

Palliative Sedierung Indikation – Durchführung – Grenzbereiche

3. Mainzer Palliative Care Symposium

M. Weber
Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin
Universitätsmedizin Mainz

Leitlinien

Original Article

PALLIATIVE MEDICINE

European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care

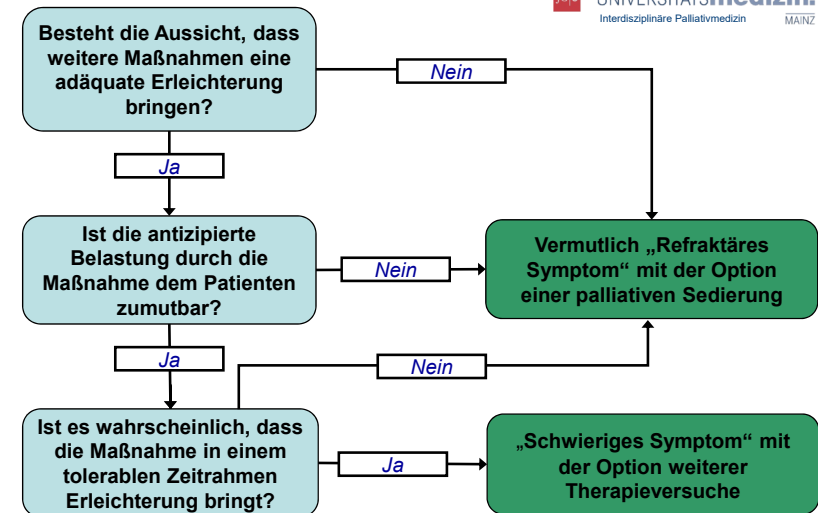
Nathan I Cherny Shaare Zedek Medical Center, Department of Oncology, Cancer Pain and Palliative Medicine Unit, Jerusalem, Israel
Lukas Radbruch Chair of Palliative Medicine, Aachen University, Aachen, Germany
The Board of the European Association for Palliative Care Milan, Italy

Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie¹ für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung
European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care

Autoren
Übersetzt von B. Alt-Epping, T. Sitt, F. Nauck, L. Radbruch
Original von: Nathan I Cherny, Lukas Radbruch, EAPC recommended framework for the use of sedation in Palliative Care. Pall Med 2009; 23 (7): 581–593

Definition der Palliativen Sedierung
(in Anlehnung an die Leitlinien der EAPC, 2009)

Kontrollierte Gabe von Medikamenten mit dem Ziel der Verminderung der Bewusstseinslage, um in der Endphase einer weit fortgeschrittenen Erkrankung mit therapierefraktären Symptomen die Symptomlast zu reduzieren.



Algorithmus zur Identifikation therapierefraktärer Symptome (nach Cherny und Portenoy, Journal of Palliative Care 1994)

Formen der Palliativen Sedierung

- Tiefe der Sedierung
 - Oberflächliche Sedierung (Patient ist erweckbar)
 - Tiefe Sedierung (Patient nicht erweckbar)
- Dauer der Sedierung
 - Kontinuierliche Sedierung
 - Intermittierende Sedierung
- Form der Palliativen Sedierung ergibt sich aus der Kombination von Tiefe und Dauer
 - z.B. tiefe kontinuierliche Sedierung

Häufigkeit der palliativen Sedierung

Sales: *European Journal of Palliative Care* 2001

- Analyse von 13 Studien
- Mediane Häufigkeit: 25%
- Range 1 – 72%

Jaspers et al, *J Pall Med* 2012 (Deutschland)

- Palliativstationen: 11,8 – 13%; Hospize 22,9 – 25,5%

Hopprich et al. DMW 2016

- Palliativstation Universitätsmedizin Mainz: 34%

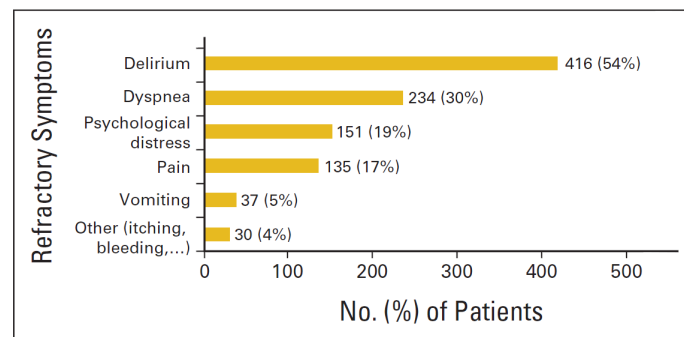


Fig 2. Main refractory symptoms requiring sedation in 774 sedated patients from 10 studies

Maltoni et al, JCO 2012

Dauer der Sedierung

- **Review Maltoni (2012)**
 - Median 0,8 – 12,6 Tage
- **Daten Mainz (Hopprich 2016)**
 - Median 27,5 h (3h – 371 h)
- **Daten Würzburg (Cirak, med. Diss 2018):**
 - Mittelwert 44,6 h
 - Median 26,8 h (1,3h - 293,3 h)

