

PALLIATIVZENTRUM HILDEGARD



WIE IM SCHLAF...?

PALLIATIVE SEDIERUNG BEI MENSCHEN MIT ALS

ÜBERBLICK

- Begriffsverwirrung?
- Wann sedieren - Indikationsstellung?
- Vorbereitung
- Medikation
- Monitoring
- Offene Fragen

AUFTRAGSKLÄRUNG

„Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes, die Kardinalsymptome menschlichen Leidens: **Schmerz, Angst, Atemnot, Unruhe und Durst** prompt, wirksam und dauerhaft zu lindern, den Sterbenden **Trost und Erleichterung und Erhebung des Gemütes** zu verleihen.“

Christoph Wilhelm Hufeland, 1762-1836

BEGRIFFSVERWIRRUNG

- terminale Sedierung
→ mögliche Verwechslung mit aktiver Sterbehilfe
- Sedierung am Lebensende
→ zu ungenau, da nicht nur unmittelbar am Lebensende eingesetzt
- **palliative Sedierung oder Sedation**
→ u.a. nach Empfehlung der EAPC* sollte dieser Begriff bevorzugt werden

* European Association for Palliative Care

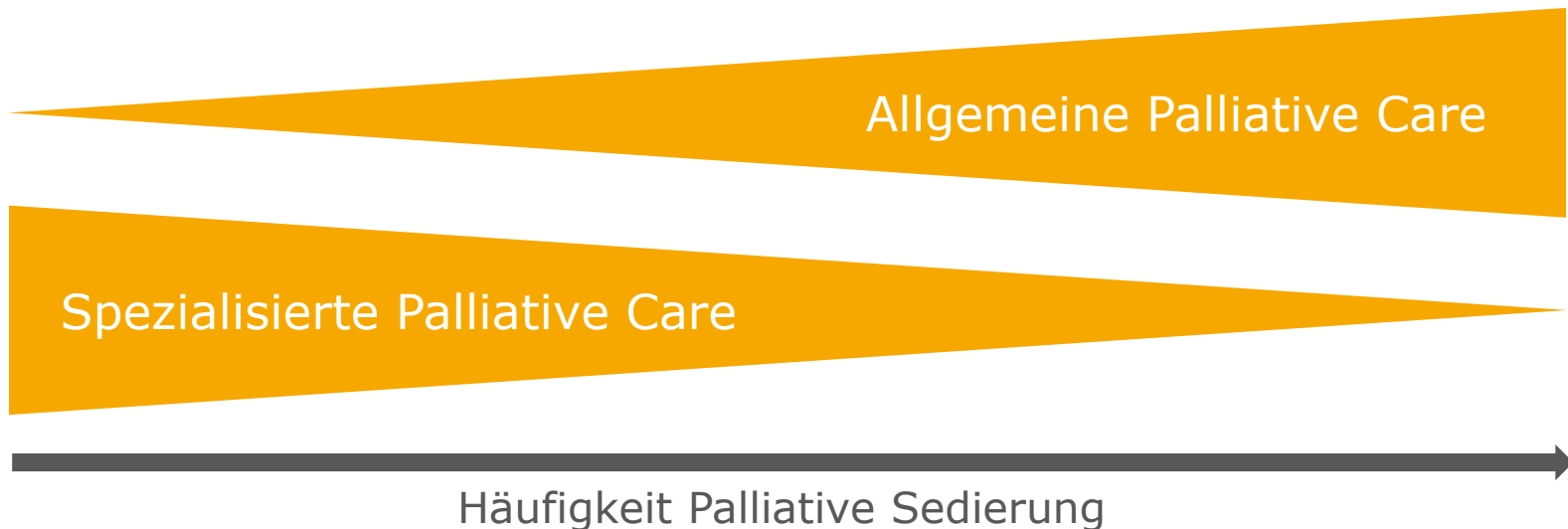
Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext verstanden als der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren

BEGRIFFSKLÄRUNG

Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext verstanden als der **überwachte Einsatz von Medikamenten** mit dem Ziel einer **verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage** (Bewusstlosigkeit), um die **Symptomlast** in anderweitig **therapierefraktären Situationen** in einer für Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern **ethisch akzeptablen** Weise zu reduzieren

PALLIATIVE SEDIERUNG IN ZAHLEN

- Europa: 2,5 - 18% aller Todesfälle mit palliativer Sedierung
- Schweiz: 2001 → 2013 Zunahme der Palliativen Sedierung um Faktor 4
- Deutsch-Schweiz: 2013 17,5% aus zufälliger Stichprobe



THERAPIEREFRAKTÄRE SYMPTOME UND EXISTENTIELLES LEID

„ ...Symptome, bei denen alle Behandlungsmöglichkeiten unter Einsatz kompetenter interdisziplinärer Palliativmedizin versagt haben, oder bei denen gezielte palliative Maßnahmen nicht innerhalb eines annehmbaren Zeitrahmens zum Einsatz kommen können bzw. die unter Berücksichtigung der Lebenssituation und des Erkrankungszustandes nur unter nicht zumutbaren Belastungen behandelt werden könnten“

Höllendarstellung: Ausschnitt aus dem Flügelaltarbild -Das jüngste Gericht- Roger von Weyden (gest. 1444) im Hospiz von Beaune/Frankreich

INDIKATIONEN FÜR PALLIATIVE SEDIERUNG

■ Therapierefraktäre physische Symptome

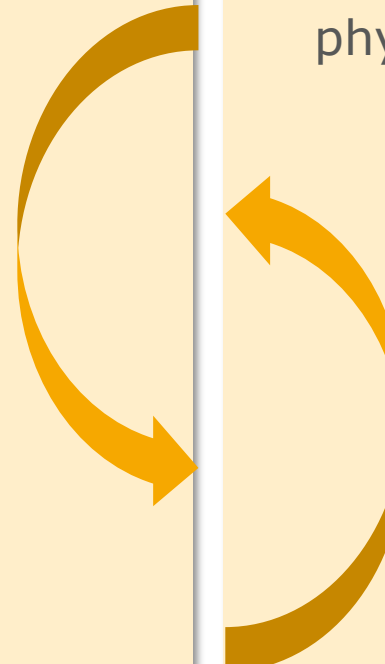
- agitierte Verwirrtheit
- Dyspnoe
- Schmerzen
- Krampfleiden
- Übelkeit

■ Notfallsituationen

- massive Blutungen
- Asphyxie
- schwere terminale Luftnot
- Schmerzkrisen

■ Therapierefraktäre nicht-physische Symptome

- Angst
- Demoralisierung
- existenzielle Not



PALLIATIVE SEDIERUNG BEI ALS?

- Ausgeprägte (akute) Dyspnoe (oder auch andere Symptome), die nicht ausreichend auf Opiode oder andere Medikation oder Massnahmen ansprechen
- Beendigung einer Beatmungstherapie entsprechend dem Patientenwunsch
- vorübergehende Sedierung zur Erholung von belastenden Zuständen (respice sedation)
- ...

„EINSCHLAFEN UND EINFACH NICHT MEHR AUFWACHEN....“

- Angst vor dem Ersticken
- Belastung durch zunehmende Abhängigkeit von anderen
- Angst vor dem, was noch kommen wird
- Wunsch nach „sanftem Hinüberschlafen“

PROBLEMHAFTHE PRAKTIKEN

- missbräuchliche Anwendung
 - ungerechtfertigte Anwendung
 - nicht sachgemässe Anwendung
 - Vorenthaltung
-

SYMPTOMKONTROLLE VS. PALLIATIVE SEDIERUNG

- Symptombehandlung kann sedierende Nebenwirkung haben (z.B. Unruhezustände, Delir, Schmerzen)

- Unterschied: Ziel ist nicht die Bewusstseinsminderung

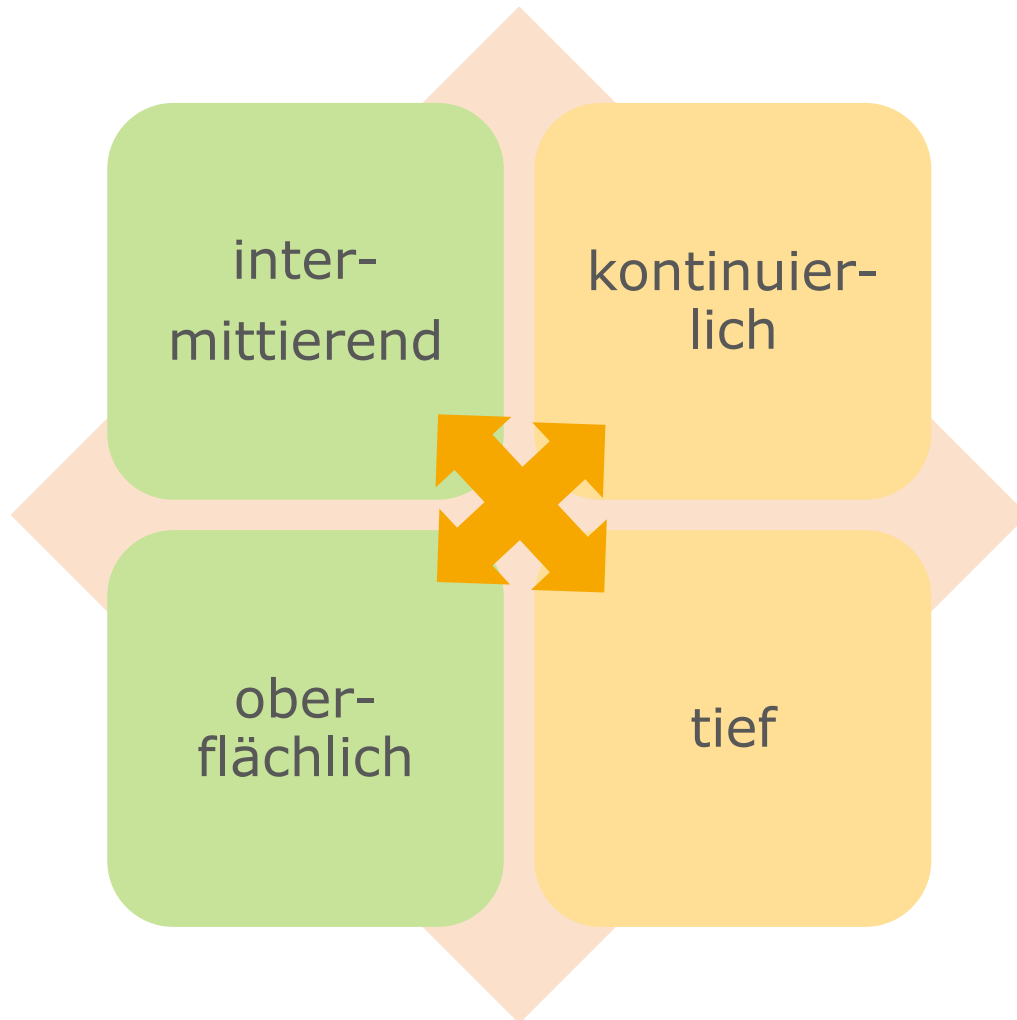
KLÄRUNGSBEDARF IM VORFELD

- Behandlungsmöglichkeiten mit ausreichender Kompetenz eingesetzt
- Therapeuten mit ausreichender Expertise
- Konsens im Team über Einschätzung
- Spezialisierte palliative Care Einschätzung zuziehen
- Massnahme mit möglichen Konsequenzen mit Patient und Angehörigen besprochen und Patient zugestimmt

VORBEREITUNG

- zunächst intermittierende Sedierung: Klärung des Vorgehens
- pflegerischen Versorgung incl. Umgang mit Ausscheidungen
- Personelle Begleitung klären
- Umgang mit Ernährung, Flüssigkeit, Medikamenten
- Überprüfung: Sedierungsziel erreicht (Symptomassessment)?
- Monitoring

SEDIERUNGSARTEN



MONITORING: RASS / RASS-PAL

+4	streitlustig	Offene Streitlust, gewalttätig, Gefahr für das Personal (z.B. wirft Gegenstände); +/-versucht aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen
+3	sehr agitiert	Zieht an Schläuchen oder Kathetern oder entfernt diese (z.B. i.v./s.c.-Zugang; O2-Schlauch); aggressiv; +/-versucht aus Bett oder Stuhl aufzustehen
+2	agitiert	Häufige ungezielte Bewegung, +/-versucht aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen
+1	unruhig	Gelegentliche ungezielte Bewegung, aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft
0	aufmerksam und ruhig	
-1	schläfrig	Nicht ganz aufmerksam, bleibt aber auf Ansprache wach (Augen öffnen / Blickkontakt; mindestens 10 Sekunden)
-2	leichte Sedierung	Erwacht kurz mit Blickkontakt auf Ansprache hin (weniger als 10 Sekunden);
-3	mässige Sedierung	Irgendeine Bewegung (Augen oder Körper) oder Augen-öffnen auf Ansprache (aber kein Blickkontakt)
-4	tiefe Sedierung	Keine Reaktion auf Ansprache, aber irgendeine Bewegung (Augen oder Körper) oder Augen-öffnen auf leichte Berührung hin
-5	nicht weckbar	Keine Reaktion auf Ansprache oder auf leichte Berührung hin

