

## **Konsens einer Expertengruppe von palliative.ch, der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur best practice für Palliative Care in der Schweiz**

### **Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz**

### **Einführung**

Der folgende Text wurde ausgearbeitet um eine Hilfestellung zu bieten in schwierigen Situationen am Lebensende von Patienten. Da die Palliativmedizin sich häufig mit der Betreuung von Patienten am Lebensende auseinandersetzt, basiert die Arbeit auf diesem Hintergrund und dem zugrunde liegenden Wissen. Zur Zeit existiert keine adaptierte Version für die spezifischen Bedürfnisse von Fachpersonen aus anderen Gebieten.

## **1 Worum geht es?**

### **1. 1. Definition Palliative Sedation (nach Broeckart 2000, 2002, 2004)**

- bewusste Verabreichung sedierender Medikamente
- in der kleinsten wirksamen Dosierung
- in enger Zusammenarbeit mit einem kompetenten interdisziplinären Team
- zur nachhaltigen Erleichterung (es sind einfach zu evaluierende Ziele zu formulieren)
- eines oder mehrerer therapierefraktärer Symptome
- bei einem Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung und limitierter Lebenszeit (Tage, Wochen)
- durch permanente oder zeitlich begrenzte Herabsetzung des Bewusstseinszustandes

## **2. Worin besteht das Problem?**

- Palliative Sedation ist eine schwerwiegende klinische Entscheidung mit bedeutenden Konsequenzen.
- Palliative Sedation darf nicht als «Schnell-Lösung» bei schwierigen Problemstellungen benutzt werden (siehe Entscheidungsfindung).
- Um eine Grauzone zwischen palliativer Sedation und Euthanasie zu vermeiden, muss die palliative Sedation genau definiert und kompetent verabreicht werden.
- Die Absicht, der Ablauf und das Resultat der palliativen Sedation unterscheiden sich vollständig von Euthanasie.
- Entsprechend bedarf die palliative Sedation besonderer Anforderungen in den Bereichen:
  1. Entscheidungsfindung
  2. Anwendung der Intervention
  3. Monitoring der Intervention

Hinweise auf eine Beschleunigung des Sterbeprozesses durch korrekt und kompetent angewandte palliative Sedation existieren zur Zeit nicht.

## **3. Zur praktischen Durchführung der palliativen Sedation**

### **3. 1. Vorbedingungen**

- Zu einem frühen Zeitpunkt Einbezug eines kompetenten Palliative Care Teams zur Planung und sekundären Prävention (was tun wenn, Besprechung von Themen mit der Familie, Planung von Mitarbeitern und professionellem Support für die Sterbephase am gewählten Ort etc.)
- Frühe Dokumentation, zum Beispiel Patientenverfügung

### **3. 2. Vorbereitung der Intervention (siehe untenstehenden Algorithmus)**

- Im interdisziplinären Team:
  1. Definition der Problemstellung: welches ist das refraktäre Symptom? (oder Symptome)
  2. Definition von Zielen
  3. Diskussion von verschiedenen Möglichkeiten; wird eine externe Hilfestellung benötigt?
- Mit dem Patienten und der Familie:
  1. Besprechung der Indikation und der Konsequenzen
  2. Idealerweise wird ein Konsensus erreicht
  3. Erstellung einer Dokumentation der Entscheidungsfindung (Protokoll)

### **3. 3. Checkliste und Algorithmus zur Entscheidungsfindung bei Palliativer Sedation für refraktäre Symptome**

Ersuchen um palliative Sedation:  
durch den Patienten  
durch die Angehörigen  
durch Mitglieder des Teams

Datum:  
Name des Patienten  
Betreut vom Team seit:  
Teilnehmende

## **Konsens einer Expertengruppe von palliative.ch, der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur best practice für Palliative Care in der Schweiz**

### **3.3.1. Teil 1: Entscheidungsfindung im interdisziplinären Team**

#### **Was ist das akute Problem?**

##### **Was wissen wir:**

- Patientenverfügung? Patientenvertreter?
- Assoziierte Probleme

Bio    Psycho    Sozial    Spirituell

- Lösungsansatz bis anhin?

Bio    Psycho    Sozial    Spirituell

#### **Kontakt mit Hausarzt/oder anderen beteiligten Fachpersonen?**

#### **Kontakt mit anderen Spezialisten?**

#### **Schlussfolgerung 1:**

*Therapieresistente Symptomle: Nein – Prüfen andererweiger Optionen*

- Welche alternativen Optionen stehen zur Verfügung?
- Entscheid für eine Intervention und/oder zusätzliche Beurteilung
- Festlegen eines neuen Beurteilungszeitraums (Stunden/Tage)

#### **Schlussfolgerung 2**

*Therapieresistente Symptomle: Ja*

- Temporäre Sedation

### **3.3.2. Teil 2: Kommunikation mit Patient/Familie («Familienkonferenz»)**

#### **Urteilsfähigkeit des Patienten:**

urteilsfähig – nicht urteilsfähig

*Falls nicht urteilsfähig:*

siehe kantonale/lokale Gesetzgebung/lokale Praxis

- Meinung des Patienten – individuelle Ziele
- Meinung der Familie – ihre Ziele
- Information über den Vorschlag des Teams (Sedation Nein, Sedation Ja)

#### **Falls Entscheid zur Sedation:**

Information über den Ablauf:

- Beginn mit temporärer Sedation
- Information über die Möglichkeit der Irreversibilität
- Information über die Konsequenzen (zum Beispiel Abschied zu nehmen, Dinge zu erledigen)
- Untermauerung der verbalen Information mit einem Merkblatt

#### **Algorithmus**

- Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters\*?
- Ja → temporäre Sedation
- Nein → Stopp, Re-Evaluation
- \*siehe Empfehlungen der SAMW

- Zusätzliche Bemerkungen zum Entscheidungsfindungsprozess (z.B. Meinung der Beteiligten)
- Wer muss zusätzlich informiert werden?
- Team
- Familie
- Andere
- Hauptziel der Evaluation:

#### **Nächste Evaluation**

Zusammenkunft zur Entscheidungsfindung:  
Wann?  
Wo?  
Wer ist verantwortlich für die Entscheidung  
Sucher/Tel.

### **3.4. Information – Merkblatt für Patient/Familie**

#### **Der Institution wird wärmsten empfohlen ein Merkblatt zu erstellen**

- Übereinstimmend mit der fachlichen Definition
- Den Unterschied zwischen palliativer Sedation und Euthanasie erklären
- Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Möglichkeit der Zweitmeinung
- Die Kontaktperson

**Konsens einer Expertengruppe von palliative.ch, der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur best practice für Palliative Care in der Schweiz**

## **4. Praktischer Ansatz**

### **4.1. Generelle Vorkehrungen**

#### **4.1.1. Bevor die Sedation eingeleitet wird:**

Information/Diskussion mit Patient + Familie

- Ziel(e) der Sedation
- Überwachungsstrategien
- Falls nachtsüber: Aufwachzeit definieren

Es sollen mit der Familie Details der Behandlung (individuelle Wünsche, zu vermeidende Dinge) möglichst vor Beginn der Sedation geklärt werden.

#### **4.1.2. Während der Sedation**

Auf Grund des veränderten Bewusstseinszustandes des Patienten während der Sedation ist die Qualität der Kommunikation dem Patienten und der Familie gegenüber von grosser Bedeutung.

Fortsetzen/Besprechung aller Massnahmen um Sicherheit und Komfort zu gewährleisten:

- Reservemedikamente, Sauerstoff
- Blasenkatheter
- Mundpflege, künstliche Tränen
- Optimale Lagerung, um Aspiration vorzubeugen
- Besprechung der Flüssigkeitszufuhr
- Etc.

## **4.2. Medikamente**

### **Medikament erster Wahl:**

Midazolam = Dormicum®

Alternativen:

- Z.B. Lorazepam sublingual (Angst)

Sedierende Neuroleptika z.B. Levomepromazine = Nozinan® (z.B. Delir, Agitation) – siehe auch Empfehlung «Delirium» Bigorio 2004.

### **Applikationsweg:**

Erste Wahl: subkutan («zentrale Lokalisation») oder intravenös; Anbringen eines Venenkatheters subkutan falls möglich

### **4.2.1. Sedation mit «Bolussystem» – Titration der notwendigen Dosierung**

- Dosierung: 0.05–0.1mg/kg
- SC: 1–2,5 mg fixe Dosis alle 10–15 min
- IV: 0,5–1 mg fixe Dosis alle 5 min.

### **4.2.2. Kontinuierliche Applikation – Erhaltung der Sedation**

- pro Stunde 50 % der stündlich verabreichten Dosierung während der Titrationsphase (Beispiel)
- Dosiserhöhung:
  1. In akuter/dringender Situation: Anwendung des Bolussystems (zusätzliche Boli (siehe «Bolus») zusammen mit der kontinuierlichen Dosis
  2. In stabiler aber unbefriedigender Situation: Dosiserhöhung sc/iv 1mg/h bis Situation gelöst
- Dosisreduktion
  1. Wie vereinbart mit Patient («Familienkonferenz»): Stopp Infusion oder Reduktion um 50 % 6 Stunden vor dem Ereignis
  2. Reduktion bis zur minimal ausreichenden Dosierung für die Symptomkontrolle

Preparation Midazolam (Vorschlag):

Wenn möglich Infusomat und Konzentration von 1mg/ml verwenden: 10 ml von Midazolam (Dormicum®) = 50 mg + 40 ml von NaCl 0.9 % = 1 mg/ml

## **4.3. Überwachung**

permanente Anwesenheit einer Fachperson, mindestens alle 15 Minuten

### **In der ersten Stunde:**

Alle 15 Minuten:

- Atemfrequenz
- Tiefe der Sedation (z.B. RUDKIN – RAMSEY)

Evtl. Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung

## **Konsens einer Expertengruppe von palliative.ch, der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur best practice für Palliative Care in der Schweiz**

### **Danach:**

Alle 2 Stunden oder nach Vereinbarung,  
abhängig vom Ort der Pflege  
Prüfung von Komfortmassnahmen  
(Verwendung validierter Hilfsmittel, z.B. ESAS, ECAS)

### **Bemerkungen zur klinischen Anwendung der palliativen Sedation:**

#### **Sich bewusst sein / diskutieren**

- Für WEN starten wir die Sedation
- Wie die Situation mit Familie und Team nachbesprechen

#### **Besondere Beachtung soll folgenden Aspekten geschenkt werden:**

- Weiterabklärung/Behandlung des zugrunde liegenden Symptoms
- Nebenwirkungen anderer Medikamente sollen nicht eingesetzt werden, um eine Sedation zu erreichen (z.B. Steigerung der Opiat-Dosis)
- Medikamente mit langer Halbwertszeit sollen vermieden werden (z.B. Diazepam)
- Bei vorbestehender Behandlung mit Benzodiazepinen muss die Dosierung angepasst werden
- Modifikation des Standardschemas je nach Schweregrad des Symptoms (z.B. massive Dyspnoe)
- Bisweilen kann der sedierende Effekt bei Applikation von Benzodiazepinen vollständig ausbleiben.

## **5. Offene Fragen**

- Abklärung: welche Methoden sind die besten? Ist eine Kombination von verschiedenen validierten Instrumenten notwendig?
- Offene Fragen betreffend Pharmakologie (sc/iv etc) bei Verschlechterung der Organfunktion
- Wie umgehen bei vorbestehender Polytoxikomanie?
- Was spielt sich im Inneren des Patienten ab?

## **6. Literaturangaben**

Eine umfangreiche Literaturliste zum Thema befindet sich auf <http://www.palliative.ch/de/bestpractice.php>

## **7. Verdankung**

Die AutorInnen dieser Empfehlungen sind:

Angelika Feichtner, Pflegefachfrau; Prof. Bert Broekaert, Theologe; Dr. Steffen Eychmüller; Dr. Hans Neuenschwander; Dr. Eva Balmer; Dr. Michel Beauverd; Sylviane Bigler, Pflegefachfrau; Agnes Boivin, Pflegefachfrau; Claire-Lise Bovart, Pflegefachfrau; Solange Bote, Psychologin; Sophie Ducret, Pflegefachfrau; Dr. Grégoire Gremaud; Dr. Heike Gudat; Renata Hofmann, Pflegefachfrau; Dr. Sibylle Marthy; Ruth Merk, Pflegefachfrau; Dr. Karine Moynier; Micheline Munnier, Pflegefachfrau; Dr. Nathalie Murith; Jacqueline Pécaut, Pflegefachfrau; Dr. Josiane Pralong; Christiane Schmid Pasquier, Pflegefachfrau; Gisèle Schaefer, Pflegefachfrau; Beatrice Schmutz, Pflegefachfrau; Claudia Pessenti, Pflegefachfrau; Dr. Claudia Gamondi; Beatrice Marx, Pflegefachfrau; Dr. Marianne Lang.

Ganz herzlichen Dank an Prof. Bert Broekaert und Angelika Feichtner, dank deren wertvoller Beratung und Hilfe diese Empfehlungen möglich gemacht wurden. Speziellen Dank an Dr. Aurelius Omlin, St.Gallen, für die Übersetzung.

## **Spezielle Anmerkungen / Copyright**

Diese Empfehlungen sind bestimmt für den internen Gebrauch der Mitglieder der palliative.ch. Jegliche Veröffentlichung muss mit dem Leiter des Bigorio-Projektes, Dr. Steffen Eychmüller ([steffen.eychmueller@kssg.ch](mailto:steffen.eychmueller@kssg.ch)) abgesprochen werden.