

4 Ethische Fragen am Lebensende

4.1 Änderung des Therapieziels

„Die Förderung und Wiederherstellung von Autonomie ist das eigentliche Ziel der Medizin.“

A. Mitscherlich, 1908–1982

Die Durchführung einer medizinischen Maßnahme bedarf in der Palliativmedizin – wie in allen anderen klinischen Fachbereichen auch – sowohl einer medizinischen **Indikation** als auch der **Zustimmung** des Patienten. Bricht eine dieser beiden „Säulen“ weg, darf eine Therapiemaßnahme nicht durchgeführt werden („Zweisäulenmodell“).

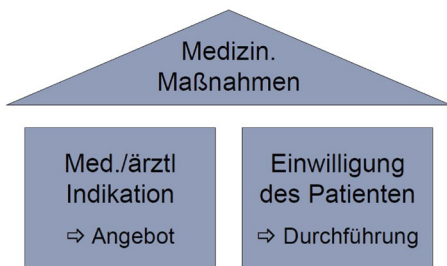


Abbildung 16. „Zweisäulenmodell“
(mit Dank an Prof. Dr. A. Simon,
Akademie für Ethik in der Medizin)

Vor dem Hintergrund einer inkurablen, fortgeschrittenen, und fortschreitenden Grunderkrankung kommt es (im Vergleich zu anderen klinischen Bereichen) zu einer Vielzahl von Bewertungen und Abwägungen, wenn es um die Frage geht, ob eine Therapiemaßnahme begonnen, fortgeführt oder doch eher beendet werden soll. Therapeutische Entscheidungsfindung stellt speziell in der Palliativmedizin daher immer auch einen normativen Prozess dar.

Um von einer gegebenen medizinischen **Indikation** sprechen zu können, bedarf es nach Raspe [1995] eines (rechtfertigenden) Handlungsdrucks, eines (realistischen) Therapieziels, und einer zur Disposition stehenden Therapiemaßnahme, die in ihrer Wirksamkeit, in ihrem Nutzen-Schadens-Verhältnis, und in ihrer klinischen Relevanz angemessen ist. Neitzke [2008] unterscheidet darüber hinaus von der medizinischen Indikation noch eine *ärztliche* Indikation, die das eher abstrakte Therapieangebot der medizinischen Indikation in den Lebenskontext des Patienten überträgt (z. B. auf die Lebenssituation eines vereinsamt auf dem Land lebenden älteren

4 Ethische Fragen am Lebensende

Patienten, dessen Belastungen einer zweimal wöchentlichen Transfusion bei MDS in der UMG anders zu werten sind als bei einem mobilen Patienten aus Göttingen).

Die erforderliche Einwilligung des Patienten in eine medizinische Maßnahme bzw. das Recht auf Ablehnung medizinischer Maßnahmen ist grundgesetzlich breit abgesichert (vergl. Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Menschenwürde [Art 1 I GG], Allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art 2 I GG), Recht auf körperl. Unversehrtheit [Art 2 II GG]) – ein Patient hat das Recht, jede Form medizinischer Maßnahmen abzulehnen, selbst wenn dadurch der Tod früher eintritt.

Insofern darf eine medizinische Maßnahme nicht ohne konkrete oder stellvertretende Zustimmung des Patienten durchgeführt werden, aber auch nicht ohne eine gegebene Indikation. „Die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, begrenzt insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages“ [BHG 2003], in dem Sinne, dass ein Patient nicht verlangen kann, was (nach ärztlicher Einschätzung) nicht indiziert ist [Sahm 2008, vergl. auch Ackroyd 2007, Winkler 2011].

