

Zusammenfassung

Sedierung bei Schwerstkranken und Sterbenden spielt eine zunehmende Rolle zur Behandlung therapierefraktärer Symptome, aber auch zur Minderung von Anspannung und Angst in der Sterbebegleitung. Im Zusammenhang mit der auch in Deutschland zunehmenden Selbstbestimmungs- und Euthanasiedebatte wird auch das Thema einer „terminalen Sedierung“ kontrovers diskutiert. Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, aber auch die Möglichkeit des Missbrauchs einer „terminalen Sedierung“ zur vorzeitigen Lebensbeendigung machen es notwendig, Indikationen, Ziele, Absichten und ethische Implikationen einer medikamentösen Sedierung am Lebensende kritisch zu reflektieren und ihren Stellenwert anhand von Richtlinien zu verdeutlichen.

Schlüsselwörter

Terminale Sedierung · Palliativmedizin · Symptomkontrolle · Ethik · Übersicht

Abstract

Sedation in the end of life plays an increasing role in controlling refractory physical and psychological symptoms and in diminishing distress and anxiety in palliative care. The issue of „terminal sedation“ has evoked ethical concerns and is also discussed controversially in the debate on euthanasia and self determination in Germany. The intentions, aims and indications for medical sedation should be reflected carefully with respect to personal needs and to ethical aspects to clarify its position in end-of-life care.

Key words

Terminal sedation · palliative care · ethics · symptom control · attitudes · review

Sedierung am Lebensende – ein Problem?

In der palliativmedizinischen Betreuung sterbenskranker Menschen gibt es einen breiten Konsensus, dass im Bemühen um eine adäquate Symptomlinderung bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen und anderen Erkrankungen im Endstadium auch der Einsatz von Sedativa in Extremsituationen not-

wendig ist, durch die die Bewusstseinslage der Patienten eingeschränkt werden kann. Verschiedene Untersuchungen der letzten Jahre zeigten, dass trotz vieler Fortschritte in der Symptomkontrolle die Häufigkeit der „terminalen Sedierung“ auch in palliativmedizinischen Einrichtungen zugenommen hat [33], so dass die Frage gestellt wurde, ob dies einem stärkeren Bedürfnis der Patienten oder einer veränderten Einstellung von Ärzten und

Institutsangaben

Abt. für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Palliativmedizin, GK Havelhöhe, Berlin, Universität Witten/Herdecke

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch · Abteilung für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe · Kladower Damm 221 · 14089 Berlin · Tel.: 030/36501-160
Fax: 030/36501-161 · E-mail: muebu@havelhoehe.de

Bibliografie

Z Palliativmed 2004; 5: 107 – 112 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-834564
ISSN 1615-2921

Institutionen in der Frage einer guten Sterbebegleitung zuzuschreiben ist [21]. Eine Umfrage der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Jahre 2002 ergab, dass über 90% der Palliativärzte, aber auch der antwortenden Ärzte einer Kontrollgruppe eine Sedierung am Lebensende in Extremsituationen unerträglichen Leidens befürworten würden [34]. 85% hatten Sedierungen am Lebensende selbst durchgeführt und würden diese Form der Behandlung in aussichtslosen Krankheitssituationen auch für sich selbst befürworten. Die ethische Problematik einer Sedierung von sterbenskranken und sterbenden Menschen ist in den letzten Monaten in Deutschland [12], aber auch durch Medienberichte aus den Niederlanden, ins Blickfeld geraten, nachdem „terminale Sedierung“ mit dem Ziel der Lebensbeendigung in zunehmender Häufigkeit bei schwerstkranken Patienten eingesetzt wurde, um den strengen Formalien der dortigen Euthanasiegenehmigungsverfahren zu entgehen [24]. In einer repräsentativen Umfrage in den Niederlanden wurde festgestellt, dass fast die Hälfte der Ärzte bereits einmal eine „terminale Sedierung“ durchgeführt hatte. In jedem sechsten Fall geschah dies in der expliziten Absicht, den Tod des Patienten herbeizuführen [43]. Die Möglichkeit, durch Sedierung bei schwerstkranken Patienten den Tod medizinisch zu beschleunigen, hat die Notwendigkeit klarer ethischer Kriterien verdeutlicht [26]. Auch wenn der Einsatz von Sedativa zur Linderung quälender Symptome und extremer Angst am Lebensende inzwischen von den meisten Ärzten als hilfreiche palliative Therapieoption angesehen wird und hohe Akzeptanz besitzt, bestehen zur Frage der Voraussetzungen, der Entscheidungskriterien und Technik, aber auch zu den ethischen Implikationen einer Sedierung am Lebensende noch erhebliche Wissensdefizite. So antwortete ein Teilnehmer einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung auf die Frage, was er unter „terminaler Sedierung“ verstünde, kürzlich: „Die Verabreichung langsam ansteigender Dosen von Benzodiazepinen zur Erzielung von Bewusstlosigkeit bis zum Eintritt des Todes“. Wie dieses Beispiel zeigt, scheint die hohe Akzeptanz der Methode aber nicht immer auch mit einer ausreichenden Kenntnis der Gefahren und kritischen Reflexion der ethischen Problematik verbunden zu sein.

Hinzu kommt, dass der Wunsch, „im Schlaf zu sterben“, „nicht mehr aufzuwachen“ oder gar „eingeschläfert zu werden“ auch Betroffene und deren Angehörige angesichts der Defizite der modernen Medizin, auch in aussichtslosen Krankheitssituationen keine ausreichende Leidenslinderung und Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten, aber auch in der Auseinandersetzung mit der Euthanasie in zunehmendem Maße beschäftigt. Neben dem Verlangen nach optimaler Schmerzlinderung wird deswegen auch die Bitte nach einer Sedierung am Lebensende in Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten häufiger zum Ausdruck gebracht. So bat die Frau eines Rechtsanwalts mit einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom kürzlich in einer Patientenverfügung, die sie dem Anästhesisten beim Prämedikationsgespräch vorlegte, darum, dass „ich im Falle der Erfolglosigkeit der Operation nicht mehr wach werden möchte, indem ich bis zum Eintritt des Todes sediert werde“. Die Konfrontation mit solchen Bitten kann zu erheblichen Konflikten führen, für die nicht nur fachliches Wissen, sondern auch ethische Kompetenz zunehmend gefragt ist [32].

Kurz gefasst: Sedierung hat als Therapieoption zur Erleichterung schwieriger Sterbesituationen bei Ärzten und Betroffenen in den letzten Jahren eine hohe Akzeptanz gefunden, sodass es notwendig ist, vor dem Hintergrund aktueller Sterbehilfediskussionen die Voraussetzungen und ethischen Implikationen kritisch zu reflektieren.

Definitivische Probleme und kulturelle Aspekte

Die einer Sedierung am Lebensende zugrunde liegenden Konzepte, damit verbundene Probleme und Intentionen manifestieren sich in einer auch in der internationalen Fachliteratur uneinheitlichen Terminologie [1,6,16,17,25,29] und in unterschiedlichen Techniken [3,10]. Der weniger im Hinblick auf ihre Beschränkung auf terminale Krankheitsstadien, aber evtl. in ihrer Intentionalität nicht eindeutig präzise (missverständliche) Begriff „terminale Sedierung“ [4,13] wird in der kontrovers geführten Diskussion über Indikationen, Voraussetzungen, Formen und Ziele der Sedierung am Lebensende am häufigsten verwendet, auch wenn einige Experten den Begriff „palliative Sedierung“ bevorzugen [31,44]. Unterschiedliche Ansichten bestehen insbesondere zu Entscheidungskriterien, Einwilligungsprozessen [7], klinischen Implikationen (Fortführung oder Abbruch der künstlichen Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie [37,40]) sowie zu Zeitpunkt und Zeitdauer des Einsatzes einer Sedierung bei sterbenskranken Patienten [18]. Verschiedene Publikationen weisen darauf hin, dass Häufigkeit und Akzeptanz einer Sedierung am Lebensende auch stark von kulturellen Traditionen und Haltungen bestimmt wird [14,20,38,46].

Sedierung im Terminal- oder Finalstadium einer Erkrankung kann definiert werden als intravenöse oder subkutane Infusion von Medikamenten zur Bewusstseinsdämpfung (in der Regel Benzodiazepine u.U. in Kombination mit Opiaten) in einer solchen Dosis, dass die Zeit bis zum Eintritt des Todes durch die Linderung belastender Symptome annehmbarer und erträglicher wird. Die Europäische Gesellschaft für Palliativ Care (EAPC) weist in ihrem Positionspapier zur Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid darauf hin, dass „terminale“ oder „palliative“ Sedierung von der Euthanasie deutlich unterschieden werden muss. Bei der Euthanasie ist die *Intention*, den Patienten zu töten, das *Vorgehen* besteht darin, ein tödliches Medikament zu verabreichen, und das erfolgreiche *Ergebnis* ist der sofortige Tod. Die *Intention* von terminaler Sedierung ist es, unerträgliches Leiden zu lindern; das *Vorgehen* besteht darin, ein sedierendes Medikament zur Symptomkontrolle einzusetzen, und der Erfolg dieser Maßnahme ist die Linderung der belastenden Symptome. In der Palliativmedizin kann eine milde Sedierung therapeutisch eingesetzt werden, die den Wachheitszustand des Patienten oder seine Kommunikationsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt. In seltenen Fällen kann das klar formulierte therapeutische Ziel nur durch eine tiefe Sedierung erreicht werden, mit der Folge, dass die Bewusstseinslage des Patienten stark eingeschränkt wird. In solchen Fällen muss die Tiefe der Sedierung regelmäßig neu überdacht werden. Zudem werden sedierte Patienten kontinuierlich überwacht und künstlich ernährt oder hydriert, falls dies im Krankheitsverlauf indiziert sein sollte. Generell ist eine tiefe Sedierung immer nur für einen bestimmten Zeitraum vorgesehen [27]. Diese Definition der „terminalen Sedierung“ verdeutlicht, dass es sich dabei um eine situativ steuer- und kontrollier-

Tab. 1 Studien zu Häufigkeit und Indikation einer Sedierung am Lebensende

Quelle	Patienten n	mit Sedierung		Hauptindikation/Symptom				
		n	%	Unruhe/Delir	Dyspnoe	Schmerz	Angst	andere
Ventafriidda V et al. 1990	154	79	52%	14%	41%	39%	k.A.	6%
Morita T et al. 1996	143	61	48%	33%	49%	39%	k.A.	10%
Ojeda Martin M et al. 1997	448	85	19%	37%	74%	6%	k.A.	11%
Stone P et al. 1997	115	30	26%	60%	20%	20%	26%	3%
Morita T et al. 1999	157	70	45%	42%	41%	13%	2%	3%
Porta-Sales J et al. 1999	486	112	23%	23%	26%	26%	36%	k.A.
Fainsinger RL et al. 2000	387	100	26%	61%	26%	7%	11%	12%
Morita T et al. 2000	248	20	8%	40%	50%	5%	k.A.	5%
Chiu TY et al. 2001	246	70	28%	43%	10%	23%	7%	k.A.
Caraceni A et al. 2002	101	58	57%	29%	43%	2%	22%	5%
Müller-Busch HC et al. 2003	548	80	15%	14%	35%	3%	40%	9%
gesamt	3003	765	26%	37%	41%	13%	22%	6%

bare Therapieoption zur Symptomkontrolle und nicht um einen Tod des Patienten intendierendes Verfahren handelt. Unter diesem Aspekt können unterschiedliche Formen der Sedierung unterschieden werden: primär und sekundär, intermittierend und kontinuierlich, oberflächlich und tief.

Kurz gefasst: Unter dem Begriff „terminale oder palliative Sedierung“ werden unterschiedliche Konzepte der Symptomkontrolle verstanden, die von verdeckten Formen der Euthanasie abgegrenzt werden müssen.

Indikationen, Häufigkeit und Zeitpunkt des Einsatzes von Sedativa

Viele der in der Palliativmedizin eingesetzten Medikamente haben meist temporär und bei hohen Dosen auftretende sedierende Nebenwirkungen. In der Regel sind diese, auch als sekundäre Effekte bezeichneten Nebenwirkungen, unerwünscht. Gelegentlich ist jedoch eine Benommenheit oder Sedierung als primärer Effekt erwünscht, z. B. bei extremer Unruhe bzw. in Situationen, in denen die Symptome anderweitig nicht kontrolliert werden können. In verschiedenen Übersichten werden als Hauptindikationen in terminalen Krankheitsstadien therapieresistentes agitiertes Delir (39%), Atemnot (38%), Schmerz (22%), Angst und Stress (21%), akute Blutungen (9%) sowie Übelkeit und Erbrechen (6%) angegeben [10,14,39]. In einer in Großbritannien durchgeführten Umfrage wurden von 61 Palliativmedizinern bei über 50% der sedierten Patienten mehrere Symptome als Grund genannt [6]. In den letzten Jahren wird auch die Frage diskutiert, unter welchen Voraussetzungen eine „terminale Sedierung“ in Situationen „existenziellen Leidens“ ohne körperliche oder psychische Begleitsymptome in Betracht gezogen werden kann [17,18,44]. In verschiedenen retrospektiven und prospektiven Untersuchungen wird eine Gesamtinzidenz zwischen 8 und 52% der verstorbenen Patienten angegeben [8,11,14,28,30,36,39,48]. Die Häufigkeit und Indikation des Einsatzes einer Sedierung am Lebensende wird in einem hohen Maße von konzeptionellen Einstellungen, professioneller Erfahrung in Symptomkontrolle, ambulanten oder stationären medizinischen Versorgungsstruk-

turen, kulturellen und religiösen Haltungen bestimmt [35,41] (Tab. 1). Während z. B. in einer anonymen norwegischen Untersuchung nur 22% der antwortenden Ärzte eine Sedierung bei Sterbenden durchgeführt hatten und therapieresistente Schmerzen als Hauptgrund angegeben wurde [15], kommt eine palliative oder terminale Sedierung nach Untersuchungen in Spanien und Italien in bis zu 50% der Sterbenden zum Einsatz [5,36]. Eine eigene Untersuchung über den Einsatz von sedierenden Medikamenten in den letzten 48 Stunden des Lebens zeigte eine Gesamtinzidenz von 14,5% in den Jahren 1995–2002 mit zunehmender Häufigkeit in den letzten drei Jahren. Gleichzeitig zeigte sich, dass sich der zunächst mehr bei „körperlichen“ Symptomen erfolgte Einsatz von Sedativa in den letzten Jahren zugunsten von mehr psychosozialen Indikationen verschoben hatte, während z. B. Schmerz insgesamt nur in 2,5% für die Entscheidung zur Sedierung ausschlaggebend war [33]. Selbstverständlich kann der Einsatz von Sedativa in jedem Krankheitsstadium notwendig sein, z. B. in Form der sog. Analgosedierung zur Durchführung schmerzhafter diagnostischer oder therapeutischer Interventionen oder zur Durchbrechung schwerst agitierter psychischer Dekompensationen. Weitgehende Einigkeit besteht darüber, dass der Zeitpunkt des Einsatzes einer terminalen Sedierung auf terminale oder finale Krankheitsstadien beschränkt werden sollte [7]. Unter Berücksichtigung der prognostischen Unsicherheit einer Vorhersagbarkeit der Grenzlinie zwischen Leben und Tod [23] sowie der besonders bei fortgeschrittenen „unheilbaren“ Erkrankungen von medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen bestimmten Verläufe, berührt die Frage des Einsatzes von Sedativa am Lebensende auch die Frage, ob dadurch möglicherweise eine Lebensverkürzung bewirkt wird. Vergleichsuntersuchungen von Patientenverläufen in Palliativbetreuung zeigten jedoch, dass sich die Überlebenszeiten von Patienten mit Sedierung zu denen ohne Sedierung nicht unterscheiden [9,47]. Die Dauer der Sedierung zeigte in allen Untersuchungen starke individuelle Unterschiede. So lag z. B. die in unserer Untersuchung dokumentierte Durchschnittsdauer der Sedierung bei 63 Stunden mit einer Schwankungsbreite zwischen 2 und 264 Stunden [33].

Kurz gefasst: Der Einsatz einer Sedierung in der Palliativmedizin zur Linderung therapieresistenter körperlicher und psychischer Beschwerden in der Terminalphase wird in hohem Maße von konzeptionellen Einstellungen, professioneller Erfahrung in Symptomkontrolle, kulturellem Hintergrund und Versorgungsstrukturen bestimmt.

Techniken, Qualitätskriterien, Ziele

In den meisten der publizierten Untersuchungen wird die Sedierung durch eine symptomorientierte, bedarfsgesteuerte intravenöse oder subkutane Infusion mit Benzodiazepinen (z. B. Midazolam in einer Dosierung von 0,5–10 mg/Std.), gelegentlich mit Barbituraten und Neuroleptika, seltener mit Propofol, durchgeführt [6,25]. Angemessen ist in der Regel eine einschleichende Dosissteigerung, selten sind anfangs hohe Dosierungen zur raschen Symptomkontrolle notwendig. Von einigen Experten wird eine primäre (Bewusstseinseinschränkung als therapeutisches Ziel) und eine sekundäre Sedierung (Bewusstseinseinschränkung als Begleiterscheinung einer Therapie) unterschieden [29]. Ziel der Sedierung ist nicht notwendigerweise die Herbeiführung des Tiefschlafs oder eines komatösen Zustandes bis zum Tode, sondern eine optimale Symptom- und Angstminderung durch eine angemessene Dosierung der Sedativa und Dauer der Sedierung. Die Kombination mit Opiaten und anderen Medikamenten sollte die vorausgegangenen Behandlungsziele berücksichtigen, sofern diese für eine gute Symptomkontrolle in der Terminalphase indiziert sind. Die Sedierungstiefe sollte an den Schlaf-Wachbedarf des Patienten adaptiert werden und am Tag eine entspannte (eingeschränkte) Kommunikation erlauben. Dies bedeutet in der Regel eine intermittierende und situativ angepasste Dosisitrierung. Auch wenn über die Fortsetzung der Ernährung oder Flüssigkeitstherapie unter einer „terminalen Sedierung“ die Meinungen auseinander gehen [22], schließt eine „milde“ Sedierung am Lebende orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht notwendigerweise aus. In unserer Untersuchung konnten $\frac{2}{3}$ der sedierten Patienten noch Flüssigkeit und 13% Nahrung zu sich nehmen, bei $\frac{1}{3}$ der Patienten erfolgte die intravenöse Flüssigkeitszufuhr im Verlauf der Sedierung nach klinischen Zeichen von Durst [33]. Sedierung am Lebende kann und darf jedoch personelle Betreuung, Nähe und mitfühlendes Verständnis nicht ersetzen. Die sorgfältige Kontrolle und Dokumentation der Sedierungstiefe [42] und -dauer sowie vitaler Parameter erhöht nicht nur die Transparenz einer wichtigen medizinischen Behandlungsmöglichkeit in der Sterbegleitung, sondern sollte auch die Aufmerksamkeit für die besonderen Bedürfnisse Sterbender fördern und den Angehörigen die Angst und das Leiden in einer auch für sie oft „unerträglichen“ Abschiedssituation erleichtern. Die Einwilligung des Patienten und seiner Angehörigen wird als wichtige und notwendige Voraussetzung einer Sedierung am Lebende angesehen. Besonders bei Patienten mit Erkrankungen, bei denen in der Endphase u. U. schwer zu kontrollierende oder mit starken Ängsten verbundene Symptome erwartet werden können, sollte die Möglichkeit einer Sedierung in der Sterbephase frühzeitig und mit allen Beteiligten erörtert werden. Dennoch kann in Notsituationen, z. B. im Finalstadium einer Erkrankung mit massiven Blutungen, extremer Unruhe und Erstickungsangst, eine Sedierung zur Beruhigung der Sterbephase auch ohne explizite Einwilligung des Betroffenen ange-

Definition:

Medizinisch indizierte Therapieoption am Lebende, die darauf abzielt, das Bewusstsein des unheilbar kranken Patienten so zu dämpfen, dass er keine Schmerzen oder andere belastende Symptome mehr wahrnimmt.

Indikation:

Therapieresistente und belastende Symptome in terminalen bzw. finalen Erkrankungsstadien. Das Eintreten des Todes kann in den nächsten 48 Stunden erwartet werden.

Voraussetzungen:

Informierte Einwilligung des Patienten, seiner Angehörigen und des Behandlungsteams. Erfolglosigkeit konventioneller palliativer Maßnahmen. Personeller Beistand.

Technik:

Bedarfsgesteuerte intermittierende oder kontinuierliche intravenöse oder subkutane Infusion von Sedativa (z. B. Midazolam iv, 0,5–10 mg/h) und Kotherapeutika adaptiert an Willen, Zustand und Wunsch des Patienten. Sedierungsprotokoll mit kontinuierlicher Dokumentation von Symptomen und Vigilanz, Medikamentendosierungen, Kreislauf, Atmung und Kommunikation. Dosisreduktion in der Agonie.

Ziele und Intentionen:

Symptom- und Angstlinderung, Ermöglichung eines ruhigen Nachtschlafs, komfortorientierte Sedierung am Tage unter Berücksichtigung kommunikativer Beziehungen. Erleichterung der Sterbesituation, keine Beschleunigung des Todes.

Abb. 1 Sedierungsrichtlinien bei Patienten auf der Palliativstation am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe.

zeigt sein. Die Entscheidung sollte allerdings im Interesse einer nachvollziehbaren Indikation besonders sorgfältig dokumentiert werden und transparent sein. Einfühlsames Verstehen, ethische und fachliche Kompetenz, aber auch respektvolle Kommunikation über die Möglichkeiten, Formen und Ziele einer Sedierung ist besonders dann gefragt, wenn das Verlangen „im Schlaf zu sterben“ durch Patienten oder Angehörige als alternative Möglichkeit zur Euthanasie gefordert wird, aber auch dann, wenn der Druck auf Ärzte und Pflegenden in Situationen unbefriedigender Symptomkontrolle aufgrund mangelnder Erfahrung und Möglichkeiten zunimmt, durch eine Sedierung – aus welchen Gründen auch immer – „den Tod doch etwas zu beschleunigen“. Die von uns entwickelten Richtlinien (Abb. 1) könnten dazu beitragen, auch in schwierigen Situationen unbefriedigender Symptomkontrolle Fehlentwicklungen zu vermeiden und angemessene Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Kurz gefasst: Technik und Tiefe einer Sedierung in der Terminal- und Sterbephase sollte situativ gesteuert und sorgfältig überwacht werden. Einverständnis, Kommunikation aller Beteiligten, Dokumentation und Transparenz sind Grundvoraussetzungen, um den Stellenwert der Sedierung in schwierigen Situationen des Sterbens zu sichern und Missbrauch bzw. Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Ethische Aspekte – Richtlinien

Die ethische Legitimation einer Sedierung am Lebende ergibt sich aus der moralischen Verpflichtung, unerträglich und belastend empfundene Leidenssituationen am Ende des Lebens zu erleichtern. Die Möglichkeit, Sedierung als eine Form des medizinischen Tötens bzw. als verdeckte Form der Euthanasie zu miss-

brauchen, den vorzeitigen Tod herbeizuführen, bestimmt auch die kontrovers geführte ethische Debatte über den Stellenwert einer Sedierung in sterbenahen Situationen. Unter der „Doktrin des Doppeleffekts“ – in dem der Tod als Nebeneffekt einer Medikation in Kauf genommen werden kann, wenn deren primäres Ziel eine lindernde Wirkung ist – hat die Sedierung am Lebensende als Therapieoption in unerträglichen und refraktären Leidenssituationen in der Palliativmedizin einen weitgehend anerkannten Stellenwert. Kritiker befürchten allerdings, dass durch die Möglichkeit „im Schlaf zu sterben“ bzw. bis zum Eintritt des Todes sediert zu werden, diese sog. „echte terminale Sedierung“ [19] als Alternative zur Euthanasie oder ärztlich assistiertem Suizid angesehen und gefordert werden kann [2]. Die technischen Möglichkeiten einer palliativen Sedierung bis zum Tode könnten aber auch dazu führen, dass sich Elemente und Vorstellungen eines guten Todes verändern. Ein rasches Ende wird von vielen als weniger belastend empfunden als ein würdiges Sterben in vertrauter Umgebung, sodass von Kritikern auch befürchtet wird, dass für Abschied und Sinnfragen, die Menschen in der Begegnung mit Sterben und Tod immer wieder bewegen, durch technische Lösungen immer weniger Raum bleibt.

Im Spannungsfeld medizinethischer Prinzipien hat das Prinzip, Autonomie zu fördern, auch für sterbensnahe Situationen einen hohen Stellenwert [27]. Während Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid in letzter Konsequenz als eine gezielte Zerstörung von Autonomie angesehen werden können, respektiert eine Sedierung am Lebensende auch das Sterben als einen autonomen Prozess. Sedierung am Lebensende sollte deshalb immer von der Verantwortung für eine gute Sterbebegleitung und nicht vom Gedanken der vorzeitigen Herbeiführung des Todes bestimmt werden. Eine kritische Reflexion über Absichten und Ziele einer Sedierung am Lebensende sollte sich deshalb immer am Prinzip der Verantwortung orientieren. Nur so kann das Vertrauen in die Möglichkeiten der Palliativmedizin als Alternative zur Euthanasie gefördert werden und Anerkennung finden.

Kurz gefasst: Sedierung am Lebensende hat wie alle palliativen Maßnahmen eine Verbesserung der Lebenssituation zum Ziel und sollte nicht vom Gedanken der Todesbeschleunigung, sondern von dem Bemühen geleitet werden, auch in schwierigen Situationen Leiden zu lindern und ein autonomes Sterben in Würde zu begleiten.

Schlussfolgerungen

Terminale Sedierung ist eine effektive Therapieoption, in Extremsituationen unerträglichen Leidens am Lebensende Erleichterung zu schaffen. Die Möglichkeit, den Einsatz von Sedativa als verdeckte Form einer vorzeitigen Lebensbeendigung zu missbrauchen, erfordert nicht nur fachliches Wissen über Indikation, Art und Voraussetzungen ihres Einsatzes, sondern auch hohe ethische Kompetenz und Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse und Nöte sterbenskranker Menschen. Frühzeitige Aufklärung, Einverständnis der Betroffenen, Kommunikation über Ziele und Absichten einer terminalen Sedierung, Richtlinien zur Durchführung, Dokumentation und Transparenz sind notwendig und sollten dazu beitragen, den Stellenwert der Sedierung im Rahmen

der palliativen Betreuung am Lebensende zu verdeutlichen, Missbrauch zu vermeiden und ethische Vorbehalte abzubauen.

Literatur

- 1 Billings JA, Block SD. Slow Euthanasia. *J Palliative Care* 1996; 12: 21 – 30
- 2 Blocher MB. The Ethics of Terminal Sedation as a Treatment of End-of-Life Pain and Suffering. *Biblical Bioethics* 2003; 7: 1 – 4
- 3 Broeckaert B, Nunez Olarte JM. Sedation in palliative care: facts and concepts. In: ten Have H, Clark D (eds): The ethics of palliative care: European perspectives. Facing Death series. Buckingham: Open University Press, 2002: 166 – 180
- 4 Byock IR. When suffering persists. *J Palliat Care* 1994; 10: 8 – 13
- 5 Caraceni A, Zecca E, Martini C, Gorni G, Galbiatti A, Conno F De. Terminal Sedation: A retrospective survey of a three-year experience. www.eapcnet.org/download/forLyon2002/selectedabstracts/242_Caraceni.pdf
- 6 Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying – a survey of experts. *Pall Med* 1998; 12: 255 – 269
- 7 Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31 – 38
- 8 Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symp Manage* 2001; 21: 467 – 472
- 9 Cowan JD, Palmer TW. Practical guide to palliative sedation. *Curr Oncol Rep* 2002; 4 (3): 242 – 249
- 10 Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine – definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 2001; 9: 403 – 407
- 11 Craig G. Terminal sedation CMQ 2002. www.catholicdoctors.org.uk/CMQ/Feb_2002/terminal_sedation.htm
- 12 Dahlkamp J, Fröhlingdorf M, Ludwig U. Tiefschlaf bis zum Tod. *Der Spiegel* 2003; 41: 206 – 208
- 13 Enck RE. Drug induced terminal sedation for symptom control. *Am J Hospice Palliat Care* 1991; 8: 3 – 5
- 14 Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengtson K, Landman W, Hosking M et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Pall Med* 2000; 14 (4): 257 – 265
- 15 Førde R, Olaf G, Aasland OG, Falkum E, Breivik H, Kaasa S. Palliative sedation to the dying patient. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1085 – 1088
- 16 Furst CJ, Hagenfeldt K. End-of-life sedation – definition and clinical guidelines needed. *Lakartidningen* 2002; 99 (39): 3830 – 3835
- 17 Goldstein-Shirley J, Fine PG. „Ethics of Total Sedation“, Total Sedation Educational Resources Draft, prepared by a Task Force of the NHPCCO Ethics Committee (Session 8A, March 25, 2001): 1 – 10
- 18 Hallenbeck JL. Terminal Sedation: Ethical Implications in Different Situations. *J of Pall Med* 2000; 3: 313 – 320
- 19 Hawryluck LA, Harvey WRC, Lemieux-Charles L, Singer PA. Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care unit patients. *BMC Medical Ethics* 2002; 3: 3
- 20 Hinkka H, Kosunen E, Lammi EK, Metsanoja R, Puustelli A, Kellokumpu-Lehtinen P. Decision making in terminal care: a survey of Finnish doctor's treatment decisions in end-of-life scenarios involving a terminal cancer and a terminal dementia patient. *Pall Med* 2002; 16: 195 – 204
- 21 Irwin M. Terminal Sedation. *Voluntary Euthanasia News*, May 2001: 8 – 9
- 22 Jansen LA, Sulmasy DP. Sedation, alimentation, hydration, and equivocation: careful conversation about care at the end of life. *Ann Intern Med* 2002; 136: 845 – 849
- 23 Jonas H. *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1974: 130
- 24 Kolfshoeten F v. Dutch television report stirs up euthanasia controversy. *Lancet* 2003; 361: 1352 – 1353
- 25 Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ. Sedation for intractable distress of a dying patient. *The Oncologist* 2000; 5: 53 – 62

- ²⁶ Materstvedt LJ, Kaasa S. The ethics of terminal sedation. Poster 7th Congress of EAPC, Palermo 2001. http://www.medisin.ntnu.no/ims/kreft/slb/Dokument/Abstract/materstvedt_og_kaasa_Palermo_29_mars.pdf
- ²⁷ Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Boeck Gravgaard AM, Müller-Busch HC, Porta I, Sales J, Rapin CH. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Pall Medicine* 2003; 17: 97–101
- ²⁸ Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symp Manag* 1996; 12: 32–38
- ²⁹ Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24 (4): 447–453
- ³⁰ Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Do hospice clinicians sedate patients intending to hasten death? *J Palliat Care* 1999; 15 (3): 20–23
- ³¹ Morita T, Hirai K, Okazaki Y. Preferences for Palliative Sedation Therapy in the Japanese General Population. *J Pall Med* 2002; 5 (3): 375–386
- ³² Müller-Busch HC. Zur Behandlung ethischer Probleme und Konflikte bei sterbenskranken und sterbenden Menschen. *Z Palliativmed* 2002; 3: 70–77
- ³³ Müller-Busch HC, Jehser T, Andres I. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003; 2: 2
- ³⁴ Müller-Busch HC, Klaschik E, Oduncu FS, Schindler T, Woskanjan S. Euthanasie bei unerträglichem Leid? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002. *Z Palliativmed* 2003; 4: 75–84
- ³⁵ Nunez Olarte JM, Guillen DG. Cultural issues and ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain. *Cancer Control* 2001; 8: 46–54
- ³⁶ Ojeda Martin M, Navarro Marrero A, Gomez Sancho M. Sedacion y enfermo oncologico terminal. *Med Pal* 1997; 4: 101–108
- ³⁷ Orentlicher D. The Supreme Court and physician-assisted suicide – rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. *Sounding board. N Engl J Med* 1997; 337: 1236–1239
- ³⁸ Porta Sales J, Ylla-Català Boré E, Estibalez Gil A et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 1999; 6: 153–158
- ³⁹ Porta Sales J. Sedation and terminal care. *EJPC* 2001; 8: 97–100
- ⁴⁰ Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort. A comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997; 23: 2099–2104
- ⁴¹ Radbruch L. Reflections on the use of sedation in terminal care. *EJPC* 2002; 9 (6): 237–239
- ⁴² Ramsay MAE, Savege TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with alpraxalone-alphadolone. *British Medical Journal* 1974; 2: 656–659
- ⁴³ Rietjens JAC, Heide A van der, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, Maas PJ van der, Wal G van der. Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands. *Ann of Int Med* 2004; 141: 178–185
- ⁴⁴ Rousseau P. Existential suffering and palliative sedation: A brief commentary with a proposal for clinical guidelines. *Am J of Hosp and Pall Care* 2001; 18: 151–153
- ⁴⁵ Roy D. Need they sleep before they die? *J Pall Care* 1990; 6 (3): 3–4
- ⁴⁶ Steinhäuser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 15, 284: 2476–2482
- ⁴⁷ Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997; 11: 140–144
- ⁴⁸ Ventafridda V, Ripamonti C, Conno F De, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients last days of life. *J Pall Care* 1990; 6: 7–11