OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Universität Augsburg
Universitätsbibliothek

Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen: eine Übersicht

Bernd Alt-Epping, Eva Schildmann, Dietmar Weixler

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Alt-Epping, Bernd, Eva Schildmann, and Dietmar Weixler. 2016. "Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen: eine Übersicht." *Der Onkologe* 22 (11): 852–59. https://doi.org/10.1007/s00761-016-0102-9.

Nutzungsbedingungen / Terms of use: **licgercopyright**

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
Deutsches Urheberrecht
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/

Bernd Alt-Epping[1] · Eva Schildmann[2] · Dietmar Weixler[3]

[1] Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland
[2] Klinikum der Universität München, München, Deutschland
[3] Landesklinikum Horn-Allentsteig, Horn, Österreich

Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen

Eine Übersicht

Insbesondere in krisenhaften Situationen in der Sterbephase, z. B. im Kontext von Delir, finaler Unruhe, therapierefraktären anderen Symptomen oder krisenhaften Zuständen, die das Leben akut und unmittelbar beenden (wie z. B. eine Karotisarrosionsblutung bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren), kommen Sedativa wie Benzodiazepine zur Bewusstseinsdämpfung zum Einsatz.

In sterbenahen Situationen ist der Einsatz der Sedativa zeitlich eng begrenzt; er erfolgt mit dem Ziel der bestmöglichen Symptomlinderung und wird aus medizinischer Sicht wie auch in der ethischen Bewertung überwiegend akzeptiert [14].

Das Konzept der palliativen Sedierung hingegen reicht über diese Art kurzzeitiger Intervention deutlich hinaus. Die European Association for Palliative Care (EAPC) hat in ihrer Rahmenrichtlinie (*Framework*) aus dem Jahr 2009 die therapeutische (oder palliative) Sedierung definiert als den „überwachten Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren“ [12]. Insofern geht es bei der palliativen Sedierung nicht primär um eine Bewusstseinsdämpfung bei deliranter Unruhe (für die der Einsatz von antipsychotisch oder sedierend wirkenden Medikamenten die Behandlungsmaßnahme der Wahl wäre) oder um sedierende Nebenwirkungen anderer spezifischer Behandlungsmaßnahmen, sondern um Belastungssituationen, die z. B. durch Schmerz, Atemnot oder Übelkeit gekennzeichnet sind, und die in erster Linie mit anderen, spezifischen Maßnahmen zu behandeln sind.

Indikationsstellung

Sedierung nur in sterbenahen Situationen?

Die obige Definition der EAPC impliziert, dass das Konzept der palliativen Sedierung z. B. auch für Patienten, die in keiner sterbenahen Erkrankungssituation sind, aber dennoch unter therapierefraktären Symptomen leiden, angewendet werden könnte. Auch wenn im allgemeinen Verständnis unter palliativer Sedierung eine *Sedierung am Lebensende* gemeint sein dürfte, steht diese sog. „imminence condition“ [10, 11] in der ethischen Diskussion: Warum sollte eine indizierte und wirksame Maßnahme einem Patienten, der sich noch nicht in der Sterbephase befindet, nur deswegen vorenthalten werden? Lässt sich der intuitiv nachvollzogene Zusammenhang einer fortgeschrittenen und fortschreitenden Grunderkrankung überhaupt normativ aufrechthalten? Zumal bei vielen Patienten, insbesondere mit nichtonkologischen (aber ebenfalls inkurablen) Grunderkrankungen, die Lebenszeitprognose allenfalls in Form von Wahrscheinlichkeiten abzuschätzen ist.

Sedierung nur bei Therapierefraktärität?

Die EAPC-Definition umfasst mit dem Begriff der *therapierefraktären Situationen* verschiedenartige klinische Situationen, die durch unerträgliche Belastungen durch physische Symptome gekennzeichnet sind, ohne dass eine andere Methode der Symptomlinderung innerhalb eines akzeptablen Zeitrahmens und ohne unzumutbare Nebenwirkungen zur Verfügung stünde [12].

In der klinischen Praxis wird die palliative Sedierung bei Patienten erwogen bzw. von diesen eingefordert, die z. B. aufgrund eines gastrointestinalen Tumorleidens unter therapierefraktärer Übelkeit leiden, oder z. B. im Rahmen einer metastatisch bedingten respiratorischen Insuffizienz unter therapierefraktärer Atemnot leiden, nachdem alle anderen Therapieoptionen ausgeschöpft wurden.

Auch bei diesem Kriterium der Therapierefraktärität („otherwise intractable suffering“ [12]) könnte kritisch hinterfragt werden, warum eine indizierte und wirksame Maßnahme laut EAPC erst dann eingesetzt werden sollte, wenn alle anderen Therapiemaßnahmen versucht und verworfen worden sind. Die Vorgabe dieses Kriteriums impliziert auch eine Bewertung, dass die Wahrscheinlichkeit des Nutzens der palliativen Sedierung geringer oder die Wahrscheinlichkeit des Schadens größer eingeschätzt wird als bei alternativen Behandlungsverfahren, die der palliativen Sedierung vorgezogen werden sollten.

Sedierung nur bei unerträglichem Leid?

Verschiedene Leitlinien benennen *unerträgliches Leid* („intolerable suffering" [12]) als Grundvoraussetzung für die Einleitung einer palliativen Sedierung. Diese Konzeption steht jedoch in besonderem Maße in der Diskussion: Wie soll z. B. entschieden werden, wenn der Patient aufgrund eines als *unerträglich* empfundenen Leids ein *Schlafenlassen bis zum Tod* fordert, dieser Leidensdruck und damit die Einleitung der zur Disposition stehenden konsequenzenreichen Maßnahme von therapeutischer Seite jedoch nicht nachvollzogen werden kann? Gängige klinische und juristische Indikationskonzepte gehen davon aus, dass ein Patient nicht verlangen kann, was (nach ärztlicher Einschätzung) nicht indiziert ist [8, 3, 33, 40]; die ärztliche Fremdbeurteilung der subjektiv empfundenen Unerträglichkeit von Leid mutet jedoch anmaßend an. Hinzu kommt die Wahrnehmung von Unerträglichkeit seitens der Angehörigen, die in den Definitionen von Palliativmedizin und Palliative Care (wie z. B. der Definition der WHO) neben dem Patienten selbst als eigene, explizite Zielpersonen therapeutischen Handelns benannt werden, sodass deren Perspektive in palliativmedizinisch relevanten Therapieentscheidungen nicht außer Acht gelassen werden kann.

Sedierung nur bei physischen und nicht bei psychischen Symptomen?

Ebenfalls kontrovers wird die Frage erörtert, inwieweit auch psychische Symptome wie z. B. existenzielles Leid eine Sedierungsmaßnahme rechtfertigen. Die EAPC erläutert hierzu, dass die Refraktärität psychischer Symptome schwer einzuschätzen sei, dass es sich bei psychischen Symptomen um ein dynamisches Geschehen handele, dass die konventionelle Behandlung psychischer Symptome wenige Nebenwirkungen habe und dass es keine klare Assoziation psychischer Symptome zu fortgeschrittenen Erkrankungsstadien gebe und schlägt eine Reihe von Sorgfältigkeitskriterien vor: Eine palliative Sedierung solle aufgrund psy-

chischer Symptome nur bei fortgeschrittenen (somatischen) Grunderkrankungen in Erwägung gezogen werden, nach wiederholten Einschätzungen der klinischen Situation auch durch psychiatrisch erfahrene Ärzte.

Eine Entscheidung sollte in einer multiprofessionellen Fallkonferenz getroffen und zunächst intermittierend (nicht kontinuierlich) durchgeführt werden. Eine Sedierung speziell aufgrund einer therapierefraktären, unerträglichen psychiatrischen Grunderkrankung alleine wird nicht explizit in Betracht gezogen. Insofern verbergen sich insbesondere bei der Erwägung einer Sedierungsmaßnahme aufgrund von psychischen Symptomen eine Anzahl impliziter Probleme, die ein hohes Maß an Präzisierung sowohl der Indikationsstellung als auch der therapeutischen Durchführung erfordern [29, 32, 36, 39].

Indikations- und Durchführungskriterien im Leitlinienvergleich

Das Framework der EAPC (auf das sich auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bezieht [4, 20]) sollte – ähnlich wie weitere Leitlinien anderer Fachgesellschaften – neben einer ethischen Positionierung auch zu einer größeren Klarheit in Bezug auf moralisch und medizinisch akzeptable Prozeduren und Indikationen führen. Dies wird jedoch dadurch erschwert, dass sich die Definitionen und die Empfehlungen u. a. zur Indikationsstellung der palliativen Sedierung in den jeweiligen Leitlinien unterscheiden, wie eine systematische Übersichtsarbeit über die Leitlinien zu palliativer Sedierung zeigt [34, 35]. In dieser Arbeit wurden 9 Leitlinien komparativ analysiert, darunter die oben erwähnte Rahmenrichtlinie der EAPC [12] und nationale Leitlinien aus den Niederlanden, Japan, den USA und Kanada [13, 21, 23, 25]. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dieser systematischen Übersichtsarbeit vorgestellt (zu Details s. [34, 35]).

B. Alt-Epping · E. Schildmann · D. Weixler

Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen. Eine Übersicht

Zusammenfassung

Unter einer „Palliativen Sedierung" wird der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit) verstanden, um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren. Ob diese Behandlungsmaßnahme jedoch „ethisch akzeptabel" ist, hängt unter anderem von den klinischen Rahmenbedingungen und von der konkreten Ausgestaltung der Maßnahme ab. So wird zum Beispiel in Belgien oder den Niederlanden nicht selten mit der Palliativen Sedierung eine gezielte Lebenszeitverkürzung intendiert und dieses Verfahren im Kontext der aktiven Sterbehilfe/Tötung auf Verlangen/Euthanasie diskutiert.

Der folgende Beitrag gibt eine Übersicht über Begriffe und Definitionen und Durchführungsweisen der Palliativen Sedierung, über die bestehenden Verfahrensanweisungen und Leitlinien (und deren teils widersprüchlichen Vorgaben), als auch über die ethischen Implikationen und Probleme der Palliativen Sedierung zum Beispiel mit Blick auf eine bewusst in Kauf genommene (oder gezielt herbeigeführte?) Lebenszeitverkürzung, die mit diesem Verfahren zur Symptomkontrolle unter Umständen verbunden sein kann.

Schlüsselwörter

Bewusstlosigkeit · Symptomkontrolle · Unerträgliches Leid · Tiefe kontinuierliche Sedierung · Euthanasie

Palliative sedation and the ethical implications. A review

Abstract

Therapeutic (or palliative) sedation in the context of palliative medicine is the monitored use of medications intended to induce a state of decreased or absent awareness (unconsciousness) in order to relieve the burden of otherwise intractable suffering in a manner that is ethically acceptable to the patient, family and health-care providers. 'Ethical acceptability' of palliative sedation therapy depends on its clinical standards and organizational framework. For example in Belgium or in the Netherlands, certain types of palliative sedation have been used with the intention to hasten death, and palliative sedation is partly discussed in the context of euthanasia.

This article offers an overview about terms, definitions, concepts and practical implications of palliative sedation therapy with special focus on existing guidelines and ethical issues that should be kept in mind when initiating this 'last resort' option of symptom control in palliative care.

Keywords

Unconsciousness · Symptom control · Intolerable suffering · Deep continuous sedation · Euthanasia

Therapierefraktäres Symptom

In der Definition von palliativer Sedierung gibt es einen Kern, der allen Leitlinien gemeinsam ist: Alle sprechen von Reduktion des Bewusstseins des Patienten durch Medikamente, mit dem Ziel, ein ansonsten *therapierefraktäres Symptom* zu behandeln. Das Vorliegen eines therapierefraktären Symptoms ist entsprechend in allen Leitlinien eine unabdingbare Voraussetzung für die Indikationsstellung. *Therapierefraktärität* ist in der Mehrheit der Leitlinien im Wesentlichen wie in der EAPC-Rahmenleitlinie definiert. Als indikationsbegründende therapierefraktäre Symptome werden in den Leitlinien am häufigsten Delir oder Unruhe, Dyspnoe und Schmerzen genannt.

Unerträgliches Leid

Es gibt jedoch einige wesentliche Unterschiede zwischen den Leitlinien in den Definitionen und in den Empfehlungen

zur Indikationsstellung: In der Mehrheit der Leitlinien, aber nicht in allen, wird zusätzlich zum therapierefraktären Symptom auch das Vorhandensein *unerträglichen Leidens* als weitere notwendige Voraussetzung für die Indikationsstellung genannt. In einigen dieser Leitlinien fehlt eine Definition des Begriffs des unerträglichen Leidens, andere definieren es als Leiden, das der Patient als unerträglich bezeichnet.

Psychisches und existenzielles Leid

Auch bezüglich der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen palliative Sedierung für psychisches und existenzielles Leiden indiziert ist, gibt es keinen Konsens aller Leitlinien. In der Mehrheit der Leitlinien wird jedoch palliative Sedierung im Fall von psychischem und existenziellem Leiden als außergewöhnliche Indikation angesehen, bei der besondere Vorsicht angebracht sei. Wie genau spezielle Vorsichtsmaßnahmen bei der Indikationsprüfung in diesen Situationen aussehen sollen, wird nur in einigen Leitlinien detaillierter ausgeführt, darunter der EAPC-Rahmenrichtlinie [12]. Nur wenige Leitlinien geben Gründe an, warum psychisches oder existenzielles Leiden anders behandelt werden sollte als das Leiden an physischen Symptomen [12].

Lebenserwartung

Auch die Angaben zur *Lebenserwartung des Patienten*, für den palliative Sedierung angewendet werden soll, sind in den Leitlinien uneinheitlich: Die große Mehrheit der Leitlinien nennt *Todesnähe* als Kriterium für die Indikationsstellung, das Spektrum der Angaben zur Prognose reicht hier jedoch von *sterbend* über *Stunden bis Tage* bis hin zu *wenige Wochen* oder *letzte Lebensphase*. Die Rahmenrichtlinie der EAPC nennt eine Prognose von Stunden bis Tagen nur als Voraussetzung für kontinuierliche tiefe Sedierung, eine intermittierende palliative Sedierung kann gemäß dieser Leitlinie evtl. früher im Krankheitsverlauf indiziert sein [12].

Differenzierung verschiedener Durchführungsformen

Schließlich bestehen auch Unterschiede zwischen den Leitlinien bezüglich der *Differenzierung verschiedener Formen der palliativen Sedierung*: Einige Leitlinien enthalten keinerlei Differenzierung, eine davon beschreibt in ihrer Definition von palliativer Sedierung nur die kontinuierliche tiefe Sedierung, versteht also offensichtlich unter palliativer Sedierung nur diese spezifische Form [6]. Die meisten Leitlinien unterscheiden hingegen leichte vs. tiefe Sedierung und intermittierende vs. kontinuierliche Sedierung und geben Hinweise für die jeweilige Indikationsstellung und konkrete Verfahrensweise (für Details siehe [34]).

Empfehlungen zu lebenserhaltenden Maßnahmen und Monitoring

Bezüglich der Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen während der palliativen Sedierung gibt es nichts, was allen Leitlinien gemeinsam wäre. Ein expliziter Verzicht auf Wiederbelebung wird in der Hälfte der Leitlinien als Voraussetzung für palliative Sedierung genannt. Eine Minderheit der Leitlinien enthält die Empfehlung, dies mit dem Patienten und den Angehörigen zu diskutieren. Was die Entscheidung über intravenöse Flüssigkeitsgabe oder parenterale Ernährung angeht, so empfiehlt die Mehrzahl der Leitlinien, sie separat zu der Entscheidung zu palliativer Sedierung zu treffen. Eine Minderheit der Leitlinien geht auf diese Frage gar nicht ein. Diese Empfehlungen müssen vor dem Hintergrund dessen gesehen werden, dass alle Leitlinien postulieren, tiefe kontinuierliche Sedierung – bei der der Patient nicht mehr in der Lage ist, selbst zu essen oder zu trinken – nur bei sehr kurzer Lebenserwartung anzuwenden (Angaben zwischen Stunden und 2 Wochen). Einige Leitlinien geben als Grund hierfür explizit an, dass sie davon ausgehen, dass in diesen letzten Tagen der Tod auch bei fehlender Flüssigkeitssubstitution unter tiefer Sedierung nicht beschleunigt wird.

Auch zum Monitoring während palliativer Sedierung gibt es keine einheitlichen Empfehlungen: Die meisten, aber nicht alle Leitlinien, machen Angaben zu Outcome-Parametern, wobei Nebenwirkungen, Leidenslinderung und Bewusstseinszustand/Sedierungstiefe aufgeführt werden. Es gibt jedoch keine einheitlichen Empfehlungen, wie diese Parameter gemessen werden sollten (für Details siehe [35]).

Durchführung der palliativen Sedierung

Formen

Die oben beschriebenen, teils divergenten Definitionen und Empfehlungen zur Indikationsstellung der palliativen Sedierung in gängigen Leitlinien spiegeln sich auch in einer Vielzahl uneinheitlich verwendeter Begriffe zu verschiedenen Formen der konkreten Durchführung in der Literatur und der klinischen Praxis wider. Dies macht deutlich, dass unter palliativer Sedierung ein Spektrum sehr unterschiedlicher Vorgehensweisen sedierender Maßnahmen im Kontext der Palliativversorgung verstanden wird:

- Leichte Sedierung oder milde Sedierung meint einen veränderten Zustand des Wachbewusstseins, der dem Sedierten die Möglichkeit belässt, verbal zu kommunizieren [21].
- *Tiefe Sedierung* impliziert einen veränderten Zustand des Wachbewusstseins, der es dem Sedierten unmöglich macht, verbal zu kommunizieren [21].
- *Zwischenzeitliche Sedierung* (intermittierende Sedierung) wird für einen klar definierten Zeitraum verabreicht, um einem Patienten eine Ruhepause von seinem therapierefraktären Leiden zu ermöglichen. Am Ende eines solchen klar definierten Zeitraums wird die Dosierung der Sedativa reduziert, um dem Patienten das Aufwachen zu ermöglichen, um zu bewerten, ob sich die Symptomlast reduziert hat und zu entscheiden, ob die Sedierung weiterhin nötig ist, um Leiden effektiv zu behandeln [21].

Infobox 1 Tiefe kontinuierliche Sedierung

Eine tiefe kontinuierliche Sedierung sollte laut EAPC-Rahmenleitlinie [12] nur
- in einer Extremsituation am Lebensende, z. B. bei massiver Blutung oder Asphyxie,
- wenn die Beschwerden eindeutig refraktär auf andere Maßnahmen sind,
- wenn das Versterben des Patienten innerhalb weniger Stunden oder Tage angenommen werden muss,
- wenn der Patient dieses Vorgehen explizit wünscht,
- wenn das Leiden des Patienten sehr ausgeprägt ist

eingesetzt werden.

- *Kontinuierliche Sedierung* wird für einen unbestimmten Zeitraum und ohne Unterbrechung verabreicht [21]. Die Begriffe „continuous palliative sedation therapy" (CPST), „deep continuous sedation until death" (DCSD) bzw. *kontinuierliche tiefe palliative Sedierungstherapie* bezeichnen in diesem Sinne den Einsatz einer andauernden tiefen Sedierung bis zum Versterben des Patienten. „Deep" bzw. tief impliziert hierbei, dass das Bewusstsein so weit getrübt ist, dass verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist (**Infobox 1**).
- *Terminale Sedierung* ist ein veralteter Begriff für die palliative Sedierungstherapie. Der Begriff soll nicht mehr verwendet werden, da terminal unklar und missverständlich ist (Sedierung am Lebensende? Zum Lebensende hin? Das Leben beendend?)

Medikamente

In der klinischen Praxis kommen v. a. Benzodiazepine zum Einsatz; in erster Linie Midazolam, gefolgt von Lorazepam [12].

Wesentlich ist das überwachte titrierende Vorgehen, beginnend mit der niedrigsten möglicherweise wirksamen Dosis, bis die zugeführte Dosis gerade ausreicht, das Therapieziel zu erreichen: Im Idealfall kann der kommunikationsfähige Patient mitteilen, dass der erreichte Zustand nun für ihn erträglich ist bzw. er eine klinisch signifikante Leidenslinderung erfährt. Dosisanpassungen orientieren sich an den pharmakokinetischen Bedingungen der Substanz, der Akuität der Symptomatik und dem Therapieziel. Die Dosierungsangaben in den Leitlinien sind als Orientierung aufzufassen. Nach Erfahrung der Autoren variieren die in der Praxis angewandten Dosierungen erheblich.

Opioide oder Barbiturate sind keine geeigneten Substanzen zur palliativen Sedierungstherapie

Opioide oder Barbiturate sind keine geeigneten Substanzen zur palliativen Sedierung – die Fortführung und Überwachung einer eventuellen Opioidtherapie in den Indikationen Schmerz, Atemnot und Husten sollte jedoch unter Sedierungsbedingungen indikationsgemäß erfolgen.

Die Überwachung der Sedierungstiefe erfolgt mittels Fremdeinschätzungsskalen (ggf. auch mit verbalem Feedback). So empfiehlt die EAPC die Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), zudem wurde jüngst der RASS-PAL entwickelt [9].

Ethische Implikationen der konkreten Durchführung

Ausgestaltung der palliativen Sedierung im klinischen Kontext

Wenn bei einem Patienten, der sich nicht in einer sterbenahen Situation befindet, die Indikation zur palliativen Sedierung gestellt wird (wie in der oben beschriebenen Beispielsituation eines noch mobilen Patienten, der unter unerträglicher, refraktärer Übelkeit bei einem fortgeschrittenen Oberbauchtumor leidet), stellt sich zeitnahe die Frage, wie diese in Bezug auf Bewusstseinskontrolle, Vitalzeichenkontrolle, substituierende Flüssigkeits- und Ernährungsgabe ausgestaltet werden soll.

Weitgehend Konsens besteht in der Werteeinschätzung, dass eine therapeutische Maßnahme nicht so ausgestaltet werden sollte, dass sie die verbleibende Lebenszeit verkürzt („Lebensverkürzung ist kein zulässiges Therapieziel", Arbeitsgruppe Ethik am Lebensende der Akademie für Ethik in der Medizin AEM [26]). Konsequenterweise müssten daher alle Vorkehrungen getroffen werden, die notwendig sind, um zu verhindern, dass die Sedierungsmaßnahme selbst das Leben vorzeitig beendet. Für den intravenösen Einsatz von Benzodiazepinen oder anderen Sedativa wird dies ein Mindestmaß an Monitoring von Sedierungstiefe und Vitalfunktionen, insbesondere der Atmung, bedeuten. Dies hat auch Implikationen auf die Durchführung einer palliativen Sedierung im häuslichen Setting [1, 7].

Die verbleibende Lebenszeit sollte nicht verkürzt werden

Davon unbenommen ist die Einschätzung der EAPC, die einerseits zwischen dem Risiko der palliativen Sedierung, infolge einer unbeabsichtigten Nebenwirkung oder Komplikation zu versterben, und andererseits einer missbräuchlichen Sedierung mit dem expliziten Therapieziel, den Todeseintritt zu beschleunigen, unterscheidet („slow euthanasia"): Die Tatsache, dass unbeabsichtigte Nebenwirkungen und Komplikationen, die auch das Leben beenden können, bei jedweder therapeutischen Maßnahme denkbar sind, befreit nicht von einem Mindestmaß an Sorgsamkeit, die bei der Ausgestaltung der palliativen Sedierung erforderlich ist, damit diese nicht (mehr oder weniger) erwartbar zu einer Verkürzung der verbleibenden Lebenszeit führt.

Diese Diskussion um eine *unbeabsichtigte* vs. *erwartbare* Verkürzung der verbleibenden Lebenszeit durch die Sedierungsmaßnahme beschäftigt sich nicht nur mit der Frage des Monitorings, sondern insbesondere mit der Frage nach einer begleitenden Flüssigkeits- oder gar Nahrungssubstitution: Das *Maßnahmenpaket* aus tiefer, kontinuierlicher palliativer Sedierung (mit der Unmöglichkeit der Flüssigkeitsaufnahme) plus einem Verzicht auf parenterale Flüssigkeitssubstitution wird das Leben unweigerlich und erwartbar (und nicht nur unbeabsichtigt) verkürzen, falls die Grunderkrankung dem nicht zuvorkommt. In der ethischen Diskussion hierzu wird uneinheitlich argumentiert:

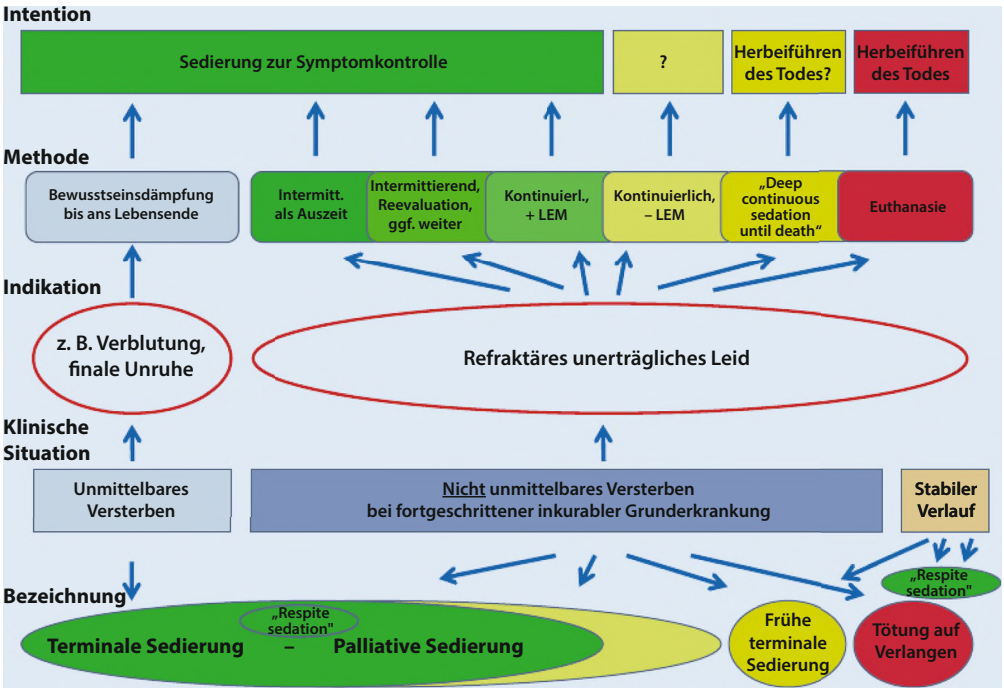

Abb. 1 ◄ Kontinuum palliativer Sedierungsmaßnahmen. *LEM* lebenserhaltende Maßnahmen. (Nach [2])

Die Arbeitsgruppe der AEM konstatiert (im Unterschied zur EAPC), dass bei einer tiefen und kontinuierlichen Sedierung (nach der von der AEM-Arbeitsgruppe vorgenommenen Einteilung, Stufe II) auf weitere Therapien (auch Ernährung/Hydrierung) verzichtet werden soll, da diese *lediglich den Sterbeprozess verlängern* [2, 26].

Die Frage der konkreten Ausgestaltung der palliativen Sedierung – mit oder ohne Monitoring, mit oder ohne Flüssigkeits- oder gar Nahrungssubstitution – muss auch mit der Diskussion um aggressive Sedierungspraktiken in Belgien und den Niederlanden in den Kontext gestellt werden („deep continuous sedation until death", DCSD; [16, 27, 28]). Bei der DCSD handelt es sich um ein besonders intensives, eskalierendes Vorgehen von Sedierungsmaßnahmen, in deren Folge der Patient zeitnah (z. B. binnen Stunden) verstirbt; eine teilweise explizit geäußerte Absicht, das Leben durch die Sedierungsmaßnahme rascher enden zu lassen, und eine Nähe zur Euthanasie/Tötung auf Verlangen wird dort selbst erkannt und wissenschaftlich diskutiert [5, 17, 24, 30, 31]. In deutschsprachigen Journals erschienen beispielhaft zwei Fallberichte palliativer Sedierung, in denen jeweils nicht erkennbar in der Sterbephase befindliche Patienten in Situationen refraktären, unerträglichen Leidens mit einer Mehrfachkombination aus hoch dosierten Sedativa eskalierend behandelt wurden und binnen weniger Stunden verstarben (Midazolam, Morphin und Phenobarbital bei einem Patienten mit amyotropher Lateralsklerose; Midazolam bis zu 10 mg/h, Propofol bis zu 160 mg/h und Diazepam bis 10 mg/h bei einem 5-jährigen Jungen mit Rhabdomyosarkom). Die naheliegende Lebenszeitverkürzung (durch die Kombination und Dosierung der Narkotika) wurde jedoch nicht diskutiert [18, 22]. Analog dazu muss die häufig anzutreffende Praxis, dass Patienten in sterbenahen Situationen trotz fehlender Schmerzzustände oder Atemnot hoch dosiertes intravenöses Morphin (*MSI-Perfusor*) erhalten, hinterfragt werden: Geht es um eine *Abschirmung von Stress* oder doch eher darum, dass man sich wünschen würde, dass das Lebens des infaust erkrankten Patienten mit Hilfe des Perfusors schneller zu einem Ende käme?

Verhältnismäßigkeit und Proportionalität

Ten Have u. Welie [37] greifen die anhaltende ethische Debatte um die Abgrenzung der palliativen Sedierung zu anderen zum Tode führenden Praktiken am Lebensende auf. Die Autoren zeigen, dass es verschiedenartige Praktiken sind, die als palliative Sedierung bezeichnet werden, und dass sich diese in andere Bereiche ausbreiten („mission creep").

Mit der Selbstverständlichkeit der Anwendung nimmt auch das inhärente Missbrauchspotenzial zu

Die Selbstverständlichkeit der Anwendung nimmt zu und damit auch das inhärente Missbrauchspotenzial. Ten Have u. Welie sehen die Expansion des *Absichtsarguments* problematisch: Grundsätzlich wäre die Handlung der palliativen Sedierung zu Tötungshandlungen, wie z. B. der Tötung auf Verlangen, durch verschiedene Absichten, Mittel und Ziele der Handlungen abgegrenzt.

Die Absicht der palliativen Sedierung ist das Lindern von unerträglichem Leiden, die Absicht der Tötung auf Verlangen das unmittelbare Herbeiführen des Todes. Die sachdienlichen Mittel sind jene, die diese Absichten zum Ziel führen können, im einen Fall prinzipiell reversible Pharmaka mit hoher therapeutischer Breite, die von der niedrigsten Dosis titrierend und unter Monitorbedingungen zur Anwendung kommen, im anderen Fall Substanzen, welche in toxisch hohen Dosen zugeführt werden (z. B. Barbiturate, Muskelrelaxanzien). Da mehrere Konzepte von Absicht existieren und sich Absichten (oder Motive) nicht direkt und unmittelbar mitteilen, wird gefordert [37], dass die Signifikanz der Absicht in Relation zu anderen ethischen Parametern bzw. Prinzipien stehen soll, und zwar zu:

- Terminalität (Imminenzkriterium),
- Refraktärität der Symptome,
- Proportionalität,
- Unabhängigkeit von anderen Entscheidungen am Lebensende,
- Wahrung der Patientenautonomie.

Wie ausgeführt werden einzelne Kriterien, ob eine palliative Sedierung gerechtfertigt werden kann, kontrovers diskutiert. Die Grundbedingung der Proportionalität (Verhältnismäßigkeit) erscheint jedoch weitgehend frei von Widersprüchen:

Das Prinzip der Proportionalität basiert auf der Argumentation, dass der Vorteil einer Intervention die Belastung überwiegen sollte. Im Speziellen verlangt die Proportionalität, dass jede Intervention mit jeglichem Risiko eines Nachteils nur bis zu jenem Grad durchgeführt werden sollte, der den gewünschten therapeutischen Effekt herbeiführt. Das Prinzip der Proportionalität leitet die Dosis-Wirkungs-Beziehung in der Verschreibung von Medikamenten an. Patienten benötigen ausreichend Medikation, um den gewünschten Effekt zu erreichen; allerdings nur so weit, dass es zu keinen signifikanten Nebenwirkungen kommt. Im Rahmen der palliativen Sedierung wird die Proportionalität zur Argumentation verwendet, dass jeder Grad der Sedierung, der über dem durch den Patient definierten erträglichen Leid liegt, ungerechtfertigt ist.

Es hat sich gezeigt, dass gerade die Zuwiderhandlung gegen das Prinzips der Proportionalität dazu führt, dass Beteiligte an einer palliativen Sedierung nicht mehr unterscheiden können, ob es sich noch um eine palliative Sedierung oder um das absichtsvolle (oder in Kauf genommene) Herbeiführen eines vorzeitigen Todes handelt [5]. Der besonderen *Schutzwirkung* des Proportionalitätsprinzips ist es geschuldet, alles zu tun, um die letzte Maßnahme zur Symptomlinderung von anderen Praktiken abzugrenzen:

- eine regelmäßige und mehrmals tägliche Einschätzung der Zielorientierung durch Überwachung der Effekte der Sedativa auf das Bewusstsein, die Vitalparameter, das Symptom und andere Ziele der Begleitung am Lebensende,
- eine achtsame Titration der Sedativa gegen die Symptome.

Die Wahrung der Patientenautonomie besteht in diesem Kontext darin, den Betroffenen frühzeitig aufzuklären und einen „informed consent" zu suchen.

In Würdigung der unterschiedlichen Konzepte von absichtlichem Handeln wird empfohlen, seine Absichten in einem teambasierten Prozess mitzuteilen (Transparenz), im Rahmen der normativen Grenzen zu bleiben (Fachstandard) und Zielorientierung sowie Schadensvermeidung klar und nachvollziehbar darzustellen (Dokumentation). Sorgfältiges absichtsvolles Handeln könnte als ein Handeln aufgefasst werden, das von erkennbaren Maßnahmen der Zielsteuerung geleitet ist.

Da es sich bei der palliativen Sedierung definitionsgemäß [12] um ein palliativmedizinisches Verfahren handelt, ist ein Hinzuziehen von entsprechender Expertise schon zur Planung und Indikationsstellung schlüssig. Das optionale Einbeziehen von Experten, wie es in der niederländischen Leitlinie [38] empfohlen wird, führt dazu, dass diese selten (9 %) berufen werden und die Indikation zur palliativen Sedierung häufig zu früh gestellt wird [15].

Im deskriptiven wie auch normativen Sinn ist DCSD keine *normale medizinische Handlung*; vielmehr erfordert die permanente Reduktion des menschlichen Wachbewusstsein das Vorliegen schwerwiegender Rechtfertigungsründe [19]. Mehrere Autoren sprechen, wenn von DCSD die Rede ist, vom *sozialen Tod* der sedierten Person.

Indikationsspektrum

Diese Überlegungen sollen nicht das Konzept der palliativen Sedierung insgesamt in Frage stellen, sondern das Bewusstsein dafür schärfen, dass in Abhängigkeit sowohl der klinischen Rahmenbedingungen als auch der konkreten Ausgestaltung der Sedierungsmaßnahme dieses Konzept ein Kontinuum sehr verschiedener Vorgehensweisen beinhaltet, die – in ihren extremen Durchführungspraktiken – wenig trennscharf in Tötungshandlungen übergehen wie die in Belgien oder den Niederlanden praktizierte Tötung auf Verlangen/Euthanasie. In **Abb. 1** ist dieses Indikations- und Durchführungskontinuum verdeutlicht.

Fazit für die Praxis

- **Die palliative Sedierung als therapeutische Ultima Ratio in besonders refraktären und belastenden Situationen wurde als wichtige, unverzichtbare und ethisch akzeptable Therapieoption diskutiert – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der sog. Sterbehilfedebatte im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens zum Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe in Deutschland wie auch in der parlamentarischen Enquete „Würde am Ende des Lebens" in Österreich.**
- **Die Indikationsstellung und Durchführung dieses wertvollen und wirksamen Verfahrens erfordern jedoch ein extrem hohes Maß an kritischer Reflexion bezüglich der avisierten Therapieziele sowie auch der dafür erforderlichen Ausgestaltung der einzelnen Handlungsschritte.**
- **Das Konzept der palliativen Sedierung bedarf einer expliziteren Abgrenzung von Vorgehensweisen, die zumindest in Deutschland und**

Österreich als unvereinbar mit einer professionellen Ethik gelten und ggf. berufs- und strafrechtlich relevant sein können.

- **Dabei stellen unter anderem eine sorgfältige, rechtfertigende Indikationsstellung und ein überwachtes, zunächst intermittierendes Vorgehen wesentliche Merkmale einer solchen Abgrenzung dar.**
- **Unter diesen restriktiven Voraussetzungen kann der Einsatz von Sedativa in der Palliativmedizin eine wertvolle und unverzichtbare Option palliativmedizinischen Handelns bieten.**

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. B. Alt-Epping
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Deutschland
bernd.alt-epping@med.uni-goettingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Alt-Epping, E. Schildmann und D. Weixler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodríguez-Barrientos R, Bruera E (2010) At home palliative sedation for end-of-life cancer patients. Palliat Med 24:486–492
2. Alt-Epping B, Jaspers B, Nauck F (2015) Was ist das Problematische an der Palliativen Sedierung? Ethik Med 27:219–231
3. Alt-Epping B, Nauck F (2012) Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung? Ethik Med 24:19–28
4. Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L (2010) Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. Z Palliativmed 11:112–122
5. Anquinet L, Raus K, Sterckx S, Smets T, Deliens L, Rietjens J (2013) Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia – professional caregivers' attitudes and experiences: A focus group study. Palliat Med 27:553–561
6. Braun TC, Hagen NA, Clark T (2003) Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. J Palliat Med 6:345–350
7. Brinkkemper T, Klinkenberg M, Deliens L, Eliel M, Rietjens JA, Zuurmond WW, Perez RS (2011) Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses. J Adv Nurs 67:1719–1728
8. Bundesgerichtshof (BGH) AZ XII ZB 2/03. N Jurist Wochenschr 56:1588–1594
9. Bush SH, Grassau PA, Yarmo MN, Zhang T, Zinkie SJ, Pereira JL (2014) The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. BMC Palliat Care 13:17
10. Cellarius V (2008) Terminal sedation and the imminence condition. J Med Ethics 34:69–72
11. Cellarius V (2011) 'Early terminal sedation' is a distinct entity. Bioethics 25:46–54
12. Cherny NI, Radbruch L (2009) EAPC recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med 23:581–593
13. Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach L (2012) Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. J Palliat Med 15:1–10
14. de Graeff A, Dean M (2007) Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliat Med 10:67–85
15. de Graeff A (2008) De rol van de consultatie bj palliatieve sedatie in de regio Midde-Nederland. Ned Tjdschr Geneesk 152:2346–2350
16. Feen E (2011) Continuous deep sedation: consistent with physician's role as healer. Am J Bioeth 6:49–51
17. Hasselaar J, Reuzel R, van den Muijsenbergh M, Koopmans R, Leget C, Crul B, Vissers K (2008) Dealing with delicate issues in continuous deep sedation. Varying practices among Dutch medical specialists, general practitioners, and nursing home physicians. Arch Intern Med 168:537–543
18. Ilkilic I, Spielberger J, Weber M, Schicktanz S (2010) Palliativmedizin im interkulturellen Kontext. Ethik Med 22:49–50
19. Janssens R, van Delden JM, Widdershoven GAM (2012) Palliative sedation: not just a normal medical practice. Ethical reflections on the Royal Dutch Medical Association´s guideline on palliative sedation. J Med Ethics 38:664–668
20. Jaspers B, Nauck F, Lindena G, Elsner F, Ostgathe C, Radbruch L (2012) Palliative sedation in Germany: how much do we know. A prospective survey. J Palliat Med 15:672–680
21. Kirk TW, Mahon MM, Palliative Sedation Task Force of the National Hospice, Palliative Care Organization Ethics Committee (2010) National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. J Pain Symptom Manage 39:914–923
22. Kovacs J, Casey N, Weixler D (2008) Palliative Sedierungstherapie in der Pädiatrie. Wien Med Wochenschr 158(23–24):659–663
23. Legemaate J, Verkerk M, van Wijlick E, de Graeff A (2007) Palliative sedation in the Netherlands: starting-points and contents of a national guideline. Eur J Health Law 14:61–73
24. LiPuma S (2013) Continuous sedation until death as physician-assisted suicide/euthanasia: a conceptual analysis. J Med Philos 38:190–204
25. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y (2005) Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. J Palliat Med 8:716–729
26. Neitzke G, Oehmichen F, Schliep HJ, Wördehoff D (2010) Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Ethik Med 22:139–147
27. Pousset G, Bilsen J, Cohen J, Mortier F, Deliens L (2011) Continuous deep sedation at the end of life of children in Flanders, Belgium. J Pain Symptom Manage 41:449–455
28. Putman MS, Yoon JD, Rasinski KA, Curlin FA (2013) Intentional sedation to unconsciousness at the end of life: findings from a national physician survey. J Pain Symptom Manage 46:326–334
29. Radbruch L (2014) Mit großer Sorgfalt und klinischer Erfahrung. Dtsch Ärztebl 38:A1552–A1553
30. Rady MY, Verheijde JL (2010) Continuous deep sedation until death: palliation or physician-assisted death? Am J Hosp Palliat Care 27:205–214
31. Rietjens JA, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G (2004) Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. Ann Intern Med 141:178–185
32. Rousseau PC (2001) Existential suffering and palliative sedation: A brief commentary with a proposal for clinical guidelines. Am J Hosp Palliat Care 18:151–153
33. Sahm S (2008) Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) Medizinische Indikation und Patientenwille. Schattauer, Stuttgart New York, S 121–131
34. Schildmann E, Schildmann J (2014) Palliative sedation therapy: A systematic literature review and critical appraisal of available guidance on indication and decision making. J Palliat Med 17(5):601–611
35. Schildmann EK, Schildmann J, Kiesewetter I (2015) Medication and monitoring in palliative sedation therapy: a systematic review and quality assessment of published guidelines. J Pain Symptom Manage 49:734–746
36. Taylor BR, McCann RM (2005) Controlled sedation for physical and existential suffering? J Palliat Med 8:144–147
37. Ten Have H, Welie JVM (2014) Palliative Sedation versus euthanasia: an ethical assessment. J Pain Symptom Manage 47:123–136
38. Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A (2007) A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. J Pain Symptom Manage 34:666–670
39. Weichselbaumer E, Weixler D (2013) Palliative sedation for psycho-existential suffering. Wien Med Wochenschr. doi:10.1007/s10354-013-0246-9
40. Winkler E (2010) Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? Ethik Med 22:89–102