

# STUDENTAG 7

## PALLIATIVE VERSORGUNG, ETHISCHE FRAGEN AM LEBENSENDE

### 7.16A PALLIATIVE SEDIERUNG

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, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.<sup>1</sup> Das heißt, wenn belastende Symptome wie zum Beispiel nicht beherrschbare Atemnot bei Lungenfibrose oder unkontrollierbare Durchbruchschmerzen bei Krebs, oder Angstzustände unerträglich werden und es keine andere Möglichkeit zur Linderung gibt, kann in Absprache mit dem Patienten und dessen Angehörigen eine Sedierung erfolgen.

Im Allgemeinen sollte die Sedierungstiefe möglichst niedrig gehalten werden, jedoch gleichzeitig eine angemessene Linderung der Beschwerden bewirken. Das kann eine leichte Sedierung sein mit einem veränderten Bewusstseinszustand, der es dem Patienten noch ermöglicht, verbal zu kommunizieren. Eine tiefe Sedierung beschreibt einen Zustand, in dem es dem Patienten nicht mehr möglich ist, mit anderen zu sprechen (Bewusstlosigkeit). Davon zu unterscheiden ist eine intermittierende Sedierung, die den Bewusstseinszustand für einen klar definierten Zeitraum verändert. Die sedierenden Medikamente werden dann aber wieder reduziert, um den Patienten aufwachen zu lassen. Anschließend wird evaluiert, ob die Symptomlast gelindert oder die Fortsetzung der Sedierung weiterhin notwendig und gewünscht ist. Eine kontinuierliche tiefe Sedierung sollte der Leitlinie zufolge nur dann in Betracht gezogen werden, „wenn sich der Patient in der allerletzten Lebensphase befindet mit einer erwarteten Prognose von Stunden, höchstens wenigen Tagen“<sup>2</sup>. Diese wird auch als terminale Sedierung bezeichnet.

Die palliative Sedierung ist als Behandlungsmaßnahme erlaubt. Die bisherige Studienlage zeigt, dass die palliative Sedierung bei adäquater Indikation und Durchführung nicht zu einer Beschleunigung des Sterbens führt<sup>3</sup>. Allein die Tatsache, dass Patienten wissen, dass es diese Möglichkeit gibt und ihr Palliativ-Team bereit ist, gegebenenfalls eine Sedierung durchzuführen, wenn der Patient den sogenannten „total pain“ (Cicely Saunders) Schmerzen, Atemnot, Angst, Hoffnungslosigkeit oder andere belastende Symptome nicht mehr aushält, hält manche davon ab, Suizid zu begehen oder an ihrer Situation zu verzweifeln. Das heißt zum Beispiel: Die Zusage an einen ALS-Patienten, dass er nicht qualvoll ersticken muss, sondern dass der Palliativmediziner ihn dann sediert, gibt ihm Lebensmut und hilft, die Situation zu ertragen, auch wenn es später in den seltensten Fällen zu einer Sedierung kommt.

Ein Missbrauch palliativer Sedierung liegt vor, wenn Ärzte Patienten in Todesnähe mit dem Primärziel sedieren, den Tod zu beschleunigen. Dieses Vorgehen wird als „slow euthanasia“, als langsame aktive Sterbehilfe, bezeichnet. In der klinischen Praxis verabreichen manche Ärzte Medikationen in sehr hohen Dosierungen, auf den ersten Blick, um Symptome zu lindern, jedoch mit einer impliziten Absicht der Lebenszeitverkürzung. Dies ist immer bei einer freizügigen Sedierung von Patienten anzunehmen, die nicht unter unbeherrschbaren Symptomen leiden, oder bei Dosierungen jenseits dessen, was zu einer adäquaten Beschwerdefreiheit nötig gewesen wäre. Wenn dabei ohne Einwilligung des Patienten und ohne ein vorangegangenes ethisches Assessment gehandelt wird, ist das strafbar und widerspricht den Zielen von Palliative Care.

Es fällt auf, dass der Anteil aller Sterbenden, die vor ihrem Tod mit der expliziten Zielsetzung einer terminalen Sedierung<sup>4</sup> mit Benzodiazepinen und/oder Morphinen behandelt wurden, in den Niederlanden zwischen

1 Definition der EAPC (European Association for Palliative Care) in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Ausgabe 7-8/2019, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248421> Zeitschrift für Palliativmedizin 2010; 11: 112–122

2 ebd. S.122

3 Nationaler Ethikrat (Hg), Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende: Stellungnahme, Berlin 2006

4 Vgl dazu S.

# STUDENTAG 7

---

## PALLIATIVE VERSORGUNG, ETHISCHE FRAGEN AM LEBENSENDE

2001 und 2005 von 5,6 auf 7,1 Prozent gestiegen ist und weiter steigt<sup>5</sup>. Unter den Patienten, die in der letzten Lebensphase von Hausärzten versorgt wurden, hat sich die Rate der terminalen Sedierung sogar von 3,9 auf 6,6 Prozent erhöht. Am höchsten war sie jedoch mit 10 Prozent bei Menschen, die von Klinikärzten betreut wurden: Demnach erhielt jeder zehnte Patient, der in der Klinik starb, eine terminale Sedierung. Dabei stellt sich die Frage: War das Ziel in all diesen Fällen wirklich nur die (erlaubte) Leidenslinderung? Terminale Sedierung zählt nicht als „Tötung auf Verlangen“ und deshalb gibt es das oben beschriebene Procedere zur Kontrolle der Rechtmäßigkeit nicht. Der Arzt muss also nicht befürchten, nachträglich belangt zu werden, weil ihm Verfahrensfehler unterlaufen sind.

---

<sup>5</sup> Leider liegen mir keine neueren Zahlen vor