



Die DAGST e. V.

ist eine originäre Schmerzgesellschaft und setzt sich seit ihrer Gründung 2002 ausschließlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in ganzheitlicher Schmerztherapie ein.

Unsere Ziele:

- Bessere Behandlung von Schmerzpatienten durch ganzheitlichen Ansatz
- Berufsbegleitende qualifizierte Schmerztherapie-Ausbildung mit Zertifikat zum Tätigkeitsschwerpunkt „Ganzheitliche Schmerzbehandlung“
- Interaktive Vorträge mit Beteiligung des Auditoriums und Demonstration von Behandlungsverfahren
- Umsetzung der Ergebnisse aktueller Schmerzforschung in die Ausbildung und Therapie
- Intensiver kollegialer Austausch sowie Bildung von interdisziplinären Netzwerken

Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e. V.

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Sven Gottschling (Schriftleitung)
2. Vorsitzende: Birgit Scheytt

Weitere Informationen:

Fortbildungsbüro DAGST
 Amperstr. 20A
 82296 Schöngeising
 Telefon: 08141 318276-0
 Fax: 08141 318276-1
 E-Mail: kontakt@dagst.de

Redaktion:

Christine Höppner
 E-Mail: ch@orgaplanung.de
 www.dagst.de

Zahnmedizin ganzheitlich gedacht

GZM feiert 40-jähriges Jubiläum – wir gratulieren!

Die Internationale Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin e. V. (GZM) feiert in diesem Jahr ihr 40-jähriges Jubiläum. Zu diesem Ereignis möchte die Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie (DAGST) herzlichst gratulieren.

Im Herbst des Jahres 1985 haben die Gründungsmitglieder um den Zahnarzt und langjährigen GZM-Vorsitzenden Dr. Peter Reichert mit großem Weitblick die GZM gegründet. Damals war eine systemische ganzheitliche Betrachtungsweise des stomatognathen Systems noch etwas für Exotinnen und Exoten, die belächelt und verspottet wurden. Amalgam war der führende Füllungswerkstoff. Auswirkungen von Krankheiten im Zahn-, Mund- und Kieferbereich oder von deren Therapie auf den gesamten Organismus wurde kaum Beachtung geschenkt.

Heute, nach 40 Jahren, wissen wir mehr: In der Schulmedizin sind mittlerweile die systemischen Folgen von Entzündungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich auf das Herzkreislaufsystem sowie die reziproken Zusammenhänge zwischen marginalen Parodontopathien und Diabeteserkrankungen akzeptiert. Auch das orale Mikrobiom hat einen immer größeren Stellenwert in der universitären Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erlangt. Neuere Untersuchungen von Bei Wu, Professorin für globale Gesundheit und stellvertretende Forschungsdekanin am Rory Meyers College of Nursing der New York University legen den Verdacht nahe, dass eine desolante Mundgesundheit als weiterer Risikofaktor für demenzielle Erkrankungen einzustufen ist. Eine Metaanalyse von 14 Längsschnittstudien mit 34.074 Erwachsenen im Alter von mehr als 60 Jahren ergab, dass jeder zusätzlich fehlende Zahn mit einem um 1,4 % erhöhten Risiko für kognitive Beeinträchtigungen und einem um 1,1 % erhöhten Risiko für



„An der Weiterentwicklung des Fachgebiets Zahnmedizin hin zu einer ganzheitlich-systemischen Betrachtungsweise hat die GZM einen sehr großen Anteil.“

Hardy Gaus

Zahnarzt mit den Tätigkeitsschwerpunkten Akupunktur, Homöopathie, Ganzheitliche Zahnmedizin

Demenz verbunden ist [Livingston G et al. Lancet. 2024;404(10452):572-628].

Andererseits gibt es seitens der Universitätsmedizin aber auch noch Defizite bei der Anerkennung und Umsetzung bereits offensichtlicher Zusammenhänge zwischen dem stomatognathen System und dem Gesamtorganismus. So wird der Begriff „Herdgeschehen“ von der Schulmedizin weiterhin nur im Zusammenhang mit klinisch und/oder röntgenologisch nachweisbaren Entzündungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich in Verbindung gebracht, getreu dem Motto: „Was man nicht sieht, gibt es einfach nicht“. Durch verschiedene ganzheitliche Diagnose- und Therapieverfahren (z.B. Applied Kinesiology, Neuraltherapie nach Huneke, RAC-kontrollierte Störherdbehandlung nach Nogier und Bahr) ist man jedoch dazu in der Lage, regulationsstörende Bereiche im Organismus einzugrenzen und zu therapieren. Es wird geschätzt, dass derartige Störherde zu 70–80 % im Bereich des Kopfes lokalisiert sind und davon wiederum mehr als die Hälfte im Zahn-, Mund- und Kieferbereich in Form von chronischen Entzündungen, Kieferostitiden, Narben, aber auch Zahnimplantaten. Gerade die Existenz von Kiefer-

ostitiden vom Typ NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis; auch als fettig-degenerative Osteonekrose des Kieferknochens, kurz FDOK, bezeichnet) sind in der Schulzahnmedizin nicht offiziell anerkannt. Hinzu kommt, dass die weitreichenden Auswirkungen von falschen Bisslagen auf die Gesamtstatik des Bewegungsapparates und die gegenseitige Beeinflussung zwischen der Okklusion der Zähne und der Statik der Körperhaltung immer noch zu wenig Beachtung finden. Dabei ist etwa ein falscher Biss dazu in der Lage, Rücken- und Kopfschmerzen zu unterhalten.

