



# Palliative Info

**Newsletter**  
Nr. 3, November 2016

**Palliativmedizin**  
Mitglieder der Arbeitsgruppe

- PD Dr. Klaus Bally (KB)
- Dr. Christoph Cina (CC)
- Dr. Roland Kunz (RK)
- Dr. Vanni Manzocchi (VM)
- PD Dr. Claudia Mazzocato (CM)
- Prof. Dr. Sophie Pautex (SP)

## Einsatz der palliativen Sedierung: klinische und ethische Dimensionen

*Autor: PD Dr. Claudia Mazzocato*

### Definition der palliativen Sedierung

«Palliative Sedierung wird definiert als bewusste Verabreichung sedierender Medikamente in der kleinsten wirksamen Dosierung mit dem Ziel der Linderung eines oder mehrerer therapierefraktärer Symptome durch zeitlich begrenzte oder permanente Herabsetzung des Bewusstseinszustands bei einem Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung und limitierter Lebenszeit (Tage oder Wochen) in Zusammenarbeit mit einem kompetenten interdisziplinären Team<sup>1</sup>». Abhängig von der klinischen Situation wird eine Sedierung unterschiedlicher Tiefe (leichte, mittlere oder tiefe Herabsetzung des Bewusstseins) und Dauer (temporär, intermittierend, kontinuierlich bis zum Tod) angewendet<sup>2</sup>.

### Definition eines refraktären Symptoms

Ein Symptom wird als refraktär bezeichnet, wenn «seine Wahrnehmung für den Patienten unerträglich ist und es trotz beharrlicher Bemühungen, eine geeignete Behandlung ohne Beeinträchtigung seines Bewusstseins zu finden, nicht gelindert werden kann»<sup>3</sup>. Es ist nicht immer leicht, ein schwer zu linderndes von einem refraktären Symptom abzugrenzen. **Abbildung 1** (Seite 4) zeigt die verschiedenen Schritte, die den Verantwortlichen hierbei als Orientierungshilfe dienen können. Soweit möglich, sollte dieses Verfahren immer mit Unterstützung eines auf Palliativpflege spezialisierten Teams durchgeführt werden.

#### **Zwei Fälle sind möglich:**

- Das refraktäre Symptom ist die Folge eines oder mehrerer anfänglich schwer zu lindernder Symptome, die schliesslich so stark geworden sind, so anhaltend auftreten oder sich so verschlimmert haben, dass sie unerträglich geworden sind. Es kann sich um Atemnot, um einen Erregungszustand infolge eines akuten Verwirrheitszustands oder seltener um Schmerzen handeln. Die Sedierung kann geplant werden.
- Das refraktäre Symptom ist die Manifestation einer akuten Situation, die eine sofortige Intervention erfordert, wie z. B. eine massive Hämorrhagie oder Hämatemesis. Solche Situationen sind nicht immer vorhersehbar und erfordern eine Notsedierung.

## Ziele

- Die Ausbildung der Mitglieder von SGAIM im Bereich Palliative Care verbessern;
- Das Interesse der Ärzte durch Hinweise auf zusätzliche Informationsquellen wecken;
- Ärzte über nationale Entwicklungen und Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care auf dem Laufenden halten.

## Konkret

- 1–2 A4-Seiten
- Zustellung via E-Mail
- Französische, deutsche und italienische Version des Newsletters «Palliative Info»
- Erscheinungsweise: 3 × jährlich
- Das Schwergewicht des Newsletters liegt auf der praktischen Anwendung

## Redaktionskommission

- PD Dr. Sophie Pautex (SP)

## Kontakt

sophie.pautex@hcuge.ch

## Gestaltung/Produktion

SGAIM-Geschäftsstelle

Der einfachen Lesbarkeit halber wird im Artikel jeweils nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind, wenn von Patienten und Ärzten die Rede ist, auch Patientinnen und Ärztinnen gemeint.

