



Warnliste: Wann ist mit Sedierung zu rechnen? Wann mit anhaltendem klinischen Effekt?



ZIEL DIESER WARNLISTE

Sensibilisierung dafür, ob mit sedierenden Effekten zu rechnen ist, und Unterstützung bei der Einschätzung. Für die zwei Situationen ihres Einsatzes siehe „Screeningtool“.

WICHTIG

- a) Dies ist keine Dosierungsempfehlung!
- b) Die Warnliste kann die klinische Einschätzung, ob eine Sedierung vorliegt oder eintreten könnte, nicht ersetzen!

STANDARPATIENTIN/STANDARPATIENT

- Patientin/Patient in Palliativversorgung, also mit lebensbegrenzender Erkrankung
- weiblich oder männlich,
- ca. 60 Jahre alt,
- Körpergewicht (KG) ca. 70 kg,
- kein Substanzabusus (v.a. Benzodiazepine) in der Vorgeschichte oder aktuell,
- keine Bewusstseinsbeschränkung vor Gabe des potentiell sedierenden Medikaments,
- keine Einschränkung der Blut-Hirn-Schranke,
- keine stärkere Einschränkung der Nieren- oder Leberfunktion (GFR \leq 30ml/min oder ChildPugh B oder C).

Bei den angegebenen Werten ist bei „einer Standardpatientin/einem Standardpatienten“ mit anhaltendem klinischen Effekt* bzw. **Sedierung in der angegebenen Tiefe ZU RECHNEN („red flags“)**.

CAVE

Hier nur Anhaltspunkte, die die klinische Einschätzung im Einzelfall nicht ersetzen können, insbesondere auch unter Einbezug von allen Abweichungen von der Standardpatientin/ dem Standardpatienten sowie weiteren Einflussfaktoren, u.a. potentiellen Medikamenteninteraktionen und Organinsuffizienzen!



Warnliste: Wann ist bei einer/m „Standardpat.“ mit Sedierung zu rechnen? Wann mit anhaltendem klinischen Effekt?

Medikamentengruppe	Medikament	Mit anhaltendem klinischen Effekt* zu rechnen (nicht notwendigerweise Sedierung) bei Gabefrequenz	Mit leichter Sedierung (RASS-PAL -1 bis -2) zu rechnen ab	Mit tiefer Sedierung (RASS-PAL -3 bis -5) zu rechnen ab
Benzodiazepine	Diazepam**	alle 12–24 Stunden	5 mg Einzeldosis (unabhängig vom Applikationsweg)	15 mg Einzeldosis (unabhängig vom Applikationsweg)
	Lorazepam**	alle 8–12 Stunden	2 mg Einzeldosis (unabhängig vom Applikationsweg)	4 mg Einzeldosis (unabhängig vom Applikationsweg)
	Midazolam	alle 2–6 Stunden	2,5 mg Einzeldosis bzw. 12 mg Tagesgesamtdosis s.c. oder i.v.	5 mg als Einzeldosis oder 2 mg/h kont. s.c. oder i.v.
Antipsychotika	Levomepromazin	alle 12–24 Stunden	12,5 mg Einzeldosis s.c. oder i.v.; 25 mg Einzeldosis p.o.	25 mg Einzeldosis s.c. oder i.v.; 50 mg Einzeldosis p.o.
	Haloperidol**	alle 12 Stunden	4 mg Einzeldosis (unabhängig vom Applikationsweg)	kein Cut-off Wert, da sehr große Variabilität des sedierenden Effekts
	Melperon**	alle 6–12 Stunden	50 mg Einzeldosis p.o.	100 mg Initialdosis p.o. (d.h. ohne vorherige Dosistitration)
	Pipamperon**	alle 8 Stunden	40 mg Einzeldosis p.o.	kein Cut-off Wert, da zu wenig Daten und klinische Erfahrung
Anästhetikum	Propofol	kontinuierliche Gabe	0,3 mg/kg KG/h i.v.	kein Cut-off-Wert; bei jeder Dosiserhöhung ausgehend von 0,3 mg/kg KG/h i.v. ist mit mind. -3 zu rechnen
selektiver Alpha-2-Agonist	Dexmedetomidin**	kontinuierliche Gabe	0,4 µg/kg KG/h i.v.***	0,6 µg/kg KG/h i.v.***
Antidepressivum	Trazodon**	alle 12–24 Stunden	50 mg Einzeldosis p.o.	kein Cut-off Wert, da zu wenig Daten und klinische Erfahrung

* Der „anhaltende klinische Effekt“ beschränkt sich nicht auf die sedierende Wirkung eines Arzneimittels, sondern bezieht sich auf jeglichen klinischen Effekt.

** Medikamente sind nicht für gezielte Sedierung zur Leidenslinderung empfohlen.

*** Cut-off-Werte basieren auf Angaben der Fachinformation, nicht auf Expertenkonsens (wegen mangelnder klinischer Erfahrung).

CAVE

Auch bei anderen Substanzen, z.B. Opioiden, ist mit Sedierung (als Nebenwirkung) zu rechnen!

CAVE

Die aufgeführten Applikationswege und Indikationen der einzelnen Medikamente weichen teilweise von den für dieses Medikament zugelassenen ab (Off-Label-Use).



Erläuterung zur Auswahl der Medikamente für die Warnliste:

Die Liste enthält potentiell sedierende Medikamente, unabhängig davon, ob sie für gezielte Sedierung empfohlen werden oder nicht, die

- 1a) häufig zumindest auch mit Intention von Sedierung verwendet werden
ODER
- 1b) die bei Unruhe in der Palliativmedizin eingesetzt werden

UND

- 2a) für die ausreichend Daten in der Fachliteratur (inklusive Angaben in der Fachinformation) vorliegen, die Rückschlüsse darauf erlauben, bei welchen Dosierungen mit sedierenden Effekten zu rechnen ist
ODER
- 2b) ausreichend klinische Erfahrung zur Beurteilung von Dosierungen mit sedierenden Effekten vorliegt (z.B. für Opioide nicht der Fall).

Richmond Agitation-Sedation Scale modifiziert für Patientinnen/Patienten der Palliativversorgung (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 Augenöffnung auf Ansprache (aber kein Blickkontakt)

- 4** Tiefe Sedierung: Keine Reaktion auf Ansprache, aber irgendeine Bewegung
(Augen oder Körper) oder Augenöffnung auf leichte Berührung hin

- 5** Nicht erweckbar: Keine Reaktion auf Ansprache oder auf leichte Berührung hin