Förderung der ganzheitlich-systemischen Zahnheilkunde

An der Weiterentwicklung des Fachgebiets Zahnmedizin hin zu einer ganzheitlich-systemischen Betrachtungsweise hat die GZM einen sehr großen Anteil. Dieser mitgliederstarke Verein bemüht sich seit Jahrzehnten um die Erkennung, Förderung und Verbreitung ganzheitlich-systemischer Aspekte mit Bezug zur Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im In- und Ausland. Es bestehen enge Kooperationen und Netzwerkverbindungen mit anderen Verbänden, die ebenfalls naturheilkundliche, systemische und regulationsmedizinische Ansätze verfolgen, unter anderem mit der DAGST. In zahlreichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen bemüht sich die GZM seit vielen Jahren, interessierten Kolleginnen und Kollegen aller Fachgebiete eine ganzheitlich-systemisch orientierte Zahnheilkunde näherzubringen. Herzstück der Ausbildung ist das Curriculum „Systemische Zahnmedizin“, in dem Zahnmedizinerinnen und -mediziner in acht Wochenendkursen wichtige Grundlagenkenntnisse für eine ganzheitlich-systemische Betrachtungsweise vermittelt werden, verbunden mit der Fähigkeit, eine Praxis für Ganzheitliche Zahnheilkunde auszuweisen.

Mit herzlichen Grüßen,



Hardy Gaus

DAGST-Veranstaltungen



EINLADUNG

13. Homburger Schmerz- und Palliativkongress

Merken Sie sich bitte den
6. Dezember 2025 vor.

Kursvorschau

Datum	Kursort	Weiterbildung
19.07.2025	Ludwigsburg	„Hands On“ TENS – Indikationen und Anwendung Leitung: A. Philipp
20.09.2025	Ludwigsburg	„Botox“ in der Schmerztherapie Leitung: A. Philipp

Wir möchten Sie zudem auf den 149. ZAEN-Kongress vom 24.–28.09.2025 hinweisen. Das ausführliche Programm finden Sie unter <https://kongress.zaen.org/programm/>.

Gerne stehen wir Ihnen weiterhin zum persönlichen Austausch im Videochat zur Verfügung, zu folgenden Themen oder anderen Fragen aus Ihrer Praxis an unsere Experten.

Wir bitten um Anmeldung per E-Mail (kontakt@dagst.de), damit wir Ihnen den Zugangslink zusenden können.

Termine und Themen

- 16.07.2025, 18:00–19:00 Uhr: A. Philipp: Einordnung der Schmerzchronifizierung ins bio-psycho-soziale Schmerzmodell
- 06.08.2025, 10:00–11:00 Uhr: B. Scheytt: Cluster und andere trigemino-autonome Kopfschmerzen – Unterschiede in Diagnostik und Therapie
- 26.08.2025, 16:00–17:00 Uhr: Prof. Dr. Sven Gottschling: altersübergreifende Palliativmedizin; differenzierte Cannabinoidtherapie
- 17.09.2025, 18:00–19:00 Uhr: A. Philipp: Neuropathische Schmerzen behandeln am Beispiel H. Zoster-Neuralgie

Bitte verfolgen Sie die aktuellen Kursangebote auch auf unserer Webseite. Alle Kurse können Sie auch bequem online buchen unter: www.dagst.de. Programmänderung vorbehalten.





Gerade bei existenziellem Leid ist es möglich, dass die subjektiv empfundene Symptomlast objektiv nicht nachvollziehbar ist.

Die gezielte Sedierung bei existenziellem Leid

Fallstricke und Herausforderungen für das multiprofessionelle Team

Yann-Nicolas Batzler, Ute Schaumlöffel, Benedict Wallrich, Marita Triem, Katja Gottschling, Sven Gottschling

Existenzielles Leid liegt immer dann vor, wenn Menschen in ihrer Existenz keinen Sinn mehr sehen und mit schweren Symptomen konfrontiert werden. Die Schwere der Symptome übersteigt trotz der durchgeführten Maßnahmen der Symptomkontrolle das, was Patientinnen und Patienten auszuhalten vermögen. Die Folge davon können geäußerte Todeswünsche sein. Für Behandlungsteams stellt sich dann die Frage, ob eine gezielte Sedierung indiziert ist. Die Grenze zur Suizidassistentz kann für einige Teammitglieder fließend sein und ethisch-moralische Dilemmata provozieren.

Behandlungsteams sind immer wieder mit Patientinnen und Patienten konfrontiert, die existenzielles Leid erfahren. In der Palliativmedizin wird Leiden multifaktoriell betrachtet. Gemäß des Konzeptes des „Total Pain“,

das auf Cicely Saunders zurückgeht, werden Beschwerden auf einer somatischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension erlebt [1, 2, 3, 4, 5]. Das bedeutet, dass zum Beispiel Schmerzen nicht isoliert betrachtet, sondern in

einem holistischen Gesamtkonstrukt beleuchtet und therapiert werden sollten. Doch vor allem existenzielles Leiden stellt palliativmedizinische Teams immer wieder vor große Herausforderungen [6]. Während gängige Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Unruhe oder Dyspnoe auch objektiv wahrnehmbar und in aller Regel nachvollziehbar sind, mag dies für existenzielles Leid nicht unbedingt zutreffen.