## Voraussetzungen für eine palliative Sedierung<sup>1,4–6</sup>

Für den Einsatz einer palliativen Sedierung müssen mehrere Voraussetzungen erfüllt sein:

### Patient und Angehörige

- Der Patient befindet sich in der Terminalphase einer fortschreitenden Erkrankung. Er leidet an einem Symptom, das er als unerträglich erlebt und das von dem Behandlungsteam als refraktär angesehen wird.
- Der Patient und seine Angehörigen sind über die Ziele der Sedierung, ihre Modalitäten (Dauer, Tiefe, Überwachung, Reversibilität) und ihre Konsequenzen (Einschränkung des Bewusstseinszustands) informiert.
- Der Patient ist mit dem Verfahren und seinen Modalitäten (Tiefegrad, Dauer) einverstanden. Wenn er seine Einwilligungsfähigkeit verloren hat und keine Patientenverfügung vorliegt, wird die Zustimmung der Vertretungsperson verlangt.

### Behandlungsteam

- Innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams besteht Einvernehmen über den refraktären Charakter des Symptoms und die Anwendung der palliativen Sedierung.
- Die Entscheidung über die Einleitung einer palliativen Sedierung, ihre Modalitäten und ihre Überwachung werden dokumentiert.
- Die Entscheidung über die Fortsetzung oder Beendigung einer künstlichen Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr wird im Vorfeld getroffen und dokumentiert.
- Mit einer palliativen Sedierung nicht vertraute Pflegekräfte erhalten eine ähnliche Information wie der Patient und die Angehörigen.

## Wahl des Sedativums<sup>1,2,4–6</sup>

Midazolam ist wegen seiner Wasserlöslichkeit, seiner schnellen Wirkung, seiner kurzen Wirkungsdauer, seiner raschen Ausscheidung und der Möglichkeit, seine Wirkung durch Gabe des Gegenmittels Flumazenil aufzuheben, das in erster Linie verwendete Medikament. Es wird kontinuierlich subkutan oder intravenös verabreicht. Seltener kann Levomepromazin bei einem Erregungszustand infolge eines akuten Verwirrheitszustands und Propofol bei paradoxen Reaktionen auf Benzodiazepine eingesetzt werden. Die Anwendung von Opioiden ist kontraindiziert. Sie sind schlechte Sedativa. Werden Opiode in sedierender Intention eingesetzt, muss mit neurotoxischen (Hyperalgesie, Allodynie) und psychiatrischen (Halluzinationen) Nebenwirkungen gerechnet werden. Deren Anwendung ist auf die symptomatische Behandlung von Schmerzen und terminaler Dyspnoe beschränkt.

## Verfahren der palliativen Sedierung<sup>1,5-6</sup>

Soweit möglich ist eine temporäre Sedierung vor einer kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod des Patienten in Betracht zu ziehen. Die Midazolamdosierungen sind so zu wählen, dass eine so schwache Bewusstseinsdämpfung wie möglich bewirkt wird und das refraktäre Symptom dadurch erträglich ist.

### Einleitung (im Beisein eines erfahrenen Arztes) und Erhaltung

- Einleitung: Midazolam 0,05–0,1 mg/kg i.v. oder s.c. (im Bereich des oberen Brustkorbs gelegter subkutaner Verweilkatheter Venflon). Bei einer Notsedierung ist der intravenöse Weg zu bevorzugen. Bis zum Erreichen des gewünschten Sedierungsgrads werden anschliessend Midazolam 0,5–1 mg i.v. als Bolus alle 5 Minuten oder 1–2,5 mg s.c. alle 10 bis 15 Minuten injiziert.
- Erhaltung: Ist der gewünschte Sedierungsgrad erreicht wird Midazolam i.v. oder s.c. infundiert, wobei pro Stunde eine Dosis infundiert werden soll, die 50 % der gesamten Einleitungs-dosis entspricht.
- Unzureichende Sedierung:
  - Im Notfall während der Erhaltungsphase verwenden Sie erneut Midazolam 0,5–1 mg i.v. als Bolus wie bei der Einleitung und passen dann die Erhaltungsdosis erneut an.
  - In einer nicht akuten, aber unbefriedigenden Situation erhöhen Sie die Erhaltungsdosis Midazolam i.v. oder s.c. um 1 mg/h, bis der gewünschte Sedierungsgrad erreicht ist.
- Temporäre oder partielle Sedierung: sechs Stunden vor dem festgelegten Zeitpunkt des Erwachens die Midazolaminfusion stoppen oder um 50 % reduzieren. Den Komfort des Patienten sorgfältig prüfen.

### Überwachung

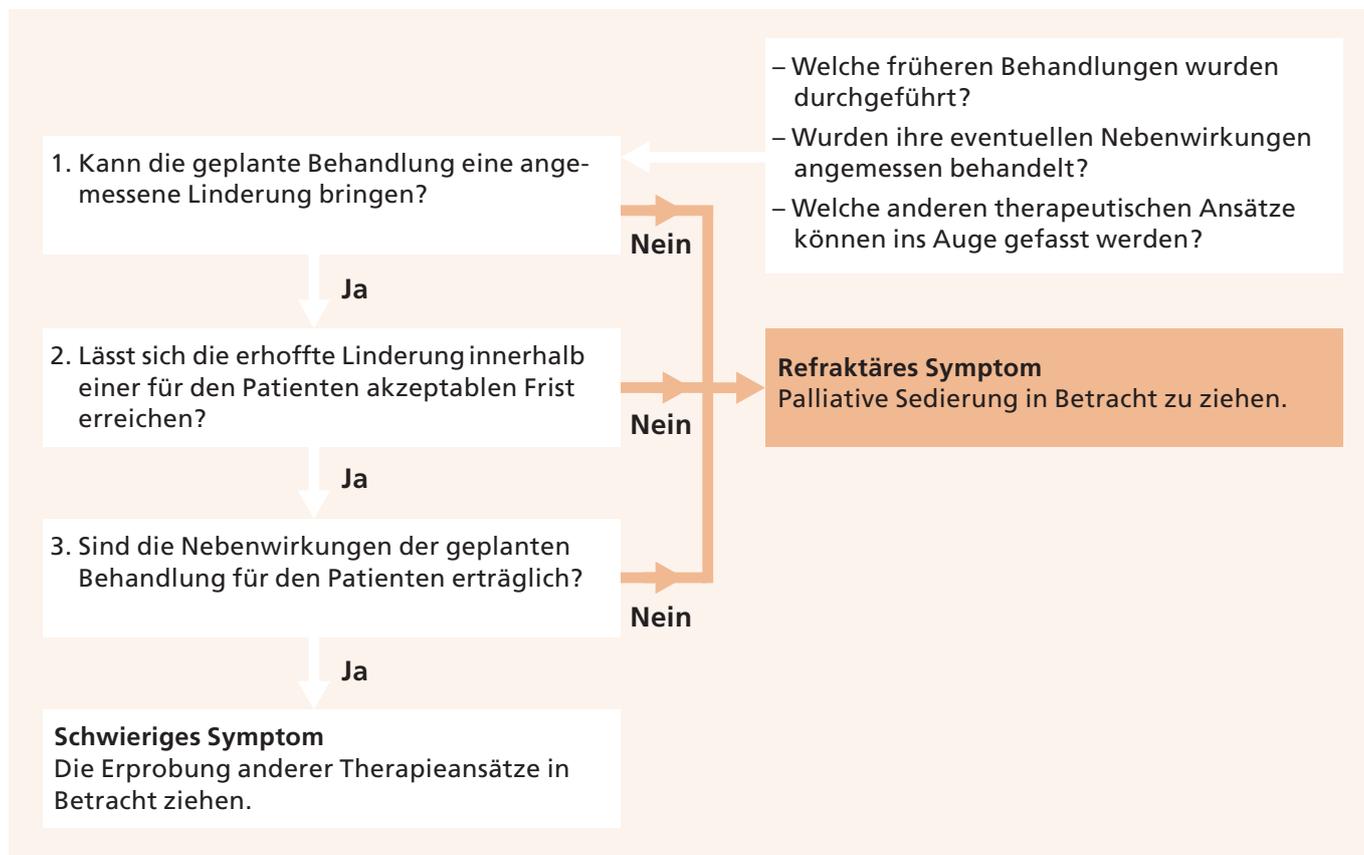
- Erste Stunde oder bei Erhöhung der Erhaltungsdosis: Überprüfen der Tiefe der Sedierung mithilfe eines validierten Werkzeugs wie der RUDKIN-Skala<sup>1</sup> oder der Richmond-Skala (RASS)<sup>7</sup>: Atemfrequenz, Puls, Blutdruck und O<sub>2</sub>-Sättigung (letztere abhängig vom Betreuungsort, der klinischen Entwicklung und den Zielen der Sedierung). Dann Überwachung derselben Parameter nach zwei Stunden oder in einem vom Betreuungsort festgelegten Abstand.
- Regelmässige Beurteilung sämtlicher Symptome, die angesichts der Einschränkung des Bewusstseinszustands des Patienten und der damit verbundenen Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation eine besondere Aufmerksamkeit erfordern. Sämtliche symptomatische Behandlungen, insbesondere Schmerztherapien und die Komfortpflege werden weitergeführt und entsprechend der Entwicklung angepasst.

## Sedierung zu Hause und im APH<sup>8</sup>

Der Einsatz einer palliativen Sedierung zu Hause oder im APH ist grundsätzlich möglich. Angesichts der hohen Verfügbarkeit, die sie von dem behandelnden Arzt (regelmässige Besuche, jederzeit mobilisierbar) und dem Pflegeteam (regelmässige Überwachung durch eine Pflegekraft rund um die Uhr) verlangt, ist sie aber weiterhin schwer realisierbar. Diese müssen im Übrigen über Kompetenzen in Palliativpflege und Erfahrung in der palliativen Sedierung verfügen oder ansonsten von einem mobilen Palliativpflegeteam unterstützt werden, das leicht erreichbar ist.

**Abbildung 1**

Analyseschritte bei einem potenziell refraktären Symptom<sup>3</sup>



## Literaturverzeichnis

- 1 Bigorio, Empfehlungen «Palliative Sedation»: [www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_12\\_3\\_bigorio\\_2006\\_Sedation\\_de.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_3_bigorio_2006_Sedation_de.pdf)
- 2 Lossignol D. End-of-life sedation: is there an alternative? *Curr Opin Oncol* 2015; 27: 358–64.
- 3 Cherny N, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31–8.
- 4 Moynier-Vantieghe K, Beauverd M. Sédation palliative: aspects cliniques pratiques. *Rev Med Suisse* 2008; 4: 462–6.
- 5 De Graeff A, Dean M. Palliative sedation in the last weeks of life: a literature review and recommendation for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67–85.
- 6 Maltoni M, Scarpi S, and Nanni O. Palliative sedation for intolerable suffering. *Curr Opin Oncol* 2014; 26: 389–94.
- 7 Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, et al. AMROSE Site Study Group. Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44: 704–14.
- 8 Blanchet V, Viillard ML, Aubry R. Sédation en médecine palliative: recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Medicine Palliative* 2010; 9: 59–70.

**Verfasserin** Dr. Claudia Mazzocato, PD MER, Chefärztin  
Service de soins palliatifs, Département de médecine, CHUV, UNIL

**Adresse** Mont Paisible 14, CHUV, 1011 Lausanne

**E-Mail** Claudia.mazzocato@chuv.ch

«Palliative Info» ist eine gemeinsame Publikation von: