

Klinische Aspekte von gezielter Sedierung in der Palliativversorgung

Abschlussveranstaltung des Projekts iSedPall, 17.10.2024

Prof. Dr. med. Eva Schildmann MSc
Lehrstuhl Palliativmedizin an der Universität Augsburg

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

01GY2020A-C

Was ist eine Sedierung in der Palliativversorgung (PV)?

Sedierung

- = Reduzierung des Bewusstseins durch Medikamente
- kann mit Absicht erfolgen (gezielte Sedierung) oder unerwünschte Nebenwirkung bestimmter Medikamente sein
- Ziel einer „gezielten Sedierung in der Palliativversorgung“: Leidenslinderung oder Vorbeugen von unmittelbar bevorstehendem Leiden an sonst nicht kontrollierbaren Beschwerden
- Verschiedene Formen:
 - vorübergehend oder bis zum Versterben
 - leichte oder tiefe Sedierung



Quelle und weiterführende Informationen: Forschungsverbund SedPall, in Kooperation mit der Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Handlungsempfehlung. Einsatz sedierender Medikamente in der Spezialisierten Palliativversorgung. 2021. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210422_Broschu%CC%88re_SedPall_Gesamt.pdf



Indikation für gezielte Sedierung in der PV

- 1. Belastende Beschwerden**, die trotz aller verhältnismäßigen Maßnahmen (...) **nicht ausreichend gelindert** wurden **und** für die Patientin/den Patienten **unerträglich sind**
 - z.B. akute Verwirrtheit, Unruhe im Sterbeprozess, Atemnot, Schmerzen
 - existentielles Leid oder Leiden an z.B. Depression oder Angst (cave: besondere Voraussetzungen für gezielte Sed. in diesen Situationen)

Def. Existentielles Leid: „Leid, das sich umfassend auf die Tatsache bezieht, dass und wie man lebt.“

2. Krisen-Situationen

- z.B. akute, starke Blutungen; akute Verlegung der Atemwege

- 3. Vorbeugung unmittelbar bevorstehenden Leidens** bei Durchführung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme

Ein **Wunsch zu sterben ist keine Indikation** für eine gezielte Sedierung.



Vorab-Besprechen der Möglichkeit einer gezielten Sedierung

bei Krankheiten, bei denen mit

- starker Atemnot oder
- einer akuten starken Blutung gerechnet werden muss



(<https://cdn.lmu-klinikum.de/ed005b80f1c79412/c8bdbb57211d/v/83b1e989690d/schreiben.jpg>)

Entscheidungsfindung

- Beachtung des (mutmaßlichen) Patientenwillens
- Festlegung durch Pat./rechtl. Stellvertretung + Behandlungsteam, wer involviert wird
- Einschätzung der Voraussetzungen zur Indikationsstellung in multiprofessioneller Fallbesprechung

„(...) Bei existentiellm Leiden ist **psychologische und seelsorgerische Kompetenz** für die Fallbesprechung einzubinden.“



- Bei ethischen Konflikten: klinische Ethikberatung/ethisches Fallgespräch



separater Vortrag



- Aufklärung und Einwilligung der Patientin/des Patienten bzw. der/des rechtlichen Stellvertreterin/Stellvertreters



separater Vortrag



Entscheidungsfindung

Dokumentation

(Ausschnitt)



Dokumentation

PATIENT/-INNEN-ETIKETT

Dokumentation: Gezielte Sedierung

Der Prozess der Entscheidung für die gezielte Sedierung, die Beteiligten im Entscheidungsprozess und das Ergebnis der Entscheidung sind nachvollziehbar in der Patientinnen-/Patientenakte zu dokumentieren.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV



1. Planung / Vorbereitung

Lebenszeitprognose: _____ Unerträgliches Leiden: Ja Nein

Therapierefraktäre(s) Symptom(e): _____

Aufklärung und Einwilligung:

- Aufklärungsgespräch hat stattgefunden und Einwilligung liegt vor (für Details siehe Checkliste Aufklärungsgespräch)
- Zustimmung aktuell nicht möglich, Behandlung auf Basis des mutmaßlichen Willens dringlich geboten > Einwilligung durch Patient/-in bzw. Vertreter/-in nachträglich eingeholt

In Entscheidungsprozess involviert: Patient/-in Zugehörige/-r Behandlungsteam
 Vorsorgebevollmächtigte/-r, Betreuer/-in
 Weitere: _____

Entscheidung am: _____

- Im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung
- Akute Krise, Absprache zwischen: _____
- Ethischer Konflikt, Ethische Fallbesprechung durchgeführt und in Patientenakte dokumentiert

Festlegung von Tiefe und Dauer der gezielten Sedierung

„(...) **niedrigstmögliche Dosis** des Medikaments bzw. die entsprechende Sedierungstiefe (...), die zur Linderung des Leidens notwendig ist.“



„(...) in der Regel zunächst als **vorübergehende Sedierung** erfolgen und nach einem vorab festgelegten Zeitraum **reevaluiert** werden.“

In der Regel: Start mit leichter Sedierung

Ausnahme:

In **akuten Krisensituationen** ggf. von vornherein Medikamentendosis zur Erreichung einer tiefen Sedierung (**RASS-PAL ≤ 3**)

Ausnahme:

Bei **existentiellem oder psychisch bedingtem Leiden:** in **jedem Fall zunächst vorübergehende Sedierung** für einen vorab definierten Zeitraum (bis maximal 24 Stunden)

Aufrechterhalten einer **tiefen Sedierung bis zum Tod** nur, wenn „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass eine Reduktion der Sedierungstiefe erneut zu **unerträglichem Leiden** führen würde.“

Festlegung von Tiefe und Dauer der gezielten Sedierung

Dokumentation

(Ausschnitt)

Steuerung der Sedierungstiefe: stufenweise bis zur Symptomlinderung leicht (RASS-PAL: -1 bis -2) tief (RASS-PAL: -3 bis -5)

Geplante Sedierungsdauer: vorübergehend: _____ regelmäßig nach Tageszeit: _____ anderer Zeitraum: _____ geplante Aufwachzeiten: _____

dauerhaft bis zum Versterben

Reevaluation im Team, ob sedierende Behandlung weiterhin indiziert am ¹: _____

Ärztliche Anordnung zu Sedierungsbeginn: Sedierendes Medikament: _____

Arzneimittelauswahl und Dosierung

(Ausschnitte)



Arzneimittelbezogene
Entscheidungshilfen

Dosisempfehlungen für den Start einer gezielten Sedierung zur Leidenslinderung

HINWEIS

Dosisempfehlungen basieren auf der Annahme von „Standardpatientinnen/Standardpatienten“

STANDARDPATIENTIN/STANDARDPATIENT

- Patientin/Patient in Palliativversorgung, also mit lebensbegrenzender Erkrankung,
- weiblich oder männlich,
- ca. 60 Jahre alt,
- Körpergewicht (KG) ca. 70 kg,
- kein Substanzabusus (v.a. Benzodiazepine) in der Vorgeschichte oder aktuell,
- keine Bewusstseins Einschränkung vor Gabe des potentiell sedierenden Medikaments,
- keine Einschränkung der Blut-Hirn-Schranke,
- keine stärkere Einschränkung der Nieren- oder Leberfunktion (GFR \leq 30ml/min oder ChildPugh B oder C).

CAVE Bei alten, sehr gebrechlichen Patientinnen/Patienten oder Patientinnen/Patienten mit schwerer Leber- oder Niereninsuffizienz ggf. eher Start mit der Hälfte der angegebenen Dosis, jedoch in Abhängigkeit von der Symptombelastung ggf. schnelle Dosistitration; bei Substanzabusus in der Anamnese ggf. höhere Dosierungen notwendig

Handlungsempfehlung SedPall S. 29¹:

Propofol als geeignetes Medikament zur gezielten Sedierung, wenn andere Medikamente nicht zu einer ausreichenden Leidenslinderung führen

Geltungsbereich: stationäre spezialisierte Palliativversorgung

Empfehlung für Start einer leichten Sedierung (RASS-PAL -1 bis -2)

Propofol

0,3 mg/kg KG/h i.v.

Handlungsempfehlung SedPall S. 29¹:

Benzodiazepine, z.B. Midazolam, Mittel der 1. Wahl zur gezielten Sedierung, v.a. wenn auch Angst gelindert und/oder antiepileptischer Effekt erzielt werden soll. Bei einem (hyperaktiven) Delir nur in Kombination mit einem Antipsychotikum.

Empfehlung für Start einer leichten Sedierung (RASS-PAL -1 bis -2)

Midazolam

0,5 – 2,5 mg s.c. oder i.v. als initiale Einzelgabe
(wenn als Bolus i.v.: 0,5 – 1 mg, höhere Dosis i.v. als langsame
Kurzinfusion*)

Start mit Dosis 12 mg/24 h s.c. oder i.v.

Handlungsempfehlung SedPall S. 29¹:

Antipsychotika mit sedierender Wirkung, z.B. Levomepromazin, Mittel der 2. Wahl zur gezielten Sedierung. In Kombination mit Benzodiazepinen, wenn letztere allein nicht zu einer ausreichenden Leidenslinderung führen.

Empfehlung für Start einer leichten Sedierung (RASS-PAL -1 bis -2)

Levomepromazin
(in der Regel zusätzlich
zu Midazolam)

12,5 mg s.c. oder i.v. als Kurzinfusion* als initiale Einzelgabe

Start mit Dosis 12,5 – 25 mg/24 h s.c. oder i.v.

Regelmäßige Überwachung/Monitoring


- Ziel: Anpassung der Dosis so, dass das Leiden erträglich und die Sedierung nicht tiefer als zur Leidenslinderung notwendig ist

- Kriterien der regelmäßigen Reevaluation:

- **das Ausmaß des Leidens**
- die Tiefe der Sedierung
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Ggf. ausgewählte Vitalparameter (z.B. Atemfrequenz, Puls)

- Häufigkeit der regelmäßigen Reevaluation:

- von verantwortlicher Ärztin/Arzt festzulegen



Bei gezielter Sedierung können je nach Krankheitssituation und Behandlungszielen zusätzlich ausgewählte Vitalparameter (z. B. Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Blutdruck) überwacht werden, um innerhalb der abgesprochenen Behandlungsziele und -grenzen eine stabile klinische Situation der Patientin/ des Patienten zu gewährleisten. Im Fall

Regelmäßige Überwachung/Monitoring Dokumentation

(Ausschnitt)

- Dokumentation: Ergebnisse der Reevaluation
- daraus gezogene Konsequenzen

Steuerung der Sedierungstiefe: stufenweise bis zur Symptomlinderung leicht (RASS-PAL: -1 bis -2) tief (RASS-PAL: -3 bis -5)

Geplante Sedierungsdauer: vorübergehend: _____ regelmäßig nach Tageszeit: _____ anderer Zeitraum: _____ geplante Aufwachzeiten: _____

dauerhaft bis zum Versterben

Reevaluation im Team, ob sedierende Behandlung weiterhin indiziert am ¹: _____

Ärztliche Anordnung zu Sedierungsbeginn: Sedierendes Medikament: _____

kontinuierlich (z.B. Spritzenpumpe): s.c. i.v. ggf. initialer Bolus: _____ mg Start Laufrate: _____ mg/h

diskontinuierlich: p.o./sublingual s.c. i.v. Dosis: _____ mg Intervall: _____ h

Bedarfsmedikation: Bolus: _____ mg Intervall: _____ min

Monitoring:		Überwachungsintervall ¹ in Einstellphase (bis stabile Dosis erreicht ist): _____ min		in Erhaltungsphase _____ h			
Datum, Uhrzeit	Symptomkontrolle ausreichend		RASS-PAL ²	Optional zusätzl. Überwachung (Atemfrequenz, Herzrate, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Atemwege frei, Anzeichen für Harnverhalt (Patient:innen ohne DK)): _____	Anordnungen	Anmerkungen (z.B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Flüssigkeit & Ernährung, Bedarfsmedikation)	HZ
	Ja	Nein					
Beginn:							



Betreuung während der gezielten Sedierung

- Vor Beginn einer gezielten Sedierung, die ggf. bis zum Tod andauert: Ermöglichen des Abschiednehmens
- würdevoller Umgang wie bisher bei uneingeschränktem Bewusstsein
- Beachtung der zuvor abgesprochenen Wünsche
- Regelmäßige Überprüfung alle pflegerischen und medizinischen Maßnahmen, Anpassung an die veränderten Bedingungen während der gezielten Sedierung entsprechend des zuvor geäußerten oder mutmaßlichen Patientinnen-/Patientenwillens



Austausch mit Zugehörigen

- Mit Zustimmung der Patientin/des Patienten: regelmäßige Information der Zugehörigen
- Unterstützungsangebote für Zugehörige
- Auf Wunsch Beratung und Anleitung, wie Zugehörige unterstützen und Nähe zeigen können, z.B.:
 - Reden
 - Berührung
 - Schaffen einer für die/den Pat. wohltuenden Atmosphäre
 - Auf Wunsch Einbindung in die pflegerische Versorgung



Vielen Dank!

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

01GY2020A-C