Existenzielles Leid

Verschiedene Aspekte tragen dazu bei, dass das eigene Leben als wertvoll empfunden wird. Dies sind zum einen die Bedeutung, die man sich selbst im Leben zuschreibt, sowie der Respekt vor sich selbst. Zum anderen sind es das Erleben des eigenen Daseins als kostbar und

sinnerfüllt sowie weiterhin die Möglichkeit zu anregenden Gesprächen mit Mitmenschen [7]. Sind diese Aspekte kompromittiert oder bedroht, zum Beispiel durch eine lebensbedrohliche Erkrankung mit einhergehenden starken Einschränkungen beziehungsweise Symptomen, kann dies zu einer Sinnkrise und zu existenziellem Leid führen. Existenzielles Leid liegt also dann vor, wenn Menschen sich in ihrer eigenen Existenz bedroht fühlen und keinen Sinn mehr im Leben erfahren. Es fußt auf persönlichen Erfahrungen, Wünschen sowie Überzeugungen und schränkt die Lebensqualität erheblich ein [8]. Die Trias der existenziellen Verzweiflung wird durch folgende Aspekte definiert:

- körperliche Symptome und Versehrtheit,
- psychische, soziale und spirituelle Belastungen sowie
- Todeswünsche [6, 8, 9].

Für Behandlungsteams stellt existenzielles Leid eine große Herausforderung dar, weil sich die einzelnen Aspekte gegenseitig verstärken können und es dadurch schwerfällt, eine adäquate therapeutische Strategie zu erstellen. Um dem existenziellen Leid in angemessenem therapeutischem Maße zu begegnen, braucht es – neben viel Zeit und Fürsorge – Teams, die sich multiprofessionell zusammensetzen und verschiedene Therapieangebote unterbreiten können. Zu den unabdingbaren Professionen gehören Pflege, Medizin, Psycho(onko)logie, Kreativtherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit und Seelsorge. Ein genaues Aufarbeiten der Komponenten des existenziellen Leidens ist wichtig, um den Patientinnen und Patienten mit all ihren Bedürfnissen gerecht werden zu können [10, 11]. Komplexe Behandlungskonzepte helfen, Symptome zu lindern und existenzielles Leid multifaktoriell zu behandeln. Hierbei stehen die Betroffenen im Fokus, also vor allem das Erleben der Autonomie, individuelle Wünsche und Sorgen. Es ist auch wichtig, die Haltung und die Rolle der Angehörigen zu eruieren und diese mit in die Gespräche einzubeziehen. Können die Symptome trotz wiederholter Gespräche, Aufklärung zur Symptomkontrolle und dem Erfüllen letzter Wünsche nicht gelindert werden, äußern Betroffene am Ende des Leidens-

wegs oftmals Todeswünsche. In solchen Momenten gilt es, offen auf diese einzugehen und ihnen Raum in wiederholten wertschätzenden Gesprächen zu geben [12, 13, 14]. Nicht selten wird in diesem Kontext der Wunsch nach assistiertem Suizid geäußert.

Suizidassistenz und Todeswünsche

Nachdem das Bundesverfassungsgericht Paragraf 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) im Jahr 2020 für nichtig erklärt hatte, wurde eine breite öffentliche Diskussion zum Thema der Suizidassistenz losgetreten [8, 15, 16, 17]. Da es legal sei, für sich selbst den Suizid zu wählen, müsse auch im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht jeder Person die Assistenz dabei legal sein [17]. Die Definition, in welchem Umfang und Rahmen dies jedoch erfolgen soll, wurde auf den Gesetzgeber übertragen. Im Sommer 2023 scheiterten zwei Gesetzentwürfe im deutschen Bundestag [18]. Seitdem herrscht unter Behandlungsteams Unsicherheit, wie mit solchen Wünschen umgegangen werden soll. Im stationären Bereich obliegt es Klinikvorständen, Handlungsanweisungen zu verfassen und einen Handlungsrahmen zu schaffen. Im ambulanten Setting können alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, also nicht nur die ärztliche Profession, selbst entscheiden, ob ein Suizid begleitet wird. Das alleinige Beschaffen von Medikamenten durch medizinisches Personal ist nicht strafrechtlich belangbar, solange die Betroffenen die Medikamente eigenständig einnehmen. Wie es sich mit besonderen Patientengruppen, zum Beispiel psychisch Erkrankten, verhält, bleibt jedoch unklar und schafft Unsicherheit unter Gesundheitspersonal. Weiterhin ist die rechtliche Situation in Deutschland für viele ungewiss, und es fehlen direkte Ansprechpersonen, um Strategien im Umgang mit Todeswünschen und Anfragen zur Suizidassistenz zu entwickeln.