Ramsay Score	Definition
1	Ängstlich, agitiert, unruhig
2	Kooperativ, wach, ruhig
3	Reagiert auf verbale Kommandos
4	Lebhafte Reaktion auf Klopfen zwischen den Augenbrauen
5	Träge Reaktion auf leichtes Klopfen zwischen den Augenbrauen
6	Keine Reaktion auf leichtes Klopfen zwischen den Augenbrauen

EINGESETZTE MEDIKAMENTE

Benzodiazepine	Neuroleptika/Antipsychotika	Allgemeinanästhetika	Sonstige
Midazolam Lorazepam Diazepam	Levomepromazin	Propofol	Dexmedetomidin (α 2-Agonist)
Anxiolytisch Sedierend antiklonvulsiv	Antipsychotisch z.B. bei Halluzinationen i.R. eines Delirs sedierend antiemetisch	Anitemetisch Juckreiz-stillend bronchodilatatorisch	analgetisch
Antagonisierbar Bei Midazolam: kurze Halbwertszeit, daher gut steuerbar	z.T. sehr lange Halbwertszeit	Kurze Halbwertszeit, gut steuerbar Auch bei Leber- und Nierenfunktionsstörung	Kurze Halbwertszeit
Paradoxe Agitiertheit Atemdepression Entzugssymptomatik möglich		Atemdepression Toleranzentwicklung	Blutdrucksenkung Bradykardie Aber auch Blutdrucksteigerung Atemdepression Blutzuckerentgleisung

ALLGEMEINES ZUR MEDIKATION

- die Sedierung erfolgt immer durch Dosistitration
- möglich sedierende Begleitmedikationen müssen berücksichtigt werden
- die einzelnen Substanzgruppen können kombiniert werden
- Opioide und Haloperidol werden nicht zur Sedierung eingesetzt

UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE

- Apnoe (1/32 oberflächliche Sedierung, 4/18 tiefe Sedierung)
- Reduzierte Atemfrequenz (10/89)
- Sättigungsabfall (3/89)
- Paradoxe Reaktion (Agitation) (3/89)
- Insgesamt: keine tödlichen Folgen

ALLES KLAR?

- Erfassung existentielles Leid?
- Monitoring existentielles Leid?
- Tiefe palliative Sedierung – nicht nur am Lebensende?
- Europa- und weltweit unterschiedliche Leitlinien
- Frage: Wie empfinden Patienten ihre „Symptomlast“ während der Sedierung?
- Wie lässt sich die Intention (Symptomkontrolle vs. Lebensverkürzung) sauber trennen?

MISSLICHE DATENLAGE

- 14 Studien eingeschlossen, insgesamt 4167 Erwachsene
- Davon erhielten 1137 palliative Sedierung, 95% onkologische Diagnosen
- Keine einzige randomisierte Studie
- LQ war kein primäres Outcome
- 5 Studien: Symptomkontrolle als Outcome
- Resultate: Delir und Dyspnoe trotz Sedierung belastende Symptome
- 1 Studie hat unerwünschte Begleiterscheinungen gemessen: keine gefunden, aber 70 Teilnehmer hatten Medikamenten-induziertes Delir
- Keine Atemdepression beobachtet
- Keine Unterschiede in der Lebenszeit zwischen sedierten und nicht-sedierten Patientengruppen

MISSLICHE DATENLAGE

- ✓ 2013 – 2016 560 Todesfälle auf einer Palliativstation
- ✓ Sedierung bei 59 Patienten (10,5%)
- ✓ V.a. Lungenkarzinom, HNO-Tumoren, ALS
- ✓ Fast nur Einsatz von Midazolam (mittel: 5,5mg/h)
- ✓ Dauer: Mittelwert 29h +/- 41h