit Zustimmung zur durchgeführten Symptomkontrolle vor.

Insofern waren beide normative Grundlagen der Patientenbehandlung (medizinische Indikation und Einverständnis des Betroffenen) erfüllt.

Es wurde zudem noch ein aktuelles psychiatrisches Konsil durchgeführt, das bestätigte, dass keine Indikation für eine weitere antidepressive Therapie vorlag.

Die palliative Sedierung als Endstufe einer Therapiekaskade (last resort) wurde von den Behandlern als einzige noch vorhandene Option gesehen, um die quälenden Symptome des Patienten zu durchbrechen. Niederschwelligere Optionen (d. h. weniger eingreifende Maßnahmen), wie eine perorale Therapie mit Anxiolytika/Neuroleptika/Sedativa waren nicht durchführbar bzw. scheiterten an der nicht (mehr) vorhandenen Patientencompliance (symptombedingt keine Einsichtsfähigkeit mehr).

Eine palliative Sedierung setzt nicht unbedingt das kurzfristig bevorstehende Lebensende voraus, sondern kann durchaus in früheren Krankheitsstadien indiziert sein (respice sedation).

Die parenterale Sedierungstherapie konnte derart gesteuert werden, dass der Patient ausreichend symptomkontrolliert (angstfrei und ruhig) erschien, aber dennoch ansprechbar blieb. Ziel einer palliativen Sedierung ist die gerade ausreichende Symptomkontrolle und nicht die Erzeugung einer tiefen Bewusstlosigkeit. Der Übergang zu einer Narkose soll vermieden werden. Mithin gelang uns unserer Sicht bei diesem Patienten eine adäquate Sedierung (was bei den uns zur Verfügung stehenden Pharmaka nicht immer der Fall ist!). Eine medizinische Notwendigkeit (Indikation) für eine tiefere Sedierung bestand zu dem Zeitpunkt nicht.

Die palliative Sedierung als eingreifende therapeutische Maßnahme setzt bestimmte infrastrukturelle Gegebenheiten voraus: qualifiziertes Personal, das mit dieser therapeutischen Maßnahme gut vertraut ist, Personalressourcen zur engmaschigen klinischen Verlaufsbeurteilung und evtl. zeitgerechten Anpassung der Dosierung. Immer sind die Angehörigen miteinzubeziehen und Unterstützung zu leisten. Bisweilen braucht es eine psychosoziale- und/oder spirituelle Mitbetreuung.

Im vorliegenden Fall kam eine häusliche Verlegung dieses Patienten nicht in Frage (selbst unter engmaschiger Betreuung durch ein SAPV-Team ist eine palliative Sedierung in der oben beschriebenen Form mit hohen Dosen an bewusstseinsdämpfenden Pharmaka im häuslichen Umfeld nur extrem schwer realisierbar).

Psychiatrische Einrichtungen sind in der Regel (derzeit) noch nicht in der Lage, die notwendigen infrastrukturellen Voraussetzungen für eine hochspezialisierte palliative Sedierung zu erfüllen. Insofern bleiben Palliativstationen und/oder statio-

näre Hospize die geeigneten Orte für die Durchführung einer solchen (invasiven) Maßnahme. Für Patienten, wie oben beschrieben, bestehen in unserem Gesundheitssystem derzeit offensichtlich noch deutlich erkennbare Versorgungslücken.

Eine zeitliche Limitierung einer palliativen Sedierung kann in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Symptomlast und/oder der bestehenden Grundkrankheit nicht vorgegeben werden. Vorliegende wissenschaftliche Daten aus verschiedenen Ländern zeigen aber, dass die durchschnittliche Sedierungszeit sich in wenigen Tagen bewegt (Klein 2023). Insofern stellt sich aus unserer Sicht die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit bei diesem Palliativpatienten nicht.

Zukünftig werden sich einerseits Mitarbeitende in der Psychiatrie zunehmend mit Patient:innen konfrontiert sehen, die zu ihren psychiatrischen auch schwere somatische Symptome entwickeln, die fortschreitend und chronisch verlaufen. Andererseits erleben Mitarbeitende im palliativen Bereich Patient:innen, die neben ihren körperlichen auch an psychiatrischen Symptomen leiden. Diesen Herausforderungen stellt sich eine neu gegründete AG „Palliativversorgung und Psychiatrie auf Bundesebene“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit Fortbildungsveranstaltungen, retrospektiven Fallsupervisionen und Diskussionsrunden.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt E. Jentschke und R. Schäfer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Klein C et al (2023) Sedierung in der Palliativversorgung. Eine klinisch-orientierte Übersicht von Leitlinien und Handlungsempfehlungen. *Dtsch Arztebl Int* 120:235–242. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0034>