Generell kann die Einschätzung und Betrachtung geäußerter Todeswünsche durch mehrere Berufsgruppen und Disziplinen hilfreich sein [10, 12, 14]. Es bietet sich an, eine fachpsychiatrische Einschätzung vornehmen zu lassen, in der auch die Freiverantwortlichkeit und Geschäftsfähigkeit beurteilt werden kön-

nen. Weiterhin sind klinisch ethische Fallberatungen sinnvoll, um Todeswünsche von einer objektiven Instanz beleuchten zu lassen und eine Empfehlung zum Umgang mit ihnen abzugeben. In größeren Kliniken werden diese oft von klinischen Ethikkomitees auf Anfrage angeboten, im ambulanten Bereich oder in kleineren Häusern von den zuständigen Ärztekammern. In Behandlungsteams haben sich wiederholte teaminterne Besprechungen als hilfreich erwiesen, um unterschiedliche Betrachtungsweisen und Ansichten zusammenzubringen und sich gemeinsam zu positionieren, um eine bestmögliche Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten sicherzustellen [10, 19, 20].

In einigen Fällen, in denen existenzielles Leid erfahren wird, lässt die Schwere der Symptomlast eine solche dezidierte Aufarbeitung geäußerter Todeswünsche jedoch nicht zu, da eine rasche Symptomkontrolle erreicht werden muss. Eine gezielte Sedierung kann dann als letzter Schritt in der Behandlungskaskade in Erwägung gezogen werden. Gerade bei existenziellem Leid ist es aber möglich, dass die subjektiv empfundene Symptomlast objektiv nicht nachvollziehbar ist. Schwierig ist zudem, dass die Grenze zwischen einer Sedierung zur Symptomkontrolle und der Sedierung auf Verlangen der Patientinnen und Patienten für Gesundheitspersonal leicht verschwimmen kann, zumal das Verlangen nach Sedierung aus refraktärem Leid entstehen kann. Fehlende Zeit, um sich mit den Ursachen geäußerter Todeswünsche auseinanderzusetzen sowie schwer greifbare Symptome können zu einem ethisch-moralischen Dilemma führen, wenn in solchen Fällen eine gezielte Sedierung eingeleitet wird. Dieses Dilemma wird zudem bedingt durch den Konflikt zwischen den Prinzipien der Leidensreduktion und dem Nicht-Schaden-Wollen (medizinische Prinzipien nach Beauchamp und Childress) [21]: Die Angst, durch eine gezielte Sedierung Patientinnen und Patienten Möglichkeiten zu nehmen, sie ihrer Autonomie zu berauben und hierdurch in der Konsequenz falsch zu handeln, muss in solchen Situationen ausgehalten und überwunden werden. Dieses Dilemma der gezielten Sedierung für Mitglieder

Fallbeispiel 1: Mehr als „nur“ Schwindel

Herr B. ist ein 64-jähriger Patient mit einem metastasierten kolorektalen Karzinom. Nach Resektion und Systemtherapie kam es zu einer pulmonalen und hepatischen Metastasierung, es wurde eine Zweitlinientherapie angeschlossen, unter der eine zerebrale Filialisierung eintrat. Es erfolgte eine Ganzhirnbestrahlung.

Auch Wochen nach der Bestrahlung besserte sich der Schwindel des Patienten nicht. Er zog sich immer mehr zurück und äußerte wiederholt Todeswünsche, da er keine Lebensqualität fand und durch den Schwindel enorm belastet war. Der Schwindel wurde mit verschiedenen medikamentösen Optionen (Dimenhydrinat, Scopalamin, Benzodiazepine) versucht einzustellen, eine mögliche Hirndruck-

symptomatik wurde mit einer Kortisonstoßtherapie behandelt.

Bei fehlender Besserung der Symptome und persistierenden Todeswünschen wurde Herr B. auf einer Palliativstation aufgenommen. Dort erfolgten offene Gespräche zu den Hintergründen der geäußerten Todeswünsche. Aufgrund der subjektiv empfundenen Schwere der Symptomlast entschied sich das Team der Palliativstation bereits am zweiten Tag des stationären Aufenthalts für eine gezielte Sedierung mittels kontinuierlicher Gabe von Midazolam. Nach sukzessivem Anpassen der Dosierung war eine ausreichende Sedierungstiefe zu verzeichnen. Eine intermittierende Sedierung brachte keine Besserung der Symptome, sodass eine kontinuierliche Sedierung etabliert

wurde. Herr B. verstarb fünf Tage nach Beginn der Sedierung.

Da der subjektiv empfundene Schwindel für viele Teammitglieder nicht nachzuvollziehen war (der Gang zur Toilette war unproblematisch, es kam zu keinem Erbrechen), gestaltete sich die Sedierung für das Team schwierig, da diese für viele an eine Suizidassistenz als Reaktion auf geäußerte Todeswünsche grenzte. Zur Aufarbeitung des Falles erfolgte eine Fallsupervision und ein teaminterner Austausch. Es blieb dennoch eine Unsicherheit des Teams im Umgang mit solchen Grenzsituationen bestehen, sodass die Leitung der Palliativstation wiederholte Fortbildungen zu den Themen Todeswünsche, Suizidassistenz und gezielte Sedierung anbot.

des Behandlungsteams wird in **Fallbeispiel 1** thematisiert.

