

Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege

Palliative Sedierung *(Stand 3/2016)*

Koordinatoren:

Dr. Martin Dreyhaupt, Karl-Heinz Wagner

Konsentierung zuletzt am:

25.05.2016

Mitglieder der AG:

Dickel Thomas; Dreyhaupt, Martin Dr.; Even, Klaus Dr.; Jabbour, Najib; Halama, Margarete; Hoppe, Bettina Dr.; Kloke, Marianne Dr.; Köhn, Kathrin, Dr.; Kordes, Ulrich Dr.; Laubenthal, Peter; Ohde, Katrin Dr.; Rudolph, Bettina Dr.; Rosenkranz, Katrin; Schöpfer, Thomas Dr.; Shammas, Youssef; Wagner, Karl-Heinz

Die palliative Sedierung

wird verstanden als der **überwachte Einsatz** von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage, um die Symptomlast in therapierefraktären Situationen *(nach Ausschöpfen aller palliativen Maßnahmen)* in einer für alle Beteiligten ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.

Therapierefraktäre Situationen können sein: Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Blutung etc. aber auch psychisches oder existentielles Leiden.

- Die Sedierung kann kontinuierlich *(nur innerhalb der Sterbephase)* oder intermittierend durchgeführt werden.
- Eine der zu bedenkenden Folge von Sedierung ist die Beeinträchtigung oder der Verlust der Interaktionsfähigkeit in Abhängigkeit von der Sedierungstiefe.
- **Die palliative Sedierung ist keine aktive Sterbehilfe. Eine Verkürzung der Lebenszeit ist nicht Ziel der Maßnahme.**
- Das Hinzuziehen von allgemeiner oder spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (AAPV oder SAPV) kann zur Bestätigung der Indikation oder zur Durchführung der Sedierung sinnvoll sein.
- Die frühzeitige Information über die Möglichkeit einer palliativen Sedierung kann den Patienten die Angst vor einem qualvollen Sterben nehmen.

Durchführung

In Abhängigkeit von der Symptomatik kann es notwendig sein die Sedierung mit einer Bolusgabe zu beginnen. Die Dosis sollte titrierend ermittelt werden und gibt wertvolle Hinweise auf die notwendige Erhaltungsdosis.

Die Erhaltungsdosis kann kontinuierlich oder entsprechend der Wirkdauer in festen Intervallen verabreicht werden.

- Die Indikation und das Einverständnis des Patienten *(wenn möglich)* bzw. der Angehörigen sind Voraussetzung und sollte dokumentiert werden *(Dokumentationsbogen siehe Anhang)*.
- Gewünschte Sedierungstiefe zu Beginn festlegen *(leicht erweckbar – tief schlafend)* und in regelmäßigen Abständen überwachen.
- Die Dosis muss entsprechend angepasst werden.
- Wirksamkeit und evt. Nebenwirkungen sorgfältig überwachen.
- **Spontanurin kann durch die Sedierung verhindert werden, auf Zeichen eines Harnverhaltes achten.**
- **Indikation für Hydrisierung überprüfen.**
- Schlafende Patienten können trotz der Sedierung in der Lage sein zu hören, zu fühlen, zu riechen oder zu schmecken *(Dies sollte beachtet, aber auch genutzt werden, um Wohlbefinden zu erzeugen)*.
- Angehörige und Begleiter informieren und mit einbeziehen.



Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege

Palliative Sedierung *(Stand 3/2016)*

Medikamente

Vorbestehende Opiatmedikation muss fortgesetzt werden *(bei oraler Gabe Wechsel auf s.c. Gabe kontinuierlich oder in festen Zeitabständen nach Wirkdauer erforderlich)*.

Begleitmedikation gegen belastende Symptome *(Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen)* bedenken. Pflastersysteme sind für diese Phase der Erkrankung nicht geeignet *(zu träge in der Dosisfindung)*.

■ Benzodiazepine

- wirken angstlösend, sedierend, muskelrelaxierend, antiepileptisch
- Cave: paradoxe Agitiertheit, Atemdepression

■ Midazolam *(z.B. Dormicum®)*

- Midazolam ist die am häufigsten zur Sedierung eingesetzte Substanz
- schnell und kurz wirkend *(daher im Allgemeinen Verabreichung als Dauerinfusion z.B. mit Tropfenzähler)*
- relativ gute Steuerbarkeit der Sedierungsdauer und -tiefe
- anterograde Amnesie beachten
- Applikationsweg: intravenös, subkutan oder intermittierend sublingual bzw. nasal
- Anfangsdosis: 1–5 mg nach Wirkung titrieren
- übliche Wirkdosis: 1–10 mg/h

■ Clonazepam *(z.B. Rivotril®)*

- Wirkdauer: 8–12 Stunden *(kontinuierliche oder intermittierende Einzelgabe möglich)*
- Subcutan oder intravenös
- Anfangsdosis: 0,5 – 1 mg
- übliche Wirkdosis: 2–6 mg/24 Stunden

■ Lorazepam *(z.B. Tavor expidet®)*

- einfache Handhabung
- überwiegende Anwendung intermittierend sublingual
- trockene Schleimhäute müssen angefeuchtet werden, damit die mukosale Aufnahme funktioniert.
- Anfangsdosis: 1 mg
- maximale Wirkung nach ca. 30 min.
- wenn Wirkung nicht ausreicht, nach 30 min. wiederholen
- Wirkdauer 6–8 Stunden *(bis zu 6 x tgl. Gabe)*



Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege

Palliative Sedierung (Stand 3/2016)

■ Neuroleptika/ Antipsychotika

- sinnvoll, wenn Zeichen eines Delirs vorhanden sind
- wirken antiemetisch, können Juckreiz lindern
- Cave:
 - senken die Krampfschwelle!
 - paradoxe Agitiertheit
 - extrapyramidal-motorische Symptome
 - anticholinerge Wirkung
 - Locked in Syndrom

■ Levomepromazin (z.B. Neurocil®)

- rascher Wirkeintritt
- Applikationsweg oral, i.v., s.c. oder buccal
- Anfangsdosis: initial 12,5–25 mg
übliche Wirkdosis: 12,5 oder 25 mg alle 8 Stunden oder 50–75 mg als Dauerinfusion über 24 Std.

■ Promethazin (z.B. Atosil®)

- Applikationsweg oral, i.v. oder buccal
- Anfangsdosis: 25 – 50 mg
übliche Wirkdauer: 50 – 100 mg als Dauerinfusion über 24 Stunden

Anhang

- Dokumentationsbogen (auch als Checkliste verwendbar) zur palliativen Sedierung steht als Download unter http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/main_fachinfo_formulare.html zur Verfügung.
- Nähere Informationen zur Therapeutischen Sedierung sind als Leitlinie der europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin unter www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=Vm0l43nqYRA%3D abrufbar.