

MONIKA BOBBERT – CORINNA KNAPP

**TIEFE KONTINUIERLICHE SEDIERUNG ALS
„VERDECKTE EUTHANASIE“?¹**

**Praxisbezogene ethische und medizinische Unterscheidungen
für die Palliativversorgung**

Prof. Dr. theol. Monika Bobbert, Dipl.-Psych., leitet das Seminar für Moraltheologie der Katholisch-Theologischen Fakultät in Münster. Zuvor war sie Professorin für Theologische Ethik und Direktorin des Instituts für Sozialethik in Luzern. Zur Angewandten Ethik, insbesondere zur Medizin- und Pflegeethik lehrte und forschte sie am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität Heidelberg und zuvor am Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) der Universität Tübingen. 2008 habilitierte sie sich mit der Schrift „Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Dr. med. Corinna Knapp, geb. Becher, arbeitet als Assistenzärztin in Heidelberg, mit dem Ziel Facharzt für Allgemeinmedizin. Sie studierte Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Erfahrungen aus Famulaturen in der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Palliativmedizin sowie die studiumsbegleitende Tätigkeit als wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg führten zum Dissertationsthema „Terminale Sedierung: Ethische Diskussion und Therapieempfehlungen“.

1 Einleitung

In Politik, Öffentlichkeit und ärztlicher Praxis wird immer wieder über die Unterscheidbarkeit der so genannten aktiven und passiven Sterbehilfe diskutiert. Jenseits von Polemik und Verdächtigungen kann ein interdisziplinärer Diskurs Begriffe klären und Empfehlungen für die Regelung der Praxis entwickeln. In den folgenden Ausführungen zu einem aktuellen Ausschnitt der Debatte sind medizinischer Sachverstand und ethische Reflexion sehr eng verzahnt, um der Problemstellung gerecht zu werden.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im vorliegenden Beitrag auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten für beide Geschlechter.

Die Palliativmedizin ermöglicht heute in den meisten Fällen ein Sterben ohne starke Schmerzen und andere belastende Symptome. Trotz des medizinischen Fortschritts gibt es aber immer noch Fälle, in denen die palliativmedizinischen Standardtherapien nicht zu einer adäquaten Symptomkontrolle führen und als Ultima Ratio eine „tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende“ erforderlich wird. Diese spezielle Unterform der palliativen Sedierung steht jedoch immer wieder im Verdacht, eine „verdeckte Euthanasie“ bzw. „verdeckte Tötung auf Verlangen“ zu sein, die rechtlich nicht zulässig ist.

Während die Befürworter betonen, dass einer tiefen kontinuierlichen Sedierung nicht die Absicht zugrunde liege, den Tod herbeizuführen, weil diese Maßnahme nur dann zum Einsatz komme, wenn alle anderen Behandlungsmethoden versagen² und weil sich eine tiefe kontinuierliche Sedierung als palliative Maßnahme klar von einer ärztlichen Tötung auf Verlangen unterscheiden lasse³, verleihen Gegner ihrer Angst vor einer neuen, unkontrollierten Form aktiver Sterbehilfe Ausdruck und vertreten die Auffassung, dass sich eine tiefe kontinuierliche Sedierung nicht vollständig von aktiver Sterbehilfe – im Sinne einer Tötung auf Verlangen – abgrenzen lasse.⁴ Dementsprechend wird die „tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende“ in der Literatur teilweise als „langsame Euthanasie“⁵ oder „verschleierte bzw. verdeckte Euthanasie“⁶ bezeichnet.

Die medizinische und ethische Frage, worin sich die tiefe kontinuierliche Sedierung als spezielle Form der palliativen Sedierung von einer „ärztlichen Tötung auf Verlangen“ unterscheidet, wurde bislang noch nicht umfassend untersucht. Für eine am Wohl des Patienten ausgerichtete Versorgung ist es jedoch wichtig, die „tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende“ zwischen ungerechtfertigtem Einsatz oder gar Missbrauch und einem Vorenthalten aus Angst vor Unklarheiten oder rechtlichen Schwierigkeiten verorten zu können. Dazu werden zunächst die unterschiedlich verwandten Begriffe⁷ geklärt, um dann aus vorgefundenen einschlägigen Therapieempfehlungen diejenigen Aspekte zusammenzuführen, kritisch zu sichten und teilweise weiterzu-

² N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009).

³ Siehe H. TEN HAVE/J. V.M. WELIE: Palliative Sedation Versus Euthanasia (2014); P. CLAESSENS u.a.: Palliative Sedation (2011); B. BROECKAERT: Palliative Sedation (2011); P. CLAESSENS u.a.: Level of consciousness in dying patients (2012).

⁴ Siehe S. LiPUMA: The Lacking of Moral Equivalency (2011).

⁵ J. J. M. VAN DELDEN: Terminal sedation (2007).

⁶ T. TÄNNSJÖ (Hrsg.): Terminal Sedation (2004).

⁷ Siehe H. CHR. MÜLLER-BUSCH: „Terminale Sedierung“ (2004); G. NEITZKE u.a.: Sedierung am Lebensende (2010); T. MORITA u.a.: Proposed definitions for terminal sedation (2001).

entwickeln, die der Unterscheidung zwischen einer tiefen kontinuierlichen Sedierung und der Tötung auf Verlangen dienen. Schließlich werden die Unterschiede zur in den Niederlanden unter bestimmten Voraussetzungen strafflos bleibenden ärztlichen Tötung auf Verlangen herausgearbeitet.

2 Unterschiedliche Formen palliativer Sedierung und die Spezialform der tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende

Ein Teil der kontroversen Debatte über die ethische Vertretbarkeit der tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende liegt in der uneinheitlichen Terminologie in Bezug auf Sedierungsmaßnahmen zur Symptomlinderung Schwerstkranker begründet.⁸ Zwar verstehen die mit diesem Thema befassten Autoren weitgehend übereinstimmend die „Sedierung am Lebensende“ im Kern als eine palliativmedizinische Therapieoption, bei der durch den Einsatz sedierender Medikamente (meist Benzodiazepine) eine Symptomkontrolle therapieresistenter⁹ Symptome erreicht werden soll, um sehr belastende Symptome, die der Patient als „unerträglich“¹⁰ erlebt, zu lindern¹¹. Eine kontinuierliche Sedierung ohne Unterbrechung bis zum Todeseintritt und mit einem weitgehenden bis vollständigen Bewusstseinsverlust wird allerdings unterschiedlich bezeichnet: im Rahmen des vorliegenden Beitrags als „tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende“, andernorts aber durchaus auch als „palliative Sedierung“, „terminale Sedierung“ oder „Sedierung am Lebensende“.¹²

Davon abgesehen gibt es noch andere Formen palliativer Sedierung, die sich z.B. nach MORITAS Kategorisierung¹³ wie folgt unterscheiden lassen:

Kategorie A:

- a) Sedierung durch eine Medikamentengabe, die primär sedierend wirkt;
- b) Sedierung als Nebeneffekt einer nicht primär zur Sedierung eingesetzten Medikamentengabe.

⁸ Ebd.

⁹ „Therapieresistent“: nicht auf eine Therapie ansprechend bzw. nicht mit üblichen Mitteln therapierbar.

¹⁰ Zur Problematik des Begriffs siehe F. MATHWIG: Luxus Sterben? (2009); D. MIETH: Töten gegen Leiden? (2004); M. BOBBERT: Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen (2003).

¹¹ Siehe N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009); H. CHR. MÜLLER-BUSCH u.a.: Empfehlungen zur palliativen Sedierung (2006).

¹² Siehe G. NEITZKE u.a.: Sedierung am Lebensende (2010).

¹³ Siehe T. MORITA u.a.: Proposed definitions for terminal sedation (2001).

Kategorie B:

- a) intermittierende Sedierung, die durch wache Phasen unterbrochen wird;
- b) kontinuierliche Sedierung, die ohne Unterbrechung bis zum Todeseintritt andauert.

Kategorie C:

- a) flache Sedierung, bei der das Bewusstsein so weit erhalten bleibt, dass Kommunikation weiterhin möglich ist;
- b) tiefe Sedierung, die mit einem weitgehend bis vollständigen Bewusstseinsverlust einhergeht.

MORITA bietet als Ausdifferenzierung von Sedierungsformen die Charakteristika *primär* versus *sekundär* (d.h. Sedierung als beabsichtigte Wirkung eines Medikaments versus Sedierung als Nebeneffekt), *intermittierend* versus *kontinuierlich* und *flach* versus *tief*.

Als Oberbegriff für unterschiedliche palliativmedizinische Maßnahmen liegt der Begriff der „palliativen Sedierung“ nahe.¹⁴ Im Einzelfall ist eine genauere Beschreibung der Sedierungsform im Sinne eines Unterbegriffs erforderlich. Der vorliegende Beitrag befasst sich ausschließlich mit einer tiefen kontinuierlichen Sedierung als spezieller Form palliativer Sedierung, die bis zum Tod andauert und von Arzt und Patient als Primärwirkung der Medikamentengabe beabsichtigt ist.

3 Inhaltliche und verfahrensbezogene Konturierung der tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende

In der Literatur finden sich zahlreiche einschlägige Empfehlungen zur Anwendung einer palliativen Sedierung,¹⁵ deren Voraussetzungen und Aspekte auf ethischen Werten und Normen gründen. Dies gilt bereits für den Begriff der „Indikation“, der keineswegs ein „rein medizinisches“ Urteil darstellt, sondern immer schon ethisch relevant ist bzw. implizite Wertungen mitführt.¹⁶

¹⁴ Vgl. CHERNYS Übersicht zu palliativmedizinischen Situationen, in denen Sedierung angewendet wird (N. I. Cherny u.a.: European Association for Palliative Care (2009), S. 581).

¹⁵ Siehe N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009); H. CHR. MÜLLER-BUSCH u.a.: Empfehlungen zur palliativen Sedierung (2006); T. MORITA u.a.: Development of a clinical guideline (2005).

¹⁶ Die Indiziertheit setzt voraus, dass es gut ist, eine Krankheit zu lindern oder zu heilen und dass Diagnose und Prognose mit der entsprechenden Nutzen-Schaden-Abwägung für eine bestimmte medizinische Intervention sprechen. Vgl. zur Frage der ethisch relevanten Wertungen G. NEITZKE: Indikation (2014), A. DÖRRIES u.a.: Medizinische Indikation (2015), M. BOBBERT: Ärztliches Urteilen (2012).

Handlungsempfehlungen zur medizinischen Behandlung am Lebensende beruhen immer auf impliziten moralischen Vorannahmen und Wertungen, da mit medizinischen Mitteln für den Patienten aus ethischer Sicht Gutes und Richtiges erreicht werden soll. Um Kriterien für eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende zu nennen, die es ermöglichen, klar zwischen einer „tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende“ und einer „Tötung auf Verlangen“ zu unterscheiden, sichteten die Autorinnen des vorliegenden Beitrags alle bereits vorliegenden Empfehlungen zur palliativen Sedierung und unterzogen sie einer kritischen Analyse. Sie wählten Kriterien aus bestehenden Behandlungsempfehlungen aus und entwickelten diese teilweise weiter.

Die in diesem Beitrag vorgestellte Zusammenstellung klarer und praktischer Indikations- und Therapiekriterien sowie wichtiger Verfahrenskriterien konturieren die tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende als eigenständige, medizinisch und ethisch gerechtfertigte Maßnahme. Die erarbeiteten Kriterien eignen sich als Grundlage für künftige Empfehlungen zur Anwendung der tiefen kontinuierlichen Sedierung in der klinischen Praxis:

I Inhaltliche Kriterien: Vorliegen einer engen Indikation:

- (a) Der Patient befindet sich in einem sehr weit fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Grunderkrankung.
- (b) Die Überlebenszeitprognose beträgt Stunden bis höchstens wenige Tage.
- (c) Der Patient leidet aktuell unter einem oder mehreren körperlichen Symptomen, die er als äußerst belastend oder „unerträglich“ erlebt.¹⁷
- (d) Alle vorausgegangenen palliativmedizinischen Standardmaßnahmen, die sich auf physische Symptome innerhalb eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes beziehen, d.h. Maßnahmen der medizinischen Schmerztherapie, Seelsorge und Psychosomatik sowie der Versuch einer intermittierenden palliativen Sedierung („respite sedation“) haben nicht zu einer adäquaten Symptomkontrolle (Therapieresistenz) geführt.

¹⁷ Hiermit sind physische Belastungen gemeint, die mit psychischen Belastungen einhergehen. Die in der Literatur vorfindliche Indikation „existentielles Leiden“ ohne physische Symptome kann keine eigenständige medizinische Indikation darstellen, da es sich um eine subjektive Kategorie der „Unerträglichkeit“ handelt. Zudem kann der Umgang mit seltenen Extremfällen nicht Gegenstand einer Richtlinie sein. Vgl. weiterführend für ein aus ethischer Sicht vertretbares Vorgehen in Ausnahmefällen Kapitel 5.2.2 der Dissertation von CORINNA BECHER zum Thema „Terminale Sedierung: Ethische Diskussion und Therapieempfehlungen“ und siehe F. MATHWIGS aufschlussreiche ethische Reflexion (Luxus Sterben?, 2009) zum Begriff des „unerträglichen Leidens“.

(e) Sonderfall: Es liegt eine palliative Notfallsituation vor (z.B. massive Blutung, Asphyxie).

II Verfahren zur Sicherung der Fachkompetenz und Kontrolle durch mehrere Beteiligte:

(a) Die klinische Einschätzung erfolgt durch einen in der Palliativmedizin erfahrenen, fachlich kompetenten Arzt unter Hinzuziehung mindestens eines ärztlichen Fachkollegen.

(b) Alle für das ganzheitliche Wohl des Patienten relevanten Informationsquellen werden durch Einbeziehung der Pflegenden, des Hausarztes und der Angehörigen genutzt.

(c) Im Behandlungsteam mit Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen besteht Konsens im Hinblick auf das Gegebensein der unter I (d) aufgeführten inhaltlichen Kriterien; bei Uneinigkeit werden weitere Fachmeinungen eingeholt.

(e) Es besteht zu keinem Zeitpunkt die Absicht, den Tod des Patienten herbeizuführen oder zu beschleunigen.

III Durchführung: schrittweises Vorgehen, Medikamente und Dosierungen:

(a) Das Vorgehen wird von mindestens zwei palliativmedizinisch erfahrenen Ärzten im Konsens beschlossen.

(b) Die Sedierungseinleitung erfolgt gemeinsam durch einen qualifizierten Arzt und eine Pflegekraft. Auch die Fortführung bzw. Verlaufskontrolle wird durch mindestens je eine Person aus Medizin und Pflege abgesichert (Mehraugenprinzip).

(c) Es werden nur primär sedierende Medikamente eingesetzt (Benzodiazepine, vor allem Midazolam als erste Wahl).

(d) Die individuelle Dosistitration erfolgt stufenweise, immer beginnend mit einer geringen Dosis, die nur eine flache Sedierung hervorruft, so dass die Symptome effektiv gelindert, Nebenwirkungen (z.B. Atemdepression oder Mundtrockenheit) vermieden und die Bewusstseinslage möglichst wenig eingeschränkt wird.

(e) Eine Dosissteigerung erfolgt nur dann, wenn Anzeichen des Unwohlseins (z.B. Unruhe, Steigerung der Herzfrequenz) bestehen. Ziel ist eine optimale Symptomkontrolle mit möglichst geringer Nebenwirkung, d.h. einer möglichst geringen Bewusstseinsstrübung.

(f) Die Beobachtung und Feinjustierung der Symptome, der Bewusstseinslage

und der Nebenwirkungen erfolgt kontinuierlich (initial in kurzen Zeitabständen – ca. alle 20 Minuten, nach Erreichen einer angemessenen Sedierung in größeren regelmäßigen Abständen – ca. dreimal täglich).

IV Ausführliche, lückenlose Dokumentation von Analyse, Prozess und Ergebnis:

- (a) Es erfolgt eine lückenlose Dokumentation zum Nachweis der engen Indikation, des Entscheidungsprozesses, der Sedierungsart und -tiefe.
- (b) Während der Sedierung erfolgt eine regelmäßige Dokumentation des klinischen Zustandes (Symptome, Bewusstseinslage, Nebenwirkungen), der verabreichten Medikamente und der Dosierungen.
- (c) Änderungen der Behandlung werden in der Dokumentation nachvollziehbar begründet.

V Angemessene Begleittherapie der Sedierung:

- (a) Der Umgang mit dem sedierten Patienten erfolgt ebenso respektvoll wie vor der Sedierung, was die Durchführung einer den Patientenwünschen entsprechenden Körperpflege, aber auch personelle und emotionale Zuwendung einschließt.
- (b) Die analgetische Therapie wird ebenso wie andere Begleitmedikationen beibehalten, sofern dies den Therapiezielen und dem Wunsch des Patienten entspricht.
- (c) Zur Vermeidung von Wechselwirkungen erfolgt ggf. eine Anpassung der Medikation.
- (d) Die Entscheidung für oder gegen die Weiterführung einer Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr erfolgt dem Patientenwunsch entsprechend nach einem ausführlichen Arzt-Patient-Gespräch über die Vor- und Nachteile dieser Maßnahmen.

4 Tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende im Vergleich zur rechtlich geregelten Tötung auf Verlangen in den Niederlanden

Da in Deutschland Tötung auf Verlangen unter Strafe steht, werden zum Vergleich die rechtlichen Vorgaben der Niederlande herangezogen¹⁸, gemäß derer eine ärztliche Tötung auf Verlangen unter gewissen Voraussetzungen strafflos bleibt.

¹⁸ Siehe KNMG/KNMP (2012).

4.1 Ähnlichkeiten

Für die Indikationsstellung müssen in beiden Fällen eine unheilbare Grunderkrankung sowie für den Patienten „unerträgliche“ Symptome und eine „Alternativlosigkeit“ der Situation vorliegen (vgl. Niederländisches Gesetzbuch (NG) Artikel 293 Absatz 2, b) und d)). Weiterhin muss der Patient entscheidungsfähig sein, darf nicht unter Druck stehen und muss vom behandelnden Arzt aufgeklärt worden sein (vgl. NG, Artikel 293 Absatz 2, a) und c)). Auch darf die Indikationsstellung nicht allein durch einen Arzt erfolgen. Sowohl die oben genannten Kriterien als auch die niederländische Regelung verlangen eine ausführliche schriftliche Dokumentation des Vorgehens (vgl. NG, Artikel 293 Absatz 2, e)).

4.2 Unterschiede bei der Indikationsstellung

Bei näherer Betrachtung fallen jedoch zentrale Unterschiede zur tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende auf. Für die Indikation müssen hier gegenüber jeglichen anderen Therapieoptionen (dies beinhaltet auch den Versuch einer primären, intermittierenden, flachen palliativen Sedierung) refraktäre Symptome oder eine palliative Notfallsituation vorliegen. Auch darf diese Form palliativer Sedierung nur in extremen Ausnahmesituationen angewandt werden, nämlich dann, wenn sich der Patient in der allerletzten Phase seines Lebens befindet und die erwartete Prognose bezüglich der Überlebenszeit nur noch Stunden bis maximal Tage beträgt.

Im Unterschied zu diesen an medizinischen Sachverhalten orientierten „objektiven“ Kriterien muss bei einer Tötung auf Verlangen für eine Indikationsstellung ein Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt.¹⁹ Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass gegenüber jeglichen anderen Therapieoptionen refraktäre Symptome vorliegen. Vielmehr kann der Patient nach der niederländischen Regelung mögliche palliative Therapiemaßnahmen aus bestimmten Gründen, wie z.B. aus Angst vor einer Bewusstseinsstrübung durch die Steigerung der Schmerzmitteldosierung, ablehnen. Der Arzt muss, um den Sorgfaltskriterien gerecht zu werden, im Nachhinein lediglich nachvollziehbar darlegen, warum die eine oder andere Therapie für den Patienten nicht annehmbar war.²⁰ Der Patient muss also einen Arzt finden, der seiner „subjektiven“ Sicht folgt.²¹

¹⁹ Siehe Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (2013).

²⁰ Siehe ebd.

Hinsichtlich der Prognose geben die Sorgfaltskriterien für eine Tötung auf Verlangen vor, dass keine Aussicht auf Besserung des Zustandes des Patienten bestehen darf. Das bedeutet, dass die Krankheit, die das Leiden eines Patienten verursacht, nicht heilbar und eine Linderung seiner Symptome nicht möglich ist, aber nicht zwangsläufig, dass eine auf Stunden oder Tage begrenzte Prognose vorliegt.²² Im Unterschied zur „tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende“ kann eine Tötung auf Verlangen in den Niederlanden demnach auch bei einem Patienten erfolgen, der mögliche andere Therapieoptionen ablehnt und sich *nicht* in der letzten Lebensphase befindet.

4.3 Unterschiede bezüglich Methode, Medikamentenwahl und Dosierung

Vergleicht man beide Praktiken hinsichtlich Methode, bevorzugten Medikamenten und Dosierungen, zeigen sich weitere deutliche Unterschiede:²³ Die Einleitung einer palliativen Sedierungstherapie erfolgt entsprechend den Empfehlungen von Fachgesellschaften stufenweise,²⁴ und es findet eine ständige Re-Evaluation der Effektivität statt, was dazu beiträgt, dass eine Dosissteigerung bis hin zu einer tiefen kontinuierlichen Sedierung nur in extremen Ausnahmesituationen erfolgt. Die Einleitung einer Tötung auf Verlangen beginnt im Gegensatz dazu direkt mit einer Bolusgabe²⁵ der Medikamente zur Komainduktion, auf die nach Überprüfung einer ausreichenden Bewusstseinsreduktion direkt die Gabe des Muskelrelaxans folgt. Bei beiden Praktiken kommen sedierende Medikamente zum Einsatz, jedoch unterschiedliche Medikamentengruppen und in unterschiedlicher Dosierung. Medikament der ersten Wahl für eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende ist Midazolam, ein Benzodiazepin, das bei einer Tötung auf Verlangen lediglich als Prämedikation zum Einsatz kommt, um bei Patienten, welche die Komainduktion nicht bewusst erleben wollen, eine leichte Bewusstseinsreduktion zu bewirken. Erste-Wahl-Medikamente zur Komainduktion bei einer Tötung auf Verlangen sind hingegen die Narkotika Thiopental und Propofol. Dabei handelt es sich zwar auch um sedierende Medikamente und im Falle von Propofol

²¹ M. BOBBERT: Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen (2003).

²² Siehe Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (2013).

²³ Siehe N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009); H. MÜLLER-BUSCH u.a.: Empfehlungen zur palliativen Sedierung (2006); T. MORITA u.a.: Development of a clinical guideline (2005); KNMG/KNMP (2012); W. SCHIPPINGER u.a.: Palliative Sedierung (2010); S. BÖHM: Anxiolytika (2012).

²⁴ Siehe N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009); H. MÜLLER-BUSCH u.a.: Empfehlungen zur palliativen Sedierung (2006).

²⁵ Bolus: große Arzneistoffmenge, die (schnell) appliziert wird (z.B. Bolusinjektion).

ist sogar der Einsatz bei der Durchführung einer „tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende“ – in äußerst seltenen Fällen einer Therapieresistenz gegen Midazolam – möglich, der entscheidende Unterschied liegt aber darin, dass bei einer Tötung auf Verlangen direkt eine hohe Dosis als Bolus verabreicht wird, die in manchen Fällen schon allein zu einem sofortigen Atem- und Herzstillstand führen kann. Bei der tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende hingegen wird mit einer für den Patienten ungefährlichen Dosis begonnen, die nur dann vorsichtig gesteigert werden darf, wenn Anzeichen dafür bestehen, dass der Patient leidet. Diese Dosissteigerung erfolgt zudem unter Monitoring und muss schriftlich dokumentiert und begründet werden.

Ein weiterer Unterschied beider Praktiken besteht darin, dass tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende im Gegensatz zur Tötung auf Verlangen nicht das Ende jeglicher Therapiemaßnahmen bedeutet. Begleittherapien, emotionale Zuwendung erfolgen den Patientenwünschen und Therapiezielen entsprechend.²⁶

4.4 Intentionen von Arzt und Patient

Von manchen Autoren wird kritisiert, dass der Gesichtspunkt der Intention nicht geeignet sei, um eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende von einer Tötung auf Verlangen abzugrenzen, da in der Praxis schwer nachvollziehbar und objektivierbar sei, welche Absichten den jeweiligen Handlungen zugrunde lägen.²⁷ Aus Sicht der Autorinnen des vorliegenden Beitrags sind sowohl die Intention des behandelnden Arztes bzw. des Behandlungsteams als auch die Intention des Patienten wesentliche Aspekte der Abgrenzung.²⁸

4.4.1 Intention des Arztes und des Patienten bei Tötung auf Verlangen

Im Falle einer Tötung auf Verlangen verlangt die niederländische Regelung in Bezug auf die Intention des Arztes und des Patienten Folgendes: Der Patient möchte sterben, weil er sein Leiden als „unerträglich“ erlebt. Er bittet um Tötung, da er keine Alternative zu seiner Situation sieht. Der Arzt bzw. das Behandlungsteam teilen die subjektive Sicht des Patienten in Bezug auf „Unerträglichkeit“ und „Alternativlosigkeit“.²⁹ Die Handlung eines Arztes erfolgt mit der Absicht, eine Person auf deren freiwilliges und „angemessenes“

²⁶ Siehe N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009); T. MORITA u.a.: Development of a clinical guideline (2005).

²⁷ Siehe T. E. QUILL u.a.: Palliative Options of Last Resort (2004).

²⁸ L. A. JANSEN: Disambiguating Clinical Intentions (2010).

²⁹ Dieser Abschnitt verdeutlicht die innere Logik der niederländischen Regelung. Aus ethischer Sicht ist die rechtliche Regelung der Niederlande in mehrfacher Hinsicht zu kritisieren

Verlangen hin zu töten, indem ein Medikament verabreicht wird.³⁰ Läge dem Handeln des Arztes eine andere, z.B. eine eigennützige Intention zu Grunde, würde nach der niederländischen Regelung eine moralische wie rechtliche Grenze überschritten. Wäre die Intention des Patienten eine andere, z.B. die, seine Angehörigen von Kosten und Betreuungsaufwand zu entlasten, dann wäre in den Niederlanden die Tötung auf Verlangen nicht gerechtfertigt. Würde in einem solchen Fall dennoch eine Tötung auf Verlangen erfolgen, würde es sich um einen Behandlungsfehler von Seiten des Arztes handeln, da der Wunsch des Patienten dann kein „angemessenes Verlangen“ und nicht „freiwillig“ wäre, sondern aus sozialem Druck resultierte.³¹

4.4.2 Intention des Arztes bei tiefer kontinuierlicher Sedierung am Lebensende

Definitionsgemäß liegt einer tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende die Intention zugrunde, therapierefraktäre Symptome zu kontrollieren und nicht darin, den Tod herbeizuführen. Studien zufolge wird die tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende in der Praxis allerdings in nicht unerheblicher Fallzahl mit der Intention durchgeführt, den Tod des Patienten zu beschleunigen.³² Jedoch ist eine Sedierung, die angewandt wird, um einen Patienten zu töten, definitionsgemäß keine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende mehr, sondern kommt einer Tötung auf Verlangen nahe oder einer – wenn der Patient nicht einwilligen konnte – auch in den Niederlanden rechtlich verbotenen Tötung.

Die Herausforderung liegt darin, in der klinischen Praxis zu unterscheiden, ob dem Handeln eines Arztes die richtige Intention zugrunde liegt, um einen Missbrauch der tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende erkennen und verhindern zu können. Eine lückenlose, ausführliche Dokumentation, in

(vgl. M. BOBBERT: *Sterbehilfe* (2003)), u.a. dahingehend, dass „unerträgliches Leiden“ und „Alternativlosigkeit“ keine medizinischen bzw. empirischen Begriffe sind. Zudem lässt sich die Unerträglichkeit nur aus subjektiver Perspektive formulieren. Wenn Außenstehende ein subjektives Urteil bestätigen, handelt es sich um einen Kategorienwechsel. Zusatzaspekte wie implizit geteilte Wertungen, das Unvermögen, Alternative zu entwickeln und das psychische Phänomen der Übertragung werden faktisch wirksam, stellen aber keine guten Gründe im engeren Sinn dar. – Prinzipiell ist das Leiden eines Menschen Außenstehenden nicht zugänglich, da der Mensch nicht – neben anderem – das Leiden empfindet, sondern er ist es (vgl. dazu ausführlicher F. MATHWIG: *Luxus Sterben?* (2009, S. 8f.)). Man kann einer anderen Person ihr Leiden nicht abnehmen, und dem Leiden eines anderen zu begegnen, setzt die Fähigkeit voraus, sich die Ohnmacht angesichts des Leidens des Anderen einzugestehen.

³⁰ Siehe L. J. MATERSTVEDT u.a.: *Euthanasia* (2003).

³¹ Siehe M. P. BATTIN: *Terminal sedation* (2008).

³² Siehe J. A. C. RIETJENS u.a.: *Physician reports* (2004); J. A. C. RIETJENS u.a.: *Terminal sedation and euthanasia* (2006).

der sowohl der Entscheidungsprozess (Indikation, Sedierungsart und Tiefe) verschriftlicht ist als auch in regelmäßigen Abständen die klinische Situation (Symptome, Nebenwirkungen, Vigilanzniveau) und die Medikamente, die Dosierungen sowie jegliche Therapieänderungen festgehalten werden, trägt zu Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Vorgehens bei. Auch darf jegliche Therapieänderung z.B. in Form einer Dosiserhöhung nur mit medizinisch nachvollziehbarer Begründung erfolgen.³³

4.4.3 Intention des Patienten bei tiefer kontinuierlicher Sedierung am Lebensende

Das Interesse des Patienten sollte im Falle einer tiefen kontinuierlichen Sedierung auf Linderung seiner therapierefraktären schweren Symptome abzielen. Aufgabe des Arztes ist es, ausführliche Patientengespräche zu führen, um einschätzen zu können, ob der Patient entscheidungsfähig ist und ob seinem Wunsch nach einer tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende nicht doch ein Tötungswunsch zugrunde liegt. Zudem muss er erwägen, ob – z.B. im Falle einer Depression – nicht andere Therapieoptionen in Frage kommen.

4.4.4 Abgrenzung in Bezug auf die Intention

Über das Unterscheidungsmerkmal der „ergebnisrelevanten Intention“ ist in der Praxis eine Abgrenzung der tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende von einer Tötung auf Verlangen möglich. Denn eine Intention, die das Handeln einer Person beeinflusst, spiegelt sich auch in der Ausführung der Handlung wider. Ist eine Handlung nachvollziehbar, z.B. anhand einer ausführlichen Dokumentation, ist es auch möglich, anhand der Aufzeichnungen die „ergebnisrelevante Intention“ des Arztes zu objektivieren. Würde eine Person beispielsweise intendieren, ihren Tod beschleunigt mittels einer tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende herbeizuführen, und würde die medizinische Maßnahme entsprechend den oben dargelegten Kriterien samt einer lückenlosen Behandlungsdokumentation durchgeführt, wäre diese Intention zwar nicht ersichtlich, aber auch irrelevant, zumindest, was die Folgen für den Patienten anbelangt, da die kriteriengeleitete Behandlung faktisch nicht zur intendierten Beschleunigung des Sterbeprozesses führen würde. Eine relevante Intention ist mit Hilfe einer ausführlichen Dokumentation objektivierbar, da z.B. eine ungerechtfertigte Dosiserhöhung auffallen würde.

³³ Siehe N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009); H. CHR. MÜLLER-BUSCH u.a.: Empfehlungen zur palliativen Sedierung (2006); W. SCHIPPINGER u.a.: Palliative Sedierung (2010); M. VERKERK u.a.: A national guideline for palliative sedation (2007); T. C. BRAUN u.a.: Development of clinical practice guideline (2004).

Eine Intention ist für die Unterscheidung der beiden Praktiken tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende und Tötung auf Verlangen also nur dann für die moralischen Pflichten (Tötungsverbot, Symptomlinderung) des Arztes relevant, wenn sie sein Handeln zielführend beeinflusst, also auch das objektivierbare Ergebnis verändert.

4.5 Abgrenzung in Bezug auf das Resultat

Eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende im oben definierten Sinn dauert immer bis zum Tod des Patienten an. Bei einer Tötung auf Verlangen treten Atem- und Herzstillstand meist innerhalb von Minuten ein und es steht außer Frage, dass dies die unmittelbare Folge der Medikamentengabe ist.³⁴ Ein Patient, der eine tiefe kontinuierliche Sedierung erhält, verstirbt laut Studien meist innerhalb von Stunden bis Tagen.³⁵ Kriteriengerecht angewendet ist eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende ausschließlich Mittel zum Zweck der Symptomkontrolle. Es besteht nicht die Absicht, den Tod des Patienten herbeizuführen oder zu beschleunigen. Eine Dosissteigerung darf nur dann erfolgen, wenn Anzeichen dafür bestehen, dass der Patient unter somatischen Symptomen leidet, zudem ist sie zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.³⁶ Werden diese Empfehlungen bei der Durchführung einer tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende befolgt, ist es höchst unwahrscheinlich, dass das Versterben des Patienten unmittelbare Folge der Medikamentengabe ist. Demnach unterscheidet sich das Resultat beider Praktiken deutlich voneinander. Während Tötung auf Verlangen den Tod des Patienten zur Folge hat, bewirkt eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende einen Bewusstseinsverlust, obwohl es vorkommen kann, dass der Patient während dieser Sedierung an seiner Grunderkrankung verstirbt. MÜLLER-BUSCH³⁷ bekräftigt dies, indem er klarstellt, dass es sich bei der tiefen kontinuierlichen Sedierung um eine „situativ steuer- und kontrollierbare Therapieoption“ handelt. Er bezieht sich dabei auf das Positionspapier der European Association for Palliative Care (EAPC), in dem festgestellt wird, dass lediglich in seltenen Fällen das therapeutische Ziel der Leidenslinderung einzig durch eine tiefe Sedierung erreicht werden kann, welche die Bewusstseinslage des Patienten

³⁴ Siehe KNMG/KNMP (2012).

³⁵ Siehe S. MERCADANTE u.a.: Controlled sedation (2009); s. auch ausführlich zur Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen M. BOBBERT: Ärztliches Urteilen (2012).

³⁶ Siehe N. I. CHERNY u.a.: European Association for Palliative Care (2009); H. CHR. MÜLLER-BUSCH u.a.: Empfehlungen zur palliativen Sedierung (2006); W. SCHIPPINGER u.a.: Palliative Sedierung (2010); T. C. BRAUN u.a.: Development of a clinical practice guideline (2004).

³⁷ Siehe H. CHR. MÜLLER-BUSCH: „Terminale Sedierung“ (2004), S. 374.

stark beeinträchtigt. In diesen Fällen komme es, so die EAPC, in der Regel jedoch zu einer regelmäßigen Überwachung der Sedierungstiefe und bei entsprechender Indikation zur Ernährung und Hydrierung des Patienten. Auch wird in einem solchen Fall die Sedierungstiefe immer wieder neu überdacht.³⁸

5 Langsame Tötung durch Dehydratation und Verhungern unter tiefer kontinuierlicher Sedierung am Lebensende?

Einige Autoren sind der Ansicht, dass die tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende dann ethisch fragwürdig wird, wenn parallel dazu auf eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe verzichtet wird.³⁹ Es wird angenommen, dass in solchen Fällen die Intention bestehe, das Leben des Patienten zu beenden.⁴⁰ Eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende wird von manchen Autoren sogar als eine Praktik angesehen, die ethisch problematischer sei als Tötung auf Verlangen und ärztlich assistierter Suizid, da sie ohne Einverständnis des Patienten oder sogar ohne dessen Wissen durchgeführt werden könne.⁴¹ Doch solange der Patient urteilsfähig ist, ist für eine Sedierung immer seine informierte Zustimmung erforderlich. Gleiches gilt für die Frage der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Generell ist die Entscheidung für oder gegen eine Weiterführung von Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr unabhängig von der Entscheidung für oder gegen eine tiefe kontinuierliche Sedierung, da eine Sedierung den Abbruch dieser Maßnahmen nicht erfordert.⁴²

5.1 Behandlungsbegrenzung und -abbruch als zulässiges Unterlassen

Grundsätzlich stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen eine Behandlungsbegrenzung legitim ist und nicht als „unterlassene Hilfeleistung“ durch gezieltes Nichtstun oder Abbrechen von Maßnahmen zu bewerten ist. Bei urteilsfähigen Patienten muss für jede medizinische Maßnahme eine informierte Zustimmung eingeholt werden. Erteilt der Patient diese nicht, sind die entspre-

³⁸ Siehe ebd.

³⁹ Siehe M. P. BATTIN: Terminal sedation (2008); D. BIRNBACHER: Terminale Sedierung (2004).

⁴⁰ Siehe T. E. QUILL u.a.: Palliative Options of Last Resort (2004). – Studien zeigen, dass einige Ärzte in der Praxis tatsächlich die Absicht verfolgen, das Leben von Patienten durch ein Vorenthalten von Nahrung und Flüssigkeit in Kombination mit einer „tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende“ zu verkürzen – vgl. J. A. C. RIETJENS u.a.: Physician reports of terminal sedation (2004); dies.: Terminal sedation and euthanasia (2006).

⁴¹ Siehe D. ORENTLICHER: The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide (1997).

⁴² Siehe M. H. LEVY u.a.: Sedation (2005); T. W. KIRK/M. M. MAHON: National Hospice (2010).

chenden Maßnahmen zu unterlassen. Bei nicht mehr urteilsfähigen Patienten müssen bei einer so genannten passiven Sterbehilfe zwei Voraussetzungen für ein moralisch legitimierbares Unterlassen medizinischer Maßnahmen erfüllt sein: Erstens auf Seiten des Kranken die Bedingung einer irreversibel fortschreitenden tödlichen Erkrankung oder eines sich progredient verschlechternden Allgemeinzustandes mit der Aussicht, nicht mehr lange zu leben, und zweitens die Bedingung, dass die medizinischen Möglichkeiten, die Erkrankung zu heilen oder den Prozess der stetigen Verschlechterung aufzuhalten, ausgeschöpft sind.⁴³

Bezogen auf den Fall der Unterlassung einer künstlichen Ernährung und/oder Flüssigkeitsgabe bei einem Patienten, der für eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende in Frage kommt, kann vorausgesetzt werden, dass er an einer „irreversibel fortschreitenden tödlichen Erkrankung“⁴⁴ leidet. Wird eine tiefe kontinuierliche Sedierung erwogen, muss sich der Patient außerdem in der allerletzten Lebensphase befinden, mit einer Prognose bzgl. der Lebensdauer, die nur noch Stunden bis maximal Tage beträgt. Demzufolge liegt bei einem solchen Patienten auch ein sich progredient verschlechternder Allgemeinzustand mit der Aussicht, nicht mehr lange zu leben, vor.⁴⁵ Geht man davon aus, dass eine tiefe kontinuierliche Sedierung berechtigterweise erwogen wird, müssen zudem therapierefraktäre Symptome vorliegen. Entsprechend sind hier nicht nur die medizinischen Möglichkeiten, die Erkrankung zu heilen oder den Prozess der stetigen Verschlechterung aufzuhalten, ausgeschöpft,⁴⁶ sondern auch die palliativmedizinischen Therapiemöglichkeiten der Symptomkontrolle.

5.2 Nutzen-Schaden-Abwägung als Berechtigungsaspekt

Eine Nutzen-Schaden-Abwägung mit Blick auf den Patienten ist erforderlich, um zu entscheiden, ob eine bestimmte medizinische Maßnahme bei einem Patienten durchgeführt werden sollte. Ist der Patient entscheidungsfähig, so gibt sein Urteil aufgrund des Selbstbestimmungsrechts – entsprechend seinen individuellen Präferenzen und Sensibilitäten – den Ausschlag.⁴⁷ Bei einem entscheidungsunfähigen Patienten ist eine Abwägung vorzunehmen: Medizinische Maßnahmen *dürfen* dann unterlassen werden, wenn keine Möglichkeit

⁴³ Siehe M. BOBBERT: *Ärztliches Urteilen* (2012), S. 309.

⁴⁴ Ebd., S. 309.

⁴⁵ Siehe ebd.

⁴⁶ Siehe ebd.

⁴⁷ Siehe M. BOBBERT: *Ärztliches Urteilen* (2012).

mehr besteht, Schädigungen, die durch ein Krankheitsgeschehen entstehen, abzuwenden. Wenn gerade durch den Einsatz medizinischer Mittel ein „gravierender“ Schaden droht oder wenn die individuelle Nutzen-Schaden-Abwägung nachteilig für den Patienten ausfällt, dann *sollten* medizinische Maßnahmen unterlassen werden.⁴⁸

Der Beginn oder die Weiterführung einer künstlichen Ernährungs- und/oder Flüssigkeitstherapie können einerseits zu einer geringfügigen Lebensverlängerung führen. Andererseits können diese Maßnahmen ungünstige Nebeneffekte, wie etwa vergrößerte Ödeme und zunehmende Sekretion, zur Folge haben⁴⁹ oder im Falle einer PEG-Sonde zu Komplikationen wie Katheter-Infektionen, Thrombosen, Übelkeit und Erbrechen führen.⁵⁰ Insgesamt gibt es wenig Hinweise dafür, dass kontinuierliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden eines Patienten am Lebensende haben. Eher sind Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr in diesem Stadium mit Komplikationen verbunden.⁵¹ Allerdings muss dafür gesorgt werden, dass der Patient nicht unter Hunger- oder Durstgefühlen leidet (vgl. die Richtlinien zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer).⁵² Hunger oder Durstgefühle lassen sich durch eine gezielte Mundpflege gut beherrschen.⁵³ Letztlich ist zu klären, ob eine mögliche Lebensverlängerung ein anzustrebender positiver Effekt ist, wenn sich der Patient bereits in der allerletzten Lebensphase befindet.

Bezieht man außerdem mit ein, dass ein Patient in der letzten Lebensphase zusätzlich eine tiefe kontinuierliche Sedierung erhält, wird der Aspekt der Lebensverlängerung als Nutzen gänzlich irrelevant. Da ein kontinuierlich und tief sedierter Patient keine soziale Interaktion mehr ausführen kann, bedeutet eine Lebensverlängerung für ihn lediglich eine Verlängerung der sedierten Zeit.

Eine Beendigung bzw. ein Unterlassen der medizinischen Maßnahme der parenteralen Ernährungs- und/oder Flüssigkeitsgabe kann mit Blick auf eine

⁴⁸ Siehe ebd., S. 312.

⁴⁹ Siehe T.E. QUILL u.a.: Palliative Options (2004); J.A.C. RIETJENS u.a.: Physician reports (2004).

⁵⁰ Siehe E. GASER/W. MEISSNER: Ernährung und Flüssigkeitsmanagement (2012).

⁵¹ Siehe W.M. PLONK/R.M. ARNOLD: Terminal Care (2005); S. HUHN: Hunger und Durst stillen (2011).

⁵² Eine verminderte oder auch komplette Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kann Studien zufolge als eine physiologische Reaktion auf das späte Stadium einer schweren Erkrankung gesehen werden (siehe P. CLAESSENS u.a.: Palliative Sedation (2011); W.M. PLONK/R.M. ARNOLD: Terminal Care (2005)). Einige Studien zeigen auf, dass ca. zwei Drittel der Sterbenden keinen Hunger, ein Drittel weder Hunger noch Durst empfinden.

⁵³ Siehe S. HUHN: Hunger und Durst stillen (2011).

Nutzen-Schaden-Abwägung also berechtigt sein. Sie kann in bestimmten Fällen, in denen eine Schädigung durch nachteilige Nebeneffekte wahrscheinlich ist, sogar geboten sein⁵⁴ und wäre dann eine ethisch rechtfertigbare und auch rechtskonforme Form der Therapiebegrenzung im Sinne eines (passiven) Geschehenlassens des Sterbens durch das Nichtaufnehmen oder Nichtfortführen lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen.⁵⁵

5.3 Tiefe kontinuierliche Sedierung in Kombination mit Behandlungsbegrenzung

Kritiker sehen allerdings in dieser Form der *Kombination* von Behandlungsbegrenzung bzw. -abbruch und der Einleitung einer tiefen kontinuierlichen Sedierung eine Nähe zur aktiven Sterbehilfe, da die Einleitung der Sedierung mit dem Ziel erfolgen könne, den Tod durch Dehydrierung oder Verhungernlassen herbeizuführen.⁵⁶ Darauf lässt sich entgegnen, dass eine tiefe kontinuierliche Sedierung nur bei Patienten in Frage kommt, die sich bereits in der allerletzten Lebensphase befinden.⁵⁷ Ein Versterben aufgrund von Dehydrierung oder Verhungern allein würde mindestens Tage bis Wochen dauern.⁵⁸ Die Sedierungsperiode ist aber meist nur sehr kurz, da der Patient für gewöhnlich innerhalb weniger Stunden an seiner Grunderkrankung verstirbt.

6 Fazit und Ausblick

Eine tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende im hier verstandenen Sinn als Ultima-Ratio-Maßnahme mit sehr enger Indikationsstellung lässt sich, wie dargelegt, von einer „Tötung auf Verlangen“ nach den niederländischen Durchführungskriterien klar abgrenzen.

In Deutschland sind bislang noch keine verbindlichen Richtlinien für die Durchführung einer tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende etabliert. Die Festlegung einer verbindlichen Therapieleitlinie ist erforderlich, um einen moralisch verantwortlichen Umgang mit dieser Therapiemaßnahme zu gewährleisten. Dies würde einerseits zum Wohl schwerstkranker Patien-

⁵⁴ Vgl. zur künstlichen Flüssigkeitszufuhr in der Sterbephase auch AWMF/DKG/DKH (2015).

⁵⁵ Siehe z.B. J. ACH u.a.: Sterbehilfe (2012), S. 234.

⁵⁶ Siehe D. ORENTLICHER: The Supreme Court (1997); G.M. CRAIG: On withholding nutrition and hydration in the terminally ill (1994).

⁵⁷ Studien zufolge nehmen diese Patienten als physiologische Reaktion auf das Stadium ihrer Erkrankung meist reduziert Flüssigkeit auf und lehnen Nahrung ab (siehe P. CLAESSENS u.a.: Palliative Sedation (2011); R.M. McCANN u.a.: Comfort care for terminally ill patients (1994).

⁵⁸ Siehe T.E. QUILL u.a.: Palliative Options (2004).

ten beitragen, andererseits würde das Risiko eines problematischen Umgangs (Missbrauch, ungerechtfertigter Einsatz oder ungerechtfertigtes Vorenthalten, nicht sachgemäßer Einsatz)⁵⁹ mit der „tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende“ minimiert. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass Therapieempfehlungen bzw. Leitlinien zwar eine Entscheidungshilfe darstellen, den Verantwortlichen die abwägende Entscheidung im individuellen Einzelfall jedoch nicht abnehmen können.

Eine den im vorliegenden Beitrag vorgestellten Therapieempfehlungen entsprechende Anwendung der „tiefen kontinuierlichen Sedierung am Lebensende“ erfordert ein professionelles und erfahrenes Behandlungsteam, wie es in Deutschland und Österreich – trotz des Ausbaus der Palliativ- und Hospizversorgung – bislang noch nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Um eine Umsetzung künftiger Leitlinien garantieren zu können, bedarf es zum einen der Ausweitung der spezialisierten ambulanten palliativen Versorgung und einer Stärkung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, zum anderen aber auch der Schaffung weiterer stationärer Betten in Hospizen und auf Palliativstationen.⁶⁰ Das seit Dezember 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.⁶¹

Zusammenfassung

BOBBERT, MONIKA/KNAPP, CORINNA: **Tiefe kontinuierliche Sedierung als „verdeckte Euthanasie“? Praxisbezogene ethische und medizinische Unterscheidungen für die Palliativversorgung.** ETHICA 25 (2017) 4, 307–328

Die Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe ist bedeutsam für die ethische Urteilsbildung und die klinische Praxis. In manchen Fällen führen palliativmedizinische Standardtherapien nicht zur adäquaten Symptomkontrolle, so dass als Ultima Ratio eine „tiefe kontinuierliche Sedierung am Lebensende“ erforderlich werden kann. Die medizinische und ethische

Summary

BOBBERT, MONIKA/KNAPP, CORINNA: **Deep and continuous terminal sedation: “euthanasia in disguise”? Practice-related ethical and medical distinctions for palliative care.** ETHICA 25 (2017) 4, 307–328

The distinction between passive and active euthanasia is important for ethical judgment and clinical practice. In some cases, palliative-medical standard therapies do not lead to adequate symptom control, so that a “deep and continuous terminal sedation” may become necessary as an ultima ratio. The medical and ethical question to what extent a deep and continuous seda-

⁵⁹ Siehe H. TEN HAVE/J.V.M. WELIE: Palliative Sedation Versus Euthanasia (2014); K.C.P. VISSERS/J.G.J. HASSELAAR: Palliative Sedation (2010).

⁶⁰ Siehe Parlamentarische Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ der Republik Österreich (2014).

⁶¹ Siehe Deutscher Bundestag (2015).

Frage, worin sich die tiefe kontinuierliche Sedierung als spezielle Form der palliativen Sedierung von einer „ärztlichen Tötung auf Verlangen“ oder einer „verdeckten Euthanasie“ unterscheidet, wird diskutiert. Aus existierenden Therapieempfehlungen werden diejenigen Aspekte zusammengeführt, kritisch gesichtet und teilweise weiterentwickelt, die eine verantwortliche Entscheidung für eine kontinuierliche Sedierung am Lebensende kennzeichnen.

Ärztliche Tötung auf Verlangen
Lebensende
palliative Sedierung
passive Sterbehilfe
tiefe kontinuierliche Sedierung

tion as a special form of palliative sedation can be distinguished from “medical killing on demand” or “euthanasia in disguise” is discussed. From existing therapies, those aspects are brought together, critically examined and partially developed which characterize a responsible decision for a continuous sedation at the end of life.

Deep and continuous terminal sedation
end of life
medical killing on demand
palliative sedation
passive euthanasia

Literatur

- ACH, JOHANN/WIESING, URBAN/MARCKMANN, GEORG: Sterbehilfe – Einführung, in: Urban Wiesing (Hrsg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Reclam, 2012, S. 232–243.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)/Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)/Deutsche Krebshilfe (DKH) (2015). Onkologie L. Konsultationsfassung S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Abrufbar unter: <http://docplayer.org/9195232-S3-leitlinie-palliativmedizin-fuer-patienten-mit-einer-nicht-heilbaren-krebserkrankung.html> (Stand 26.09.2016).
- BATTIN, MARGARET P.: Terminal sedation: pulling the sheet over our eyes. *Hastings Center Report* 38 (2008) 5, 27–30.
- BIRNBACHER, DIETER: Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen. *Ethik in der Medizin* 16 (2004) 4, 358–368.
- BOBBERT, MONIKA: *Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken*. Münster: Mentis Verlag, 2012.
- Ethische Fragen medizinischer Behandlung am Lebensende, in: Michael Anderheiden/Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): *Handbuch Sterben und Menschenwürde*. Berlin: De Gruyter, 2012, S. 1099–1114.
- Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hrsg.): *Bioethik: eine Einführung*. Frankfurt a. M.: Surkamp, 2003, S. 314–323.
- BÖHM, STEFAN: Anxiolytika, Hypnotika, Sedativa, in: Michael Freissmuth/Stefan Offermanns/Stefan Böhm: *Pharmakologie & Toxikologie*. Berlin: Springer, 2012, S. 260–271.
- BRAUN, TED C./HAGEN, NEIL A./CLARK, TRISH: Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med* 6 (2004) 3, 345–350.

- BROECKAERT, BERT: Palliative Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Euthanasia: “Same, Same but Different”? *The American Journal of Bioethics* 11 (2011) 6, 62–64.
- CHERNY, NATHAN I./RADBRUCH LUKAS/Care TBotEAfP: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine* 23 (2009) 7, 581–593.
- CLAESSENS, PATRICIA/MENTEN, JOHAN/SCHOTSMANS, PAUL u.a.: Level of consciousness in dying patients. The role of palliative sedation: a longitudinal prospective study. *Am J Hosp Palliat Care* 29 (2012) 3, 195–200.
- Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units. *Journal of Pain & Symptom Management* 41 (2011) 1, 14–24.
- CRAIG, GILLIAN M.: On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: Has palliative medicine gone too far? *Journal of Medical Ethics* 20 (1994), 139–143.
- Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode (2015). B–D. Drucksache des Deutschen Bundestages 18/5170. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805170.pdf> (Stand 26.09.2016).
- DÖRRIES, ANDREA/LIPP, VOLKER (Hrsg.): Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, 2015.
- GASER, ELKE/MEISSNER, WINFRIED: Ernährung und Flüssigkeitsmanagement in der Palliativmedizin. *Anaesthesist* 61 (2012) 1, 63–68.
- HUHN, SIEGFRIED: Hunger und Durst stillen. *Heilberufe* 63 (2011), 17–19.
- JANSEN, LYNN A.: Disambiguating Clinical Intentions: The Ethics of Palliative Sedation. *Journal of Medicine and Philosophy* 35 (2010) 1, 19–31.
- KIRK, TIMOTHY W./MAHON, MARGARET M.: National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients. *Journal of Pain & Symptom Management* 39 (2010) 5, 914–923.
- KNMG/KNMP (2012). Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Abrufbar unter: <https://www.knmg.nl/zoekresultaten.htm?searchstring=NMG+K.+Richtlijn+Uitvoering+euthanasie+en+hulp+bij+zelfdoding#gsc.tab=0&gsc.q=KNMG.%20Richtlijn%20Uitvoering%20euthanasie%20en%20hulp%20bij%20zelfdoding%20site%3Akmg.nl&gsc.sort=> (Stand: 26.09.2016).
- LEVY, MICHAEL H./COHEN, SETH D.: Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: A fine intentional line. *Seminars in Oncology* 32 (2005) 2, 237–246.
- LiPUMA, SAMUEL H.: The Lacking of Moral Equivalency for Continuous Sedation and PAS. *The American Journal of Bioethics* 11 (2011) 6, 48–49.
- MATERSTVEDT, LARS JOHAN/CLARK, DAVID/ELLERSHAW, JOHN u.a.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 17 (2003), 97–101.
- MATHWIG, FRANK: Luxus Sterben? Zur aktuellen Kontroverse um Suizidhilfe und Sterbegleitung. Vortrag Spitex-Dienste, Dietlikon 29. Juni 2009. Abrufbar unter: <http://www.kirchenbund.ch/sites/default/files/media/pdf/mitarbeiter/Mathwig/Luxus-Sterben.pdf> (Stand: 19.10.2016).
- MCCANN, ROBERT M./HALL, WILLIAM J./GROTH-JUNCKER, ANNMARIE: Comfort care for ter-

- minally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *The Journal of the American Medical Association* 272 (1994) 16, 1263–1266.
- MERCADANTE, SEBASTIANO/INTRAVAIA, GIUSEPPE/VILLARI, PATRIZIA u.a. (2009). Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *Journal of Pain & Symptom Management* 37 (2009) 5, 771–779.
- MIETH, DIETMAR: Töten gegen Leiden?, in: Kurt Biesenbach (Hrsg.): Die Zehn Gebote: eine Kunstaussstellung des Deutschen Hygiene-Museums. Dresden: Hatje Cantz, 2004, S. 162–173.
- MORITA, TATSUYA/BITO, SEIJI/KURIHARA, YUKIE u.a.: Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 8 (2005) 4, 716–729.
- MORITA, TATSUYA/TSUNETO, SATORU/SHIMA, YASUO: Proposed definitions for terminal sedation. *Lancet* 358 (2001) 9278, 335–336.
- MÜLLER-BUSCH, H. CHRISTOF: „Terminale Sedierung“ Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene? *Ethik in der Medizin* 16 (2004), 369–377.
- MÜLLER-BUSCH, H. CHRISTOF/RADBRUCH, LUKAS/STRASSER, FLORIAN u.a.: Empfehlungen zur palliativen Sedierung. Arbeitsergebnisse einer internationalen Expertengruppe. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 131 (2006) 48, 2733–2736.
- NEITZKE, GERALD/OEHMICHEN, FRANK/SCHLIEP, HANS JOACHIM u.a.: Sedierung am Lebensende – Empfehlungen der Arbeitsgruppe Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). *Der Onkologe* 16 (2010) 8, 789–794.
- NEITZKE, GERALD: Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 109 (2014) 1, 8–12.
- ORENTLICHER, DAVID: The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide – Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia. *The New England Journal of Medicine* 337 (1997), 1236–1239.
- Parlamentarische Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ der Republik Österreich: Hospiz- und Palliativversorgung. Parlamentskorrespondenz PK-Nr. 1230 vom 16.12.2014
- PLONK, WILLIAM M./ARNOLD, ROBERT M.: Terminal Care: The Last Weeks of Life. *J Palliat Med* 8 (2005) 5, 1042–1054.
- QUILL, TIMOTHY E./LO, BERNARD/BROCK, DAN W.: Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia, in: Torbjörn Tännsjö (Hrsg.): Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise? Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004, S. 1–14.
- Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (2013). Jahresbericht 2012. Abrufbar unter: <http://docplayer.org/21979060-Regionalen-kontrollkommissionen-fuer-sterbehilfe-jahresbericht-2012.html> (Stand 16.09.2016).
- RIETJENS, JUDITH A. C./VAN DELDEN, JOHANNES J. M./VAN DER HEIDE, AGNES u.a.: Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices. *Archives of Internal Medicine* 166 (2006) 7, 749–753.
- RIETJENS, JUDITH A. C./VAN DER HEIDE, AGNES/VRAKKING ASTRID M. u.a.: Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Annals of Internal Medicine* 141 (2004) 3, 178–185.
- SCHIPPINGER, WALTER/WEIXLER, DIETMAR/MÜLLER-BUSCH, CHRISTOF: Palliative Sedierung

zur Symptomkontrolle massiver Dyspnoe. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 160 (2010) 13, 338–342.

TÄNNSJÖ, TORBJÖRN (Hrsg.): *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004.

TEN HAVE, HENK/WELIE, JOS V.M.: Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *J Pain Symptom Manage* 47 (2014) 1, 123–136.

VAN DELDEN, JOHANNES J.M.: Terminal sedation: source of a restless ethical debate – Slow euthanasia or a good palliative intervention? *Journal of Medical Ethics* 33 (2007) 4, 187–188.

VERKERK, MARIAN/VAN WIJLICK, ERIC/LEGEMAATE, JOHAN u.a.: A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 34 (2007) 6, 666–670.

VISSERS, KRIS C.P./HASSELAAR, JEROEN G. J.: Palliative Sedation: Need for Consensus Guidelines and Standards: Comment on “Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium: A Nationwide Survey”. *Archives of Internal Medicine* 170 (2010) 5, 494–495.

Prof. Dr. theol. Monika Bobbert, Dipl.-Psych.
Seminar für Moraltheologie, Kath.-Theol. Fakultät d. Univ. Münster
Johannisstraße 8–10, D-48143 Münster
M.Bobbert@uni-muenster.de

Dr. med. Corinna Knapp, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Medizin. Fakultät d. Univ. Heidelberg,
Im Neuenheimer Feld 327, D-69120 Heidelberg