Gezielte Sedierung

Eine gezielte Sedierung stellt das Behandlungsteam und Angehörige vor eine besondere Zeit der Versorgung, da es sich für alle beteiligten Parteien um eine sehr ausgeprägte und intensive Begleitung handelt. Darum sollten im Vorfeld einer gezielten Sedierung immer die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, ihrer Angehörigen sowie des Behandlungsteams besprochen werden [11]. Um ethisch-moralischen Konflikten vorzubeugen, braucht es eine umfangreiche Aufklärung von Behandlungsteams, Patientin oder Patient sowie Angehörigen zu den Zielen und Gründen für eine gezielte Sedierung. Früher noch als palliative Sedierung titulierte, wird der Begriff der gezielten Sedierung mittlerweile immer häufiger verwendet.

„Gezielt“ impliziert, dass die Sedierung mit dem Ziel stattfindet, Symptome zu lindern. Dies unterscheidet die gezielte Sedierung von einer Suizidassistenz, bei der der Tod das Ziel dieser Maßnahme ist. Das Versterben wird zwar unter der Sedierung in Kauf genommen, vornehmlich dient sie aber der Reduktion belastender Symptome, wie diese zum

Beispiel bei existenziellem Leid wahrgenommen werden [11]. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) beschreibt die gezielte Sedierung folglich als eine Maßnahme, bei der „der verringerte Bewusstseinszustand das geplante Mittel zum Erreichen des zuvor gefassten Behandlungsziels ist“ [11]. Es steht also auch hier ganz klar das Therapieziel im Vordergrund.

Vorbereitung, Ablauf und Monitoring bei gezielter Sedierung

Während der gezielten Sedierung können Patientinnen und Patienten in aller Regel ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr äußern. Aus diesem Grund sollten diese im Vorfeld ausführlich besprochen werden und für das Behandlungsteam sowie für Angehörige niedergeschrieben und für alle jederzeit einsehbar sein. Gerade komplexe Themen wie Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie Begleitmedikationen müssen im Vorfeld klar thematisiert werden. Es sollte bereits vorab festgelegt werden, welche Maßnahmen während der Sedierung erfolgen sollen. Diese betreffen unter anderem die Körperpflege, Lippenpflege, Mundbefeuchtung oder Lagerungsmaßnahmen sowie die Umgebung (z. B. Stille oder Musik, Raumbelüftung, Besuche). Im Vorfeld sollte also so viel

wie möglich über die Patientin oder den Patienten in Erfahrung gebracht werden, um die Versorgung während der Sedierung an Wünsche und Bedürfnisse anpassen zu können. Nur so kann gewährleistet werden, dass dem Patientenwillen auch dann Beachtung geschenkt wird, wenn dies durch einen reduzierten Bewusstseinszustand nicht mehr möglich ist. Kulturelle Besonderheiten und unterschiedliche Glaubensrichtungen sind unbedingt zu beachten, um Krisensituationen zu vermeiden und Belastungen vorzubeugen. In der Phase der gezielten Sedierung können Betroffene durch Aromatherapie sowie beruhigende Handmassagen umsorgt werden, sofern vorher besprochen und gewünscht. Es wird eine Atmosphäre aus stützender Nähe geschaffen, welche durch das multiprofessionelle Team getragen wird.

Es muss im Vorfeld genau besprochen werden, ob eine kontinuierliche oder eine intermittierende Sedierung gewünscht wird. Die intermittierende Sedierung hat den Vorteil, dass Symptome regelmäßig evaluiert werden können und die Patientinnen und Patienten in Kontakt mit ihren Angehörigen treten können. So kann das gefasste Therapieziel kontrolliert und gegebenenfalls angepasst werden. Die Möglichkeit einer intermittierenden Sedierung als erste

Maßnahme sollte daher immer präferiert werden.

Gemäß der Empfehlung der DGP sollte Midazolam aufgrund der sedierenden und anxiolytischen Wirkung als Mittel der ersten Wahl verwendet werden. Weiterhin ist Midazolam gut steuerbar und hat zudem eine antikonvulsive Wirkung. Bei unzureichender Wirkung kann eine Kombination mit Antipsychotika wie Levomepromazin erfolgen (Tab. 1). Sollte dies für eine ausreichende Sedierungstiefe nicht genügen, kann Propofol als Hypnotikum ergänzt werden [11, 22].

Einmal pro Schicht sollte der Bewusstseinszustand anhand der Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) dokumentiert werden. Dies ist ein einfaches Instrument, um die Sedierungstiefe und Agitation zu erfassen. Die Skala wurde initial für das Setting der Intensivstationen validiert und reicht numerisch von -5 bis +4. Patientinnen und Patienten sind leicht sediert, wenn der Wert bei -1 bis -2 liegt, es liegt eine tiefe Sedierung ab einem Wert von -3 vor [24]. Bei der gezielten Sedierung sollte eine Bewusstseinsreduktion nie tiefer als unbedingt nötig angestrebt werden. Die Skala wurde zuletzt an den Bereich der Palliativmedizin angepasst („RASS-PAL“) (Tab. 2) [24]. Hierbei werden Patientinnen und Patienten unter anderem länger beobachtet, bevor die Bewusstseinslage definiert wird.