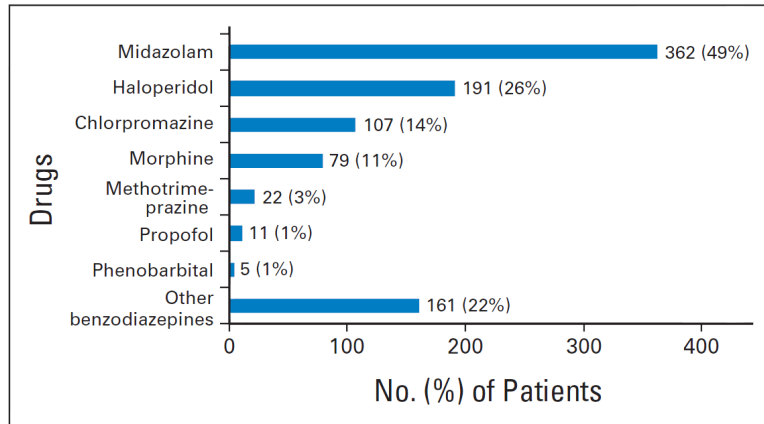


Fig 3. Sedative drugs administered to 745 patients from nine studies.^{5-7,9-14}

Maltoni et al, JCO 2012

Midazolam (Dormicum®)

- *Fainsinger Pall Med 2000*
 - Midazolam am häufigsten eingesetzt (in drei Zentren in mindestens 80%)
 - Mediane Dosis 15 – 53 mg/d
 - Range 5 – 180 mg/d
- Vorteil: gute Steuerbarkeit, subkutane Verabreichung
- Nachteil: wegen kurzer HWZ (2 – 5 h) kontinuierliche Dauerinfusion sinnvoll

Diazepam

- Lange HWZ (20 – 40 Stunden) bietet Vorteile für den ambulanten Bereich
- Tagesdosis 10 – 60 mg
- Wichtig: Wegen hohem Verteilungsvolumen initiale Aufsättigung in der Regel notwendig z.B. Wdh. der Initialdosis nach 30 und nach 60 min
- Verabreichung rektal oder als Tropfen, nicht subkutan!

Lorazepam (Tavor®)

- Übliche Dosierung: 0,5 – 2 mg /6 – 8 h
- 2 – 4 mg /4 h sowie bei Bedarf
Tabletten zermörsert oder als Expidet-Form sublingual verabreichbar

Levomepromazin (Neurocil®)

- 25 mg Bolus, dann 50 – 75 mg /d s.c.
- Dosissteigerung bis 300 mg/d
- Kann auch sublingual verabreicht werden

Phenobarbital (Luminal®)

- Bei nicht ausreichender Wirkung von Midazolam/Methotrimeprazin
- Günstig bei Anfallsneigung
- Mono- oder Kombinationstherapie
- Bolus-Injektion 200 mg s.c.
- Dann 1200 mg/24 s.c. (off – Label!) (600 – 2400 mg/d)
- Wichtig: Kein Mischperfusor!

Stirling J Pain Symp Manage 1999;17:363

Propofol (Disoprivan®)

- Allgemeinanästhetikum
- Sehr gute Steuerbarkeit (Wirkdauer 3 – 10 min)
- Antiemetisch und antipruriginös wirksam
- Nur intravenös verabreichbar
- Reservemittel!
- Startdosis: 0,5 mg / kg KG/h

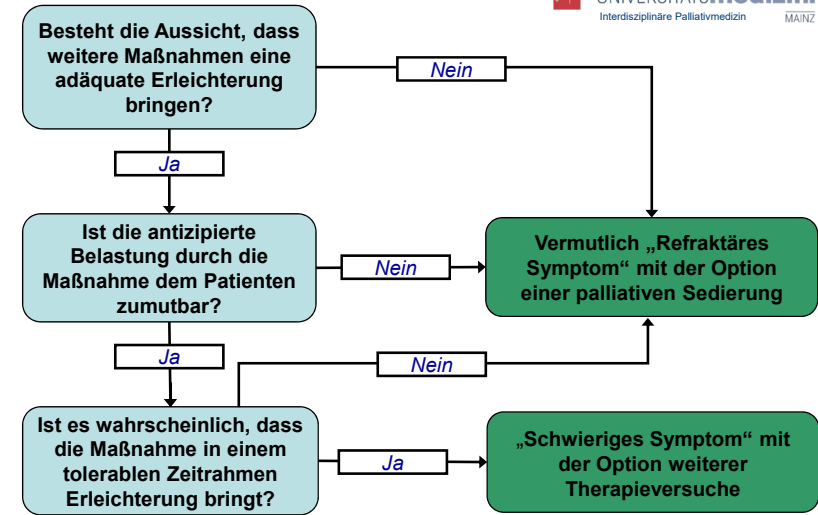
Moyle (J Pain Symp Manage 1995)

Problemfelder

- Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr während der palliativen Sedierung?
- Wann ist „refraktär“ refraktär?
- Palliative Sedierung bei existentiellem Distress
- Palliative Sedierung als „Slow Euthanasia“

Entscheidungshilfen bezüglich Hydratation, Ernährung und Begleitmedikation

Die Entscheidung zur Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr ist unabhängig von der Entscheidung zur Sedierung. Ob eine Flüssigkeits- oder Nahrungssubstitution erfolgt, sollte individuell anhand der Vorstellungen des Patienten, der hierdurch möglichen Vorteile und Belastungen angesichts des Behandlungsziels (Leidenslinderung) erfolgen.



Algorithmus zur Identifikation therapierefraktärer Symptome (nach Cherny und Portenoy, Journal of Palliative Care 1994)

Palliativmedizinische Expertise unerlässlich bei:

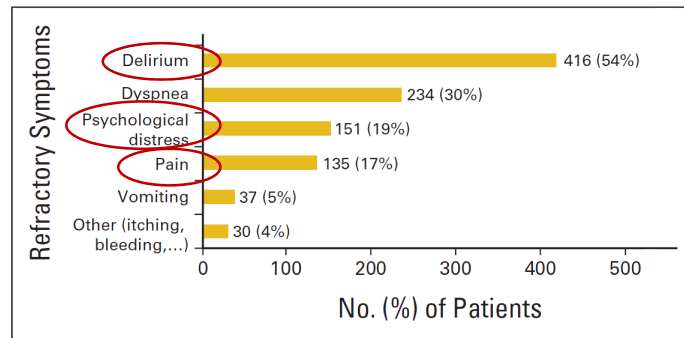


Fig 2. Main refractory symptoms requiring sedation in 774 sedated patients from 10 studies

Maltoni et al, JCO 2012

Probleme bei der Sedierung bei unerträglichem psychischem/existentiellen Distress

- Refraktärität schwieriger zu ermitteln
- Psychische Anpassung und Bewältigung häufig
- Behandlungsansätze nur mit geringen NW
- Häufig nicht weit fortgeschrittenes Erkrankungsstadium

Verfahrenshinweise bei nicht physischen Problemen (EAPC-Richtlinien)

- Festlegung der Refraktärität erst nach wiederholten Einschätzungen durch in der psychologischen Begleitung erfahrene Ärzte
- Multiprofessionelle Fallkonferenz
- Intermittierende Entlastungssedierung
- Dauersedierung nur, wenn wiederholte Versuche von intermittierender Entlastungssedierung durchgeführt wurden.

Protokoll zur palliativen Sedierung Schlüsselfragen bei der Entscheidungsfindung

- Welche Beschwerden sind maßgeblich für die Indikationsstellung?
- Was wurde bislang zur Linderung der Beschwerden getan?
- Welche therapeutischen Optionen bestehen noch?
- Kann der Patient einbezogen werden?
- Können die Angehörigen einbezogen werden?
- Wer wünscht die Sedierung?
- Wie sieht der Therapieplan aus
 - Sedierungsdauer
 - Sedierungstiefe
 - Medikamentenwahl

The screenshot shows the website 'Dokumentationsvorlagen Palliative Sedierung' from the University of Erlangen-Nürnberg. The page features a navigation menu with options like 'Über uns', 'Patienten', 'Ärzte und Zuweiser', 'Forschung', 'Lehre', 'Aktuelles', and 'Spenden'. The main content area is titled 'Dokumentationsvorlagen Palliative Sedierung' and includes a search bar, a list of documents for download, and contact information for the Palliative Medicine department. The page also lists external links to the German Society for Palliative Medicine (DGP) and the German Research Community (DFG).

<https://www.palliativmedizin.uk-erlangen.de/forschung/projekte-downloads/projekt-dokumentationsvorlage-palliative-sedierung/>

Wer will die Sedierung? Wer kann das Leid nicht mehr ertragen / nicht mehr mit ansehen?

- *der Patient?*
- *der Arzt/andere Mitglieder des Teams?*
- *die Angehörigen?*

Wessen Leid wird behandelt?

Ethische Grundlagen

- Informiertes Einverständnis
- Proportionalität (Risiko und die Nebenwirkungen der Maßnahme in angemessener Relation zur Schwere der Krankheitssituation und dem erwarteten Benefit stehen.)
- Prinzip der Doppelwirkung (moralisch Vertretbarkeit einer Inkaufnahme der Möglichkeit einer vorhersehbaren, unerwünschten Folge, um eine erwünschte Wirkung zum Wohle des Patienten zu erzielen)

	Aktive Sterbehilfe	Palliative Sedierung
Intention	den Patienten mit unerträglichem Leid töten	unerträgliches Leiden erleichtern
Maßnahme	eine letale Dosis einer Substanz verabreichen	eine sedierende Substanz zur Symptomkontrolle verabreichen (proportionierte Gabe)
Wertung der Maßnahme als erfolgreich bei	sofortigem Tod des Patienten	Erleichterung von Leiden

EAPC Ethics Task Force 2003