

Empfehlung des

**Ethik-Komitees** der  
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

## Ethische Orientierungshilfe



zum Umgang mit der  
Palliativen Sedierung



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT  
DORTMUND gGmbH  
(KRANKEN- UND PFLEGE-EINRICHTUNGEN)



# **Empfehlung des Ethik-Komitees der Kath. St.-Johannes- Gesellschaft zum Umgang mit der Palliativen Sedierung**

## **1. Einleitung**

Grenzsituationen menschlichen Lebens stellen für alle Beteiligten - Betroffene und therapeutisch Begleitende - außerordentliche Herausforderungen als Menschen und professionell Handelnde dar. Diese Empfehlung befasst sich mit der Behandlung unerträglicher Leidenszustände von Menschen, bei denen die Lebenserwartung durch eine unheilbare Erkrankung absehbar begrenzt ist bzw. das Sterben unmittelbar begonnen hat. Wenn menschliches Leben nicht nur Schmerzen, sondern letztlich kaum mehr tragbares Leiden und Sterben bedeutet, dann sind fachlich qualifizierte und mitmenschliche Begleiter gefordert.

Mit dieser Empfehlung versucht das Ethik-Komitee der St.-Johannes-Gesellschaft Patienten und Angehörige, sowie therapeutisch Tätige in diesen Grenzsituationen zu unterstützen und in diesem Sinne Hilfe zur Orientierung vor dem Hintergrund christlich-ethischer Perspektive - immer in dem Wissen darum, dass letztlich jede leidvolle Lebenssituation einzigartig ist und bleiben muss, zu geben.

Um das Selbstbestimmungsrecht als konkreten Ausdruck menschlicher Würde zu achten, Leben zu erhalten und unser Handeln in den Dienst der Gesundheit zu stellen, sehen wir angesichts schwerster Symptome in Todesnähe die Notwendigkeit des Beistandes über Basismaßnahmen und Zuwendung hinaus. Die Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Wertkonflikte und ethischen Dilemmata sollen im Folgenden aus ethischer Sicht diskutiert werden. Dieser ethische Diskurs führt zu Empfehlungen für die Entscheidungsfindung und das daraus folgende Handeln für den Entscheidungsträger in seiner Situation.

## **2. Definition**

Palliative Behandlung ist von der kurativen Behandlung zu unterscheiden.

Die palliative Therapie bedeutet eine lindernde Behandlung. Die kurative Therapie zielt auf die Heilung. Zudem meint Palliativmedizin auch die umfassende (physische, psychische, soziale und spirituelle) Behandlung eines letztlich unheilbaren Zustandes<sup>1</sup>. Die wesentliche christlich-ethische Herausforderung beruht auf dem Anspruch des Mitgefühls und der Empathie (christlich-ethisch gesprochen: Barmherzigkeit), um die einzigartige Situation für alle Betroffenen würdig zu gestalten. Bei der „Palliativen Sedierung“ handelt es sich um eine ärztliche Vorgehensweise, die in Extremfällen Patienten in einem finalen<sup>2</sup> Erkrankungs-Stadium vorbehalten ist, deren massive Beschwerden herkömmlich nicht zu behandeln sind und so das Leiden unerträglich verstärken. Das **Behandlungsziel** ist eine Linderung der belastenden Symptome, *auch wenn in letzter Konsequenz ein früherer Todeseintritt möglich ist*. Wegen der notwendigen Trennschärfe der Begriffe sind besondere Anforderungen an die Indikationsstellung, die Aufklärung und den Konsens im Behandlungsteam zu stellen. Die aktiv-direkte Sterbehilfe wird ausnahmslos abgelehnt, weil die Herbeiführung des Todes nicht das therapeutische Ziel des Entscheidens und Handelns ist.

### 3. Indikation

Folgende Leidenszustände und Symptome, für die alle anderen Therapiealternativen einschließlich medizinisch-pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Angebote bereits ausgeschöpft oder unzumutbar sind, rechtfertigen den Einsatz der „Palliativen Sedierung“:

- Luftnot
- Schmerz
- Angst

---

<sup>1</sup> WHO: „Palliative Behandlung ... betont das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Vorgang ... beschleunigt weder, noch verzögert den Tod... ,sorgt für Erleichterung der Schmerzen und anderer quälender Symptome,... integriert die psychologischen und spiritualen Aspekte der Behandlung, ... bietet ein Unterstützungssystem an, um dem Patienten im aktiven Leben behilflich zu sein bis zum Tod, ... bietet den Familien während der Erkrankung des Angehörigen und bei der Trauer nach seinem Tod Hilfe an.“

<sup>2</sup> Die Begriffe „präfinal“ und „final“ beschreiben hier einen zunehmend unausweichlichen und irreversiblen Prozess des Krankheitsverlaufes, sagen jedoch nichts über die Indikation für palliative Maßnahmen aus. Bei manchen Erkrankungsverläufen kann diese Phase bereits in größerem Abstand zum Tode einsetzen, noch bevor der Verlauf als „präfinal“ bezeichnet wird.

- Blutung
- Übelkeit, Erbrechen
- Delir

Voraussetzung bei diesen Symptomen ist, daß sie Patienten betreffen, deren Sterbeprozess bereits eingesetzt hat - nicht also beim bloßen Vorliegen einer schweren oder auch unheilbaren Erkrankung oder bei Patienten mit schwerer Hirnschädigung oder anhaltender Bewußtlosigkeit.

#### **4. Voraussetzungen für die palliative Sedierung**

##### **• Aufklärung und Einwilligung**

Eine ausführliche Aufklärung über das geplante Vorgehen und die Zustimmung des zu behandelnden Menschen sind ausnahmslos erforderlich. Der Patientenwille ist jederzeit zu beachten. Sollte eine Einwilligung persönlich nicht möglich sein, so ist der mutmaßliche Patientenwille zu ermitteln, vor dem Hintergrund einer verfaßten Patientenverfügung, vorangegangener Gespräche und/oder mit Hilfe von Familie und/oder Betreuer. Diese sind auf die Gültigkeit in der konkreten Situation zu überprüfen. Im Notfall kann der Behandlungsbeginn auch ohne ausdrückliche Einwilligung des Patienten erfolgen, jedoch sind zuvor Angehörige möglichst aufzuklären und zu informieren.

##### **• Konsens**

Nach Möglichkeit sollte das Vorgehen in einer Fallkonferenz oder auch in Form einer ethischen Fallbesprechung erörtert werden, an der auch nicht nur an der unmittelbaren Behandlung Befasste beteiligt sind, um die Rahmenbedingungen zu klären und ein gemeinsames Vorgehen zu erreichen.

##### **• Transparenz**

Die Dokumentation der Fallkonferenz / Ethischen Fallbesprechung, der Behandlungsziele, aller Maßnahmen und eventuellen Änderungen der Behandlung verdienen angesichts der Tragweite des Vorgehens besonderer Beachtung und müssen jederzeit nachvollziehbar sein. Hierbei kann ein Behandlungsprotokoll hilfreich sein.

## • Überprüfung

Die Indikation und der Verlauf der Sedierung sind während der Behandlung regelmäßig zu überprüfen. Die Therapie sollte einschleichend begonnen werden und bedeutet nicht notwendig eine tiefe Bewußtlosigkeit, sondern ist an die Stärke der Symptome zu adaptieren. (Näheres s. Abschnitt „Durchführung“.)

## • Begleittherapie

Die „Palliative Sedierung“ bedeutet nicht das Ende aller weiteren Therapiemaßnahmen: Ärzte und Pflegende sollten vor Behandlungsbeginn klären, welche der bisherigen Therapie-Optionen weiterhin verfolgt werden sollen - dies gilt auch für die Fortführung von Ernährung und Flüssigkeitsgabe. Insbesondere stellt die Maßnahme „Palliative Sedierung“ keinen Ersatz für personelle und emotionale Zuwendung am Lebensende dar.

## 5. Durchführung

Eine Palliative Sedierung kann entsprechend der gewünschten Symptomlinderung intermittierend oder kontinuierlich sowie mit unterschiedlicher Sedierungstiefe erfolgen. Die Dosis der Medikamente muss selbstverständlich individuell entsprechend des Symptomverlaufs angepasst werden. Insofern kann es keine allgemeinen Dosierungsempfehlungen geben.

Die Sedierung sollte nach Möglichkeit an Schlaf-Wachphasen angepasst werden und im Idealfall die Kommunikation mit dem Patienten erlauben. Bei Erreichen des Therapiezieles „Symptomlinderung“ ist eine regelmäßige Überprüfung sowie ggf. auch Reduktion der Medikamente erforderlich.

Aus pharmakologischer Sicht unterscheidet man primäre Formen der Sedierung (durch Benzodiazepine, Narkotika o.ä. direkt zur Sedierung eingesetzte Medikamente) von sekundären Formen (Sedierung ist Nebeneffekt eines nicht primär zur Sedierung eingesetzten Medikaments, z.B. Opioide).

Unterschiedliche Zugangswege sind je nach Krankheitsverlauf und Möglichkeiten des Patienten geeignet: Ausdrücklich sei hier erwähnt, dass eine Sedierung auch oral oder rektal erfolgen kann. Die Wahl des geeigneten Medikaments richtet sich nach der vorherrschenden

Symptomatik, wobei mögliche Nebenwirkungen auch in dieser Phase des Lebens berücksichtigt werden müssen, da sie eine zusätzliche Belastung für den Patienten darstellen können.

In erster Linie werden zur Palliativen Sedierung Benzodiazepine (z.B. Midazolam, Lorazepam, Diazepam) eingesetzt, wobei sich Midazolam zur subkutanen oder intravenösen Infusion eignet und Lorazepam als schnellwirksame sublinguale und

orale Form erhältlich ist. Diazepam steht in Zubereitungsformen zur oralen, rektalen oder intravenösen Gabe zur Verfügung.

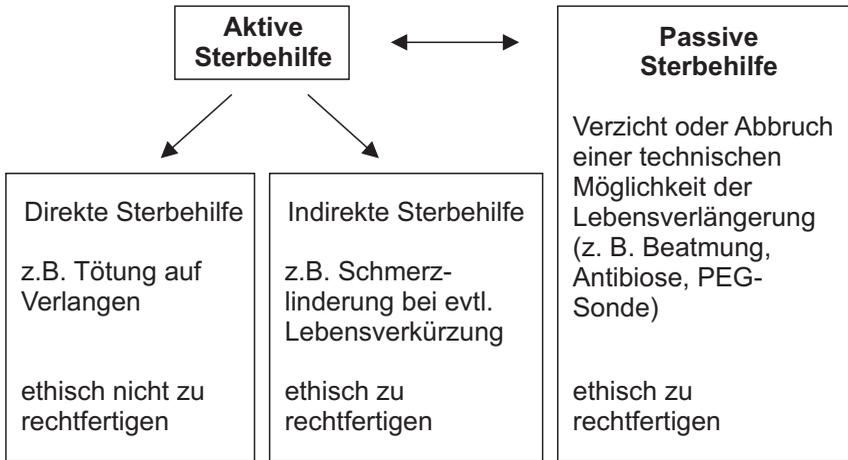
Alternativ - oder bei unzureichender Symptomkontrolle durch oben genannte Medikamente - kann eine intravenöse Sedierung mit Propofol durchgeführt werden, das aufgrund einer Tachyphylaxie jedoch nicht für eine längerfristige Sedierung (im Intensivbereich max. 7 Tage zugelassen) in Frage kommt.

Darüberhinaus werden Neuroleptika (z.B. Levopromazin, Promazin, Haloperidol) sowie der sekundär sedierende Effekt von stark wirksamen Opioiden genutzt. Die Kombination verschiedener Medikamente kann zur Erweiterung des Wirkspektrums oder Reduktion der Toxizität sinnvoll sein.

## **6. Ethische Konfliktfelder**

### **6.1. Lebensqualität versus Lebensquantität**

Die Problematik eines medizinischen Eingreifens in der Sterbephase sollte jedem Behandelnden bewußt sein. Das ethische Problem liegt in der möglichen Wirkung einer medikamentösen Therapie auf die Lebensdauer des Patienten (Lebensquantität). Oberstes Prinzip in der Behandlung muß die willensgemäße Symptomlinderung sein. Dies ist entscheidend für die ethische Bewertung aller Maßnahmen. Hiermit wird der Grundsatz für die Erhaltung der menschlichen Lebensqualität unter veränderten Lebensbedingungen respektiert. In der ethischen Abwägung der beiden Güter Lebensqualität und Lebensquantität wird die Vorrangigkeit der erreichbaren Lebensqualität betont. Diese Abwägung ist ethisch immer dann geboten, wenn nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein gegenteiliger Wille vorliegt. Alle Beteiligten sind selbstverständlich verpflichtet, den in diesen Fällen mutmaßlichen Willen zu formulieren und stetig zu vergewissern.



## 6.2. Formen der Sterbehilfe: Selbstbestimmungsrecht des Patienten und seine Grenzen, indirekte Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen (direkte Sterbehilfe)

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wirkt im Rahmen palliativer Sedierung weitere ethische Fragen auf: Wo liegen die Grenzen des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten? Dies beinhaltet bereits, dass es Grenzen gibt. Um welche Form der Sterbehilfe geht es dann?

Die heute gültige ethisch-juristische Unterscheidung für das Problemfeld liegt nicht in der Abgrenzung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Es liegt in der Abgrenzung der direkten und indirekten Sterbehilfe im Rahmen der aktiven Sterbehilfe.

Im Unterschied zur aktiven, direkten Sterbehilfe mit dem Ziel einer Verkürzung der Lebensdauer ist hier über eine palliative Maßnahme als ultima-ratio zu sprechen, die das Ziel hat, Leiden zu lindern, auch wenn dabei möglicherweise die Verkürzung der Lebensdauer in Kauf genommen wird: dies wäre dann eine Form der aktiven-indirekten Sterbehilfe.

Bei der aktiven direkten Sterbehilfe fragen der Patient oder die Angehörigen stellvertretend für den Patienten nach Maßnahmen, die mit den Begriffen „Tötung auf Verlangen“ oder vielleicht sogar „Tötung ohne Verlangen“ („mercy killing / Gnadentod“) betitelt werden. Eine medizinische Maßnahme, die darauf abzielt menschliches Leben zu vernichten, ist ethisch mit dem medizinischen Heilauftrag und dem

christlichen Menschenbild (Leben als Geschenk Gottes, mit dem es gilt würdig umzugehen) nicht zu vereinbaren. In diesem Sinne versteht sich das christliche Konzept von der Heiligkeit menschlichen Lebens. Wenn menschliches Leiden so „behandelt“ wird, dass das Leben selbst vernichtet wird um Leiden zu lindern, handelt es sich immer um eine ethisch unverhältnismäßige Maßnahme. Denn sonst ständen das menschliche Leben und seine Schutzwürdigkeit unter dem Vorbehalt einer noch genauer zu bestimmenden Leidensfreiheit (nur das Leben ist lebenswert, das leidensfrei ist). Menschliches Leben wäre in diesem Fall verrechenbar, bilanzierbar. Damit wären würdevolles Leben und die Würde selbst in der Gefahr, Nützlichkeitsabwägungen zu unterliegen. Die Selbstzwecklichkeit des Menschen (menschliche Autonomie) geriete in Gefahr.

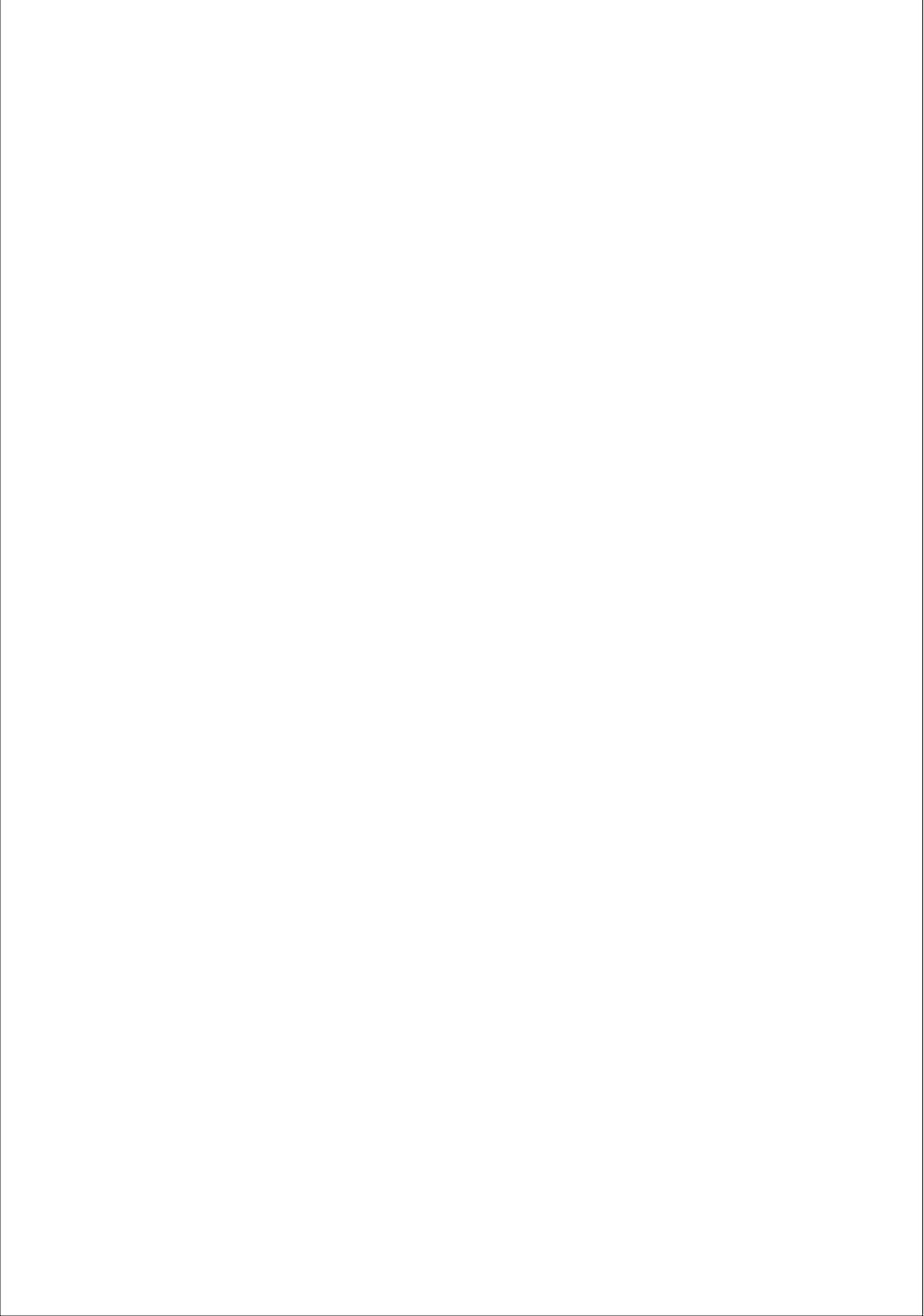
Zusammenfassend gilt:

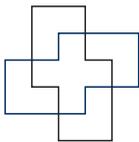
Die St.-Johannes-Gesellschaft würdigt das therapeutische Konzept der Palliativen Sedierung als eine medizinische Maßnahme, die dem Wohl des Menschen dient. Christliches Menschenbild und Ethik unterliegen dem Prinzip des freien Willens, auch wenn er mutmaßlich zu indizieren ist. Wenn die Symptomlinderung in einem konkreten Fall lebensverkürzend wirken könnte, ist das Ziel Palliativer Sedierung die Würde des Menschen in der wohl existentiellsten Situation seines Lebens zu wahren und zu schützen - selbst dann, wenn die Schmerzfreiheit nur durch die eventuelle Lebensverkürzung zu erreichen ist. Die Lebensvernichtung um Schmerzfreiheit zu erlangen ist dagegen niemals ethisch zu rechtfertigen. Aus christlich-anthropologischer Sicht gilt es insofern mit menschlich leidvollen Situationen mit-menschlich (barmherzig) umzugehen, statt sie vielleicht mit dem äußersten Mittel der Tötung zu umgehen.

Die Tötung auf Verlangen als Form aktiver-direkter Sterbehilfe ist letztlich darum nur unter ethischen Erwägungen der Nützlichkeit (Utilitarismus) zu rechtfertigen. Dieses bedeutete den Abschied vom christlich-ethischen Konzept der Unverrechenbarkeit menschlichen Lebens und menschlicher Würde hin zu einem neuen ethischen Konzept der Verrechenbarkeit von Lebensschutz und Würde.

Die St.-Johannes-Gesellschaft verwehrt sich gegen jegliches nützlichkeits-ethisches Wertekonzept, da somit die Würde des Menschen und seines Lebens verrechenbar wären und damit auch das christliche Menschenbild der Einzigartigkeit menschlichen Lebens als gottebenbildliches Leben aufgegeben werden würde.

## Notizen





**KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT**  
**DORTMUND gGmbH**  
(KRANKEN - UND PFLEGEINRICHTUNGEN)

Johannesstraße 9-17  
44137 Dortmund  
Telefon 0231-18 43-0  
Telefax 0231-1843-2207  
[www.st-johannes.de](http://www.st-johannes.de)