Angehörige

Der Kontakt mit den An- und Zugehörigen ist während der Zeit der gezielten Sedierung für das ganze Behandlungsteam sehr intensiv und besonders [23]. Während der allumfassenden Versorgung sollten diese über alle bevorstehenden Schritte sowie über den zu erwartenden Verlauf informiert werden [25]. Alle anstehenden Fragen werden beantwortet, und es wird versucht, bestmöglich für die bestehenden Sorgen und Nöte während dieser emotionalen Zeit Entlastung zu schaffen. Wenn eine gezielte Sedierung bis zum Eintreten des Todes geplant ist, sollten Angehörige ausreichend Zeit erhalten, um sich in dieser letzten Lebensphase zu verabschieden. Die Angehörigen sollten in die Versorgung miteinbezogen werden, sofern sie sich dazu im Stande sehen. Sie

Tab. 1: Dosierungsempfehlungen und Hinweise [11, 22, 23]

	Dosierung	Hinweise
Midazolam	<ul style="list-style-type: none"> — leichte Sedierung: 0,025 mg/kg KG/h — tiefe Sedierung: 0,05 mg/kg KG/h — initialer Bolus: i.v.: 0,05 mg/kg KG s.c.: 0,1 mg/kg KG 	angstlösend, sedierend, muskelrelaxierend, antiepileptisch
Levomepromazin	12,5–25,0 mg s.c./i.v. maximal 100 mg/Tag	bei Anzeichen eines Delirs, antiemetisch, juckreizlindernd Cave: senkt die Krampfschwelle, anticholinerge Wirkung, extrapyramidale Nebenwirkungen

Tab. 2: RASS-PAL [24]

+4	streitlustig	aggressiv oder gewalttätig, Gefahr für das Personal
+3	sehr agitiert	zieht oder entfernt Zugänge, aggressives Verhalten gegenüber Personal
+2	agitiert	häufige ungezielte Bewegung
+1	unruhig	ängstlich, aber Bewegung nicht aggressiv oder lebhaft
0	aufmerksam und ruhig	
-1	schläfrig	nicht ganz aufmerksam, aber erwacht anhaltend (> 10 Sekunden) mit Blickkontakt auf Ansprache
-2	leichte Sedierung	erwacht kurz (< 10 Sekunden) mit Blickkontakt auf Ansprache
-3	mäßige Sedierung	Bewegung ohne Blickkontakt auf Ansprache
-4	tiefe Sedierung	keine Reaktion auf Ansprache, aber Bewegung auf körperlichen Reiz
-5	nicht erweckbar	keine Reaktion auf Ansprache oder körperlichen Reiz

sollten vom Behandlungsteam zum Beispiel in die intensivierete Mundpflege, in die Unterstützung der Körperpflege und Lagerung sowie in die Ausführung von Mikrolagerungen eingeführt werden [25, 26]. In diesem Rahmen sollten weitere Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden, zu ihnen gehören Gespräche mit Seelsorgenden, Hospizbegleitenden sowie Psycho(onko)loginnen und Psycho(onko)logen. Es sollte in jedem Fall darauf verwiesen werden, dass nach dem Versterben ein Nachgespräch zu noch bestehenden Fragen und Nachwirkungen vereinbart werden kann.

Zur Durchführung einer gezielten Sedierung braucht es immer geschultes Personal, dass auf die individuellen Be-

dürfnisse der Betroffenen einzugehen weiß und im Umgang mit sedierenden Medikamenten sicher ist. **Fallbeispiel 2** beschreibt eine gezielte Sedierung, die das Behandlungsteam vor medizinische Herausforderungen stellte.

Umgang mit ethisch-moralischen Dilemmata

Anders als in **Fallbeispiel 1** war das existentielle Leiden in **Fallbeispiel 2** für das Behandlungsteam klar nachzuvollziehen, was die Rechtfertigung für die gezielte Sedierung für die Teammitglieder erleichterte. Auch wenn es initial von einzelnen Mitgliedern des Behandlungsteams anders eingeordnet worden war, diente die gezielte Sedierung in bei-

Fallbeispiel 2: Junger Patient mit Schmerzen, Unruhe und Todesangst

Herr L. ist ein 24-jähriger Patient mit weit fortgeschrittenem Osteosarkom des rechten Femurs. Nach einer neoadjuvanten Chemotherapie, Resektion und adjuvanten Chemotherapie (Methotrexat, Doxorubicin und Cisplatin) kam es zu einem raschen Progress mit Tumormassen im Bereich des Plexus lumbalis und daraus resultierenden neuropathischen, kaum erträglichen Schmerzen mit Ausstrahlung in den gesamten Körper. Herr L. wurde daher neben oralen Opioiden, Koanalgetika und NSAR mit einer kontinuierlichen intrathekalen Morphinterapie behandelt. Im Vorfeld wurde bereits eine Periduralanästhesie etabliert, welche jedoch keinen klinischen Benefit brachte und daher wieder abgesetzt wurde. Im weiteren Verlauf exazerbierten die Schmerzen.

Da die Beschwerden nicht adäquat einzustellen waren, wurde Herr L. auf eine Palliativstation verlegt. Dort imponierten neben den Schmerzen weitere Symptome wie Angst und Unruhe. All dies führte zu existenziellem Leiden. Herr L. war

fixiert auf weitere tumorspezifische Therapien, welche jedoch aufgrund einer raschen Reduktion des Allgemeinzustands (ECOG 4) nicht mehr in Frage kamen. Er äußerte wiederholt Ängste vor dem Versterben, was aufgrund von innerer Unruhe in der Unfähigkeit mündete, Schlaf zu finden. Die Angst, nicht mehr aufzuwachen, war omnipräsent. Auch nach Anpassung der Schmerzmedikation und wiederholten Gesprächen mit dem Patienten und seiner Familie besserten sich die Beschwerden nicht. Eine gezielte Sedierung war initial nicht gewünscht, einer Anxiolyse mittels niedrigdosierter kontinuierlicher Midazolamgabe wurde zugestimmt. Hierunter besserten sich die Beschwerden kaum und exazerbierten weiter, sodass Herr L. aufgrund der immensen Symptomlast einer intermittierenden gezielten Sedierung trotz Unsicherheiten zustimmte. Dem obersten Gebot folgend, eine adäquate Symptomkontrolle zu verzeichnen, war dies für das Behandlungsteam ethisch-moralisch vertretbar. Eine ethische Fallberatung konnte im Vorfeld nicht durchgeführt

werden, da die Dynamik der Symptomlast einen Aufschub der Sedierung nicht zuließ. Die Familie des Patienten unterstützte die Entscheidung zur gezielten Sedierung. Initial wurde versucht, eine adäquate Sedierungstiefe mit Midazolam zu erreichen. Dies misslang und die Medikation wurde um Esketamin und Propofol ergänzt. Hierunter war letztlich eine ausreichende Sedierungstiefe zu verzeichnen. Zwölf Stunden später wurde die Sedierungstiefe reduziert. Nachdem Herr L. wieder bei Bewusstsein war, exazerbierten die Schmerzen sowie die Angst erneut. Herr L., seine Familie und das Behandlungsteam entschieden sich anschließend für eine kontinuierliche Sedierung.

Herr L. verstarb vier Tage nach Beginn der gezielten Sedierung im Beisein seiner Angehörigen. Im Anschluss folgte eine Fallsupervision, die durch eine Psychosomatikerin geleitet wurde. Moralische Dilemmata für einzelne Mitglieder des Teams konnten aufgearbeitet und eingeordnet werden.

den Fällen der Symptomkontrolle, die nach Ausschöpfen verschiedener therapeutischer Strategien auf andere Weise nicht zu erreichen war. Daher wäre auch formell in diesen Fällen eine vorhergehende Abklärung mittels klinisch-ethischer Fallberatung und fachpsychiatrischer Evaluation nicht notwendig gewesen. Nichtsdestotrotz sollten neben den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen die Ansichten der Mitglieder von Behandlungsteams Beachtung und Gehör finden [20]. Hierbei ist es wichtig, individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen und Sorgen zu hören. Hegen etwa Mitarbeitende der Pflege moralische Bedenken bei der Indikation zur Sedierung, kann ein aktives Anpassen der Laufraten sedierender Medikamente zu einem persönlichen Dilemma führen. Dies wiederum schadet der Patientin oder dem Patienten, da Symptome gegebenenfalls nicht adäquat eingestellt und aufgefangen werden. Eine Lösung könnte sein, dass durch Bezugspflege vornehmlich die gleichen Pflegekräfte, die für sich

keine moralischen Bedenken haben, in Maßnahmen der Symptomkontrolle aktiv werden. Hierfür braucht es jedoch einen offenen Umgang und ein vertrautes Miteinander im multiprofessionellen Team. Im Anschluss an solche Begleitungen sollte in jedem Fall eine Aufarbeitung der Erlebnisse erfolgen. Hierzu bieten sich teaminterne Besprechungen oder geführte Fallsupervisionen an [27]. Bei diesen Supervisionen werden objektive Supervisoren, wie Mitarbeitende der Psychiatrie oder Psychosomatik oder externe Dienstleister, zu Rate gezogen und ordnen das Erlebte ein. Dieser geschützte Raum kann Ängste und Sorgen abbauen und die Handlungsfähigkeit belasteter Teams auch in Zukunft schützen oder wiederherstellen [27].

Fazit für die Praxis

Existenzielles Leid ist oft nur schwer objektivierbar und setzt ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Behandlungsteam und den Patientinnen und Patienten voraus [6]. Symptome sollten gründlich eruiert werden und Behand-

lungsangebote unterbreitet werden, die sich an somatischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen orientieren. Erst wenn hierdurch keine Symptombesserung eintritt, sollte die gezielte Sedierung als Maßnahme der Symptomkontrolle besprochen werden. Ethische Fallberatungen, fachpsychiatrische Evaluationen, Supervisionen und wiederholte Teambesprechungen helfen, ethisch-moralische Konflikte aufzulösen und die Handlungsfähigkeit von Behandlungsteams zu erhalten [20]. Sollte die Dynamik der Beschwerden eine solche Abklärung nicht zulassen, gilt es, Symptome schnellstmöglich zu lindern. Die gezielte Sedierung ist daher in keinem Fall als Form des assistierten Suizids zu betrachten, sondern als Maßnahme der Symptomkontrolle in Grenzsituationen.

Literatur

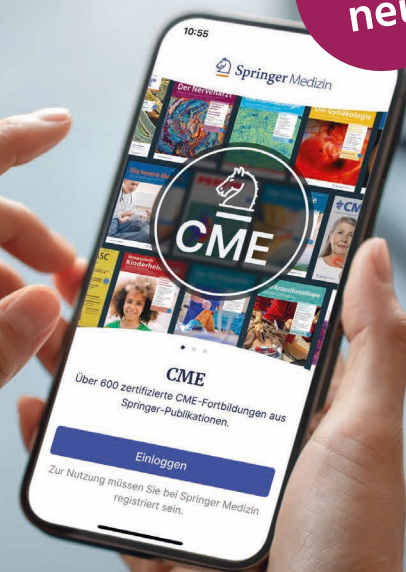
1. Gomes-Ferraz CA et al. Assessment of total pain in people in oncologic palliative care: integrative literature review. *Palliat Care Soc Pract.* 2022; <https://doi.org/10.1177/26323524221125244>

So geht CME heute!

FIN eingeben und loslegen

- Kostenloser Zugriff mit FIN-Nr. aus diesem Heft
- Einfache, intuitive Anwendung
- Praktische Such- und Filterfunktionen
- Inkl. Verwaltungsfunktion Ihrer eigenen CME-Ergebnisse

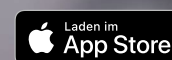
Jetzt neu



Mehr Infos unter:
SpringerMedizin.de/cme-app



Gleich herunterladen!



2. Phenwan T. Relieving total pain in an adolescent: A case report. BMC Res Notes. 2018; <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3368-8>
3. Goebel JR et al. Caring for special populations: total pain theory in advanced heart failure: applications to research and practice. Nurs Forum (Auckl). 2009;44:175-85
4. Henson LA et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. J Clin Oncol. 2020;38:905-14
5. Yates P. Symptom Management and Palliative Care for Patients with Cancer. Nurs Clin North Am. 2017;52:179-91
6. Gabl C et al. Sedation indicated? – rethinking existential suffering: a narrative review. Ann Palliat Med. 2024;13:397-414
7. Rantanen P et al. Existential Quality of Life and Associated Factors in Cancer Patients Receiving Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2022;63:61-70
8. Feichtner A et al. Assistierter Suizid - Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022
9. Bozzaro C, Schildmann J. "Suffering" in Palliative Sedation: Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice. J Pain Symptom Manage. 2018;56:288-94
10. Batzler Y-N et al. „Mir ist der Appetit vergangen“: Umgang mit Todeswünschen und freiwilligem Verzicht auf Essen und Trinken. Die Gynäkologie. 2022;55:830-6
11. Forschungsverbund SedPall in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Einsatz sedierender Medikamente in der Spezialisierten Palliativversorgung. www.dgppalliativmedizin.de/images/210422_Broschu%C3%BC88re_SedPall_Gesamt.pdf; abgerufen am 28.10.2023
12. Rodríguez-Prat A et al. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. BMJ Open. 2017;7:e016659
13. Belar A et al. Wish to die and hasten death in palliative care: a cross-sectional study factor analysis. BMJ Support Palliat Care. 2021;bmjspcare-2021-003080
14. Rodríguez-Prat A et al. Ethical challenges for an understanding of suffering: Voluntary stopping of eating and drinking and the wish to hasten death in advanced patients. Front Pharmacol. 2018; <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00294>
15. Henking T. Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2022;65:67-73
16. Wassiliwizky M et al. Der assistierte Suizid. Nervenarzt. 2022;93:1134-42
17. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. Dtsch Ärztebl. 2021;118:A1428-32
18. Deutscher Bundestag. Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab. www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918; abgerufen am 28.10.2023
19. Batzler Y-N et al. Reasons for wanting assisted suicide. Dtsch Ärztebl Int. 2023;120:754-5
20. Batzler Y-N et al. Caring for patients during voluntarily stopping of eating and drinking (VSED): experiences of a palliative care team in Germany. BMC Palliat Care. 2023;22:185
21. Garcia JLA. Virtues and Principles in Biomedical Ethics. J Med Philos. 2020;45:471-503
22. Surges SM et al. Neue Empfehlungen zur palliativen Sedierung. Der Schmerz. 2024;38:365-73
23. Surges SM et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. Palliat Med. 2024;38:213-28
24. Bush SH et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. BMC Palliat Care. 2014;13:17
25. Jonker LA et al. Experiences and perceptions of continuous deep sedation: An interview study among Dutch patients and relatives. Health Expect. 2024; <https://doi.org/10.1111/hex.13869>
26. Bruinsma S et al. Palliative Sedation: A Focus Group Study on the Experiences of Relatives. J Palliat Med. 2013;16:349-56
27. Barham D et al. The role of professional supervision for palliative care doctors in New Zealand: a quantitative survey of attitudes and experiences. N Z Med J. 2019;132:10-20

Dr. med. Yann-Nicolas Batzler, M.Sc.
Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes

Korrespondierende Autorin:

Ute Schaumlöffel
Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Straße 100
66424, Homburg/Saar
Ute.Schaumloeffel@uks.eu

**Dr. med. Benedict Wallrich,
Marita Triem,
Dr. rer. med. Katja Gottschling**
Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes

Prof. Dr. med. Sven Gottschling
Direktor des Zentrums für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes