

Die palliative Sedierung

Dr. med. Birgitta Behringer, Dr. jur. Peter Holtappels

1. Unter dem Begriff der Sedierung wird die Dämpfung von Funktionen des zentralen Nervensystems verstanden, die durch den überwachten Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten Bewusstseinslage verursacht wird.¹ Die Grenzen zwischen der Sedierung und der Analgosedierung bzw. zur Allgemeinanästhesie (Narkose) sind fließend. Die Sedierung ist auch keineswegs neu. Sie hat z.B. als Heilschlaf bereits vor Dezennien Eingang in die medizinische Praxis gefunden.
2. Valides statistisches Material zur Anwendung der Sedierung in der palliativen Versorgung gibt es für die Bundesrepublik nicht; lediglich für Holland gibt es eine Veröffentlichung aus dem Jahre 2005.² Im Jahre 2009 hat die European Association for Palliative Care (EAPC) eine Leitlinie zur palliativen Sedierung veröffentlicht. (nachfolgend als „EAPC“ bezeichnet) Insbesondere die niedergelassenen Ärzte, die die Hauptlast der palliativen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik zu tragen haben, finden in dieser Leitlinie, aber auch in Empfehlungen, die eine Arbeitsgemeinschaft „Ethik am Lebensende“ der Akademie für Ethik in der Medizin („AGEL/AEM“) im Jahre 2010 veröffentlicht hat,³ sowie schließlich in einer kürzlich veröffentlichten Arbeit von Thöns, Sitte und Beck hilfreiche Stützen für ihre Arbeit.⁴ Neitzke ist jedoch ebenfalls zuzustimmen: *Es herrscht noch erhebliche Unsicherheit bezüglich der ethischen und juristischen Einordnung der verschiedenen Sedierungsanlässe und -formen.*⁵ Einige dieser Unsicherheiten haben Neitzke und Thöns et al. bereits beseitigt, einige weitere sollen hier folgen.
3. Bei der palliativen Sedierung handelt es sich um eine von dem behandelnden Arzt im Rahmen der Palliative Care angeordnete, therapeutische Maßnahme. Jede Stellungnahme dazu hat deshalb *mit jenem das ärztliche Wirken in jeder Hinsicht tragenden und von Grund auf prägenden Zentralbegriff der „Indikation“ zu beginnen.*⁶ Schon die Prüfung der medizinischen Indikation einer Sedierung im Bereich der Palliative Care hat sich an dem medizinisch akzeptierten Zweck der Versorgung von Palliativ-

1 Nathan I Cherny, Lukas Radbruch, European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care in Pall Med 2009; 23 (7): 581–593 Deutsche Übersetzung von B. Alt-Epping, T. Sitte, F. Nauck, L. Radbruch in Z Palliativmed 2010; 11: 112.

2 : Judith Rietjens, Johannes van Delden, Bregje Onwuteaka-Buiting, Paul van der Maas and Agnes van der Heide, Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study in BMJ doi:10.1136/bmj.39504.531505.25, dazu Newsletter Ärzteblatt 25.3.2008 Niederlande: Terminale Sedierung als Alternative zur Sterbehilfe.

3 Neitzke G, Oehmichen F, Schliep HJ, Wördehoff D, Sedierung am Lebensende, Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) Ethik Med (2010)22:139-147;

4 Thöns M, Sitte T, Beck, D: Palliative Sedierung zuhause – Nichts für den „alleinkämpfenden Anfänger“. Palliativpraxis 07 (2012) 1–5 Die Veröffentlichung stützt sich wesentlich auf EAPC.

5 G.Neitzke, Zur Bedeutung von Leitlinien zum Umgang mit Sedierung am Lebensende in Schmerz 2010 · 24:355–357;

6 Duttge Vertrauen am Lebensende durch Recht? in Höver et al Sterbebegleitung: Vertrauenssache S. 153

patienten auszurichten.⁷ Dieser liegt nun nicht in der Symptomkontrolle oder der Leidensminderung⁸, sondern vielmehr primär in der Gewährleistung des Grundrechtes des Palliativpatienten auf ein Sterben in Würde⁹. Dazu dient die Verbesserung der Lebensqualität des moribunden Patienten und die wird wiederum durch Symptomkontrolle und Leidensminderung bewirkt. Sie stellen also lediglich Methoden dar, um den primären Zweck palliativer Versorgung zu erreichen. Die Sedierung kann als Bestandteil dieser Methoden mithin medizinisch indiziert sein, sofern sie nach der Überzeugung des behandelnden Arztes jedenfalls geeignet ist, zur Wahrung des Grundrechtes des Palliativpatienten auf ein Sterben in Würde durch Verbesserung seiner Lebensqualität beizutragen.

4. Bei der Stellung der Indikation für eine palliative Sedierung wird sich der behandelnde Arzt jedoch folgendes vor Augen führen müssen:
 - Mit jeder Sedierung wird das Bewusstsein des Patienten reduziert. Darin liegt ein massiver Eingriff in die physische und psychische Integrität des Patienten.¹⁰
 - Besonders offensichtlich wird das bei der tiefen Sedierung bei der das Bewusstsein de facto ausgeschaltet wird. Für einen derart schwerwiegenden Eingriff in die persönliche Integrität des Patienten bedarf der Arzt einer Rechtfertigung von ähnlichem Gewicht, um annehmen zu dürfen, die Maßnahme sei indiziert. Der behandelnde Arzt wird sich danach bewusst sein, dass er sich und seinem Patienten bei der Stellung dieser Indikation besondere Sorgfalt schuldet.
5. Wann der behandelnde Arzt im Einzelfall eine palliative Sedierung für indiziert halten darf, hat alleine er im Rahmen seiner ihm gesetzlich eingeräumten Therapiefreiheit (§1901b/I BGB) zu entscheiden. Dabei steht es ihm frei, sie auch dann zu wählen, und dem Patienten zur Einwilligung vorzuschlagen, wenn andere, medizinisch gleich effektive und den Patienten nicht mehr belastende Therapieoptionen vorhanden sind.¹¹ Das sei an folgendem Beispiel dargestellt: Ein Patient mit fortgeschrittenem Kolonkarzinom, bei dem sich seit zwei Wochen ein Palliativ- und Schmerzteam stationär bemüht, seine Schmerzen unter Kontrolle zu bekommen, erkennt, dass diese Bemühungen erfolglos waren. Der behandelnde Arzt erklärt ihm, es stünden nunmehr die palliative Sedierung aber auch noch zwei schmerztherapeutische Ansätze zur Disposition, deren Schaden/Nutzen Relation in etwa gleichwertig sei. Der Patient entscheidet sich im Beisein seiner Angehörigen wie auch des betreuenden Teams ausdrücklich für

7 Die Autoren folgen der von Neitzke entwickelten Prüfsystematik der Indikation in „Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation“ in Charbonnier, Dörner, Simon „Medizinische Indikation und Patientenwille“ 2008.

8 Die „Leidensminderung“, wird in den Empfehlungen der AGEL/AEM jedoch als Indikation beschrieben. (dort unter II/1)

9 Dazu Holtappels/Lehmann „Das Recht des sterbenden Menschen“ auf dieser website.

10 EAPC spricht von einer „radikalen Intervention“ a.a.O S. 113

11 Wie bei jeder Therapieoption wird der behandelnde Arzt diejenige zu wählen haben, die die beste Nutzen/Schaden Relation aufweist.

die Sedierung, d.h. er wählt aus den ihm vorgeschlagenen therapeutischen Optionen „im Dialog“ (§ 1901b BGB) eine aus. Diese wird dann durchgeführt. Der Patient stirbt nach 48 Stunden der leichten Sedierung. AGEL/AEM und ihr folgend Neitzke sind dagegen der Ansicht, eine Sedierung komme *erst nach Ausschöpfen aller anderen Therapieoptionen, also bei sogenannten „therapierefraktären“ Symptomen, in Frage*¹²; sie müsse alternativlos sein.¹³ Begründungen werden von ihnen für diese Ansicht nicht vorgetragen. Unseres Erachtens verletzt sie die Therapiefreiheit des behandelnden Arztes. Wir sehen auch keinen sachlichen Grund für diese Einschränkung der therapeutischen Optionen. Dabei gehen wir allerdings davon aus, dass der behandelnde Arzt – wie oben bereits gesagt – bei der Stellung der Indikation für die palliative Sedierung mit außerordentlicher Sorgfalt vorgeht: So sollte eine palliative Sedierung nur vorgenommen werden, wenn nach Ansicht eines erfahrenen Palliativmediziners nur noch mit einer kurzen Lebensdauer zu rechnen ist und niemals sollte sie eingesetzt werden, weil eine schmerztherapeutische Maßnahme zu mühsam oder aufwendig ist.

6. Der unvorhergesehene Bedarf an Sedierung insbesondere in der Sterbephase stellt in aller Regel eine Notsituation dar. Der Patient kann in der Regel nicht mehr schlucken, ist nicht mehr ansprechbar, leidet aber erheblich. Hier gilt die Regel, dass indiziert ist, was jedenfalls geeignet ist, zur Wahrung des Grundrechtes des Patienten auf ein Sterben in Würde durch Verbesserung seiner Lebensqualität beizutragen.
7. Die Autoren der zitierten holländischen Untersuchung haben festgestellt, dass in etwa 16 % aller Fälle von tiefen Sedierungen, die Palliativpatienten zuvor ergebnislos versucht hatten, den behandelnden, niedergelassenen Arzt zu einem ärztlich assistierten Suizid zu bewegen.¹⁴ Wenn die Symptome eines Patienten so schwerwiegend sind, dass er seinem Leben nunmehr ein Ende setzen will und wenn ihm dieser Wunsch von seinem Arzt abgeschlagen wird, so wird sich der Patient in seinem Dasein von seiner Umwelt – repräsentiert durch seinen Arzt – nicht mehr gebührend wahrgenommen und angenommen fühlen. Damit aber ist seine Würde verletzt. Ihr Schutz gebietet dem behandelnden Arzt deshalb, jede ihm mögliche Anstrengung zu unternehmen, um das Lebensgefühl des Patienten zu verbessern. Lässt sich das durch die therapeutische Maßnahme einer Sedierung effektiv und für den Patienten schonend bewirken, so ist die Sedierung indiziert. Mitnichten stellt sie sich dann als eine Umgehung des ungewollten Suizids dar, sondern vielmehr als die Erfüllung einer Rechtspflicht durch den behandelnden Arzt.

12 AGEL/AEM II/1, so wohl auch Thöns, Sitte und Beck a.a.O. sub 2

13 (a.a.O. S. 355)

14 A.a.O. S. 4

8. Unbeantwortet ist bisher die Frage geblieben, ob die Sedierung zur Erreichung des palliativen Zwecks auch eingesetzt werden darf, wenn der Patient zwar ausreichend symptomkontrolliert ist, aber die Sedierung wünscht. So zum Beispiel, weil er des Lebens überdrüssig geworden ist, oder weil er seine Ohnmacht und sein Ausgeliefertsein an die Barmherzigkeit anderer nicht mehr meint, ertragen zu können. Ist die Sedierung dann auch indiziert oder – präziser gefragt – ist es moralisch (ethisch) und rechtlich zulässig, die Lebensqualität eines symptomkontrollierten Patienten auf dessen Wunsch dadurch zu verbessern, dass der behandelnde Arzt ihn sediert? Zum Beispiel: Ein an einem hepatisch metastasierten Colonkarzinom erkrankter Patient, der palliativtherapeutisch chemotherapiert wird, erklärt dem behandelnden Palliativarzt, dass er den weiteren Verlauf seiner Erkrankung nun nicht mehr erleben möchte, obwohl er keine erheblichen körperlichen Symptome erleidet. Auch das baldige Lebensende ist nicht absehbar. Auch, wenn hier ein großer psychischer Leidensdruck bestehen mag, meinen wir, dass eine Sedierung in solchem Fall grundsätzlich weder rechtlich noch moralisch (ethisch) zu vertreten und deshalb medizinisch nicht indiziert sei.¹⁵ Der bloße Wunsch eines Patienten rechtfertigt eine Indikation niemals, auch nicht wenn er in dramatischer Form vorgetragen wird.
9. Bei der Prüfung der ärztlichen Indikation für die Sedierung wird der behandelnde Arzt zu prüfen haben, bis zu welcher Tiefe und für welche Dauer die Sedierung angesetzt werden soll. AGEL/AEM kennen 3 Stufen:
- Intermittierende, reversible, flache Sedierung
 - Kontinuierliche, reversible, flache Sedierung
 - Kontinuierliche, nicht reversible, tiefe Sedierung

Nach EAPC soll eine kontinuierliche tiefe Sedierung lediglich während des Sterbeprozesses in Frage kommen, während die intermittierende flache Sedierung zuvor und auch eingesetzt werden darf, um dem Patienten eine Erholungsmöglichkeit zu gewähren (respice sedation). AGEL/AEM betonen, der tiefen Sedierung *müsse zunächst ein Therapieversuch auf einer der beiden Stufen a oder b vorausgehen*.¹⁶ Ausnahmsweise soll das nur in Notfällen nicht gelten.

Die flachen Sedierungsmethoden bieten auch insoweit keinen Anlass zu Anmerkungen, als es sich hierbei um kurative Maßnahmen handelt, jedoch sind diese nach allgemeiner Meinung auch während einer palliativen Versorgung mit Einwilligung des Patienten zulässig, so z.B. beim Wechseln von Verbänden bei größeren Wunden aber auch bei Luftnot und wenn der Patient wegen starker Symptome länger nicht schlafen konnte.

¹⁵ Neitzke beschreibt treffend die vielfachen Probleme, die sich aus der Verweigerung einer Wunschtherapie ergeben. (a.a.O. S. 356)

¹⁶ a.a.O. sub II/2

10. Eine tiefe Sedierung kann u.E. durchaus indiziert sein und zwar möglicherweise auch als respite sedation. Auch erscheint es sinnvoll, eine tiefe Sedierung in Stufen einzuführen, weil offenbar nur auf diese Weise die für den individuellen Patienten passende – mithin richtige – Dosistitration präzise ermittelt werden kann. Dass der Patient bei dieser Form der Sedierung erschöpfend aufgeklärt sein muss, wenn er die notwendige Einwilligung erteilt, würden wir für so selbstverständlich halten, dass es der Erwähnung nicht mehr bedürfen sollte.¹⁷
11. Rechtlich und moralisch (ethisch) bedenklich und für den behandelnden Arzt möglicherweise rechtlich höchst gefährlich scheinen uns jedoch die beiden Verbindungen der Sedierung mit anderen therapeutischen Maßnahmen zu sein, mit denen sie keineswegs in zwingendem, logischen Zusammenhang steht. Da wird die tiefe Sedierung als immer kontinuierliche, bis zum Tode aufrecht zu erhaltende Maßnahme beschrieben,¹⁸ oder es wird die Ansicht vertreten, neben ihr sei eine lebenserhaltende oder -verlängernde Begleittherapie nicht indiziert,¹⁹ woraus Neitzke schließt, die künstliche Flüssigkeitszufuhr werde von AGEL/AEM als eine unzulässige Maßnahme bewertet.²⁰
- a. Eine tiefe Sedierung am Lebensende so anzulegen, dass der Patient nicht wieder aufwachen wird, ist nur auf den ersten Blick eine gute Lösung: Dagegen spricht schon, dass bei der Anlage der Sedierung die Dosistitration im Zweifel zu hoch angesetzt wird, um die ungewisse Zeitspanne bis zum Tode in jedem Fall abzudecken. Das wäre ein Behandlungsfehler, der sich schon gar nicht durch Anwendung der RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)²¹ eliminieren ließe, denn diese bezieht sich lediglich auf die Sedierung bei Agitation. Sodann haben wir erhebliche Zweifel, ob es für diese wahrhaft terminale Sedierung eine zwingende Indikation überhaupt geben kann, weil die sowohl für den Patienten wie für den behandelnden Arzt ungefährlichere intermittierende Sedierung immer möglich ist. Soll die Sedierung bis zum Lebensende im Ausnahmefall gleichwohl angewandt werden, so bedarf sie also einer speziellen Indikation. Schließlich halten wir es für erforderlich, auf die besondere Gefährdung von Arzt und Patient bei dieser therapeutischen Maßnahme hinzuweisen. Die tiefe Sedierung führt den Patienten in die unmittelbare Nähe des Todes. Die Grenze ist fließend. Wird sie überschritten, so hat der Arzt die

17 Umso erstaunlicher eine “conclusion” aus Belgien: Anquinet, Livia; Rietjens, J A C; Van den Block, Lieve; Bossuyt, Nathalie; Deliens, Luc; “General practitioners’ report of continuous deep sedation until death for patients dying at home: a descriptive study from Belgium.” *The European journal of general practice*, Volume 17, Issue 1, p.5-13 (2011) Es heißt dort: “Continuous deep sedation until death, as practiced by Belgian GPs, is in most cases used for patients with unbearable suffering. Competent patients are not always involved in decision making while in most cases, the patient’s family is. Auch Thöns et al berichten über einen derart skandalösen Fall. (a.a.O.)

18 EAPC S. 115, ALG/AEM sub II/2

19 ALG/AEM, a.a.O.

20 A.a.O. S. 356

21 Allgemein als „Goldstandard“ bezeichnet.

Vermutung gegen sich, er habe die causa für den Tod gesetzt.²² Ob er sie im Strafverfahren entkräften kann, hängt entscheidend von der Qualität seiner Dokumentation, der Sachkunde des Gutachters und der Bereitschaft der Staatsanwälte und Richter ab, sich auf diese, ihnen unbekannte Materie einzulassen. Auf eine solche Koinzidenz sollte sich ein behandelnder Arzt nicht verlassen. Er hat vielmehr u.E. zum Selbstschutz wie zu dem seines Patienten Vorsichtsmaßnahmen zu ergreifen. Dazu gehört neben einer exzellenten Dokumentation eine permanente Kontrolle des Zustandes des Patienten in tiefer Sedierung in regelmäßigen, zeitlichen Abständen durch entsprechend qualifiziertes Personal, und eine ständige Notrufbereitschaft des behandelnden Arztes oder eines Palliativmediziners. Soll diese therapeutische Maßnahme ambulant durchgeführt werden, so ist das nur in SAPV und zwar in Vollversorgung möglich.

- b. Ist eine tiefe Sedierung indiziert, so wird der behandelnde Arzt sich fragen, ob ein Therapieabbruch mit Einstellung der Ernährung ebenfalls indiziert ist. Hält er es für sinnvoll, beide therapeutische Maßnahmen gleichzeitig durchzuführen, so steht dem prinzipiell kein rechtliches oder moralisches (ethisches) Argument entgegen.²³ Beispiel: Eine Patientin mit COPD Grad 4, bei der es nach Rücksprache mit dem Lungenfacharzt keine therapeutischen Optionen mehr gibt, ist erschöpft, leidet unter ständiger Luftnot und kann sich kaum noch bewegen. Sie erklärt, sie wolle nunmehr sediert werden, weil sie „nicht mehr könne“. Sie habe in den Wochen zuvor alles erledigt, was sie zu erledigen hätte. Die konsultierte Psychiaterin bestätigt die Ernsthaftigkeit des Wunsches. Der behandelnde Arzt hält eine Sedierung für indiziert. Dem schließen wir uns an. Jetzt schläft die Patientin also, sie ist erweckbar, kann aber nicht mehr essen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass eine künstliche Ernährung hier nicht indiziert ist. Gleichwohl ist jedoch nochmals auf die Eigengefährdung des behandelnden Arztes hinzuweisen: Er hat gleichzeitig die Sedierung und den Entzug der Ernährung angeordnet, worauf die Patientin versterben wird. Bei fehlerhafter Betrachtung kann eine derartige Situation nach ihrem äußerlichen Bild als aktive Sterbehilfe missverstanden werden. Um das zu vermeiden, bzw. die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen zu treffen, raten wir dazu:
- Die unter a. erwähnten Vorsichtsmaßnahmen zu treffen und
 - einen Kollegen hinzuzuziehen, der sowohl die Indikationen für die Sedierung wie die für den Therapieabbruch bestätigt und – schließlich –

22 Als Rechtfertigung für diesen Tod kann die Sedierung nicht herangezogen werden, so aber Neitzke: Die tiefe Sedierung bedürfe einer sehr bewussten und kritisch getroffenen Entscheidung, damit ihr möglicherweise lebensverkürzender Effekt gerechtfertigt sei. (a.a.O).

23 Unter den holländischen niedergelassenen Ärzten offenbar ein Standardverfahren. FN 2 S.4.

- die Einwilligung der Patientin für die an den Therapieabbruch anschließende palliative Therapie einzuholen. Was der BGH einen Therapieabbruch nennt,²⁴ sind nämlich in Wirklichkeit zwei Entscheidungen. Es wird über die Indikation zur künstlichen Ernährung wie über die zu der zwangsläufig folgenden palliativen Versorgung entschieden. Die erste wird verneint, die zweite bejaht. Bevor die zweite ausgeführt wird, bedarf es jedoch zwingend der Einwilligung der Patientin.

Im Notfall (s.o. 6.) sind diese Vorsichtsmaßnahmen nur erforderlich, soweit sie möglich sind.

12. Beigefügt ist das Muster einer Dokumentation des PKD Bochum, das wir zur Verwendung empfehlen.

Bochum/Hamburg, den 03.07.2012

²⁴ BGH vom 25. Juni 2010 (2 StR 454/09) Dazu Holtappels Von inkompetenten Juristen und einem BGH Senat, der sich müht. in ASUP 4-10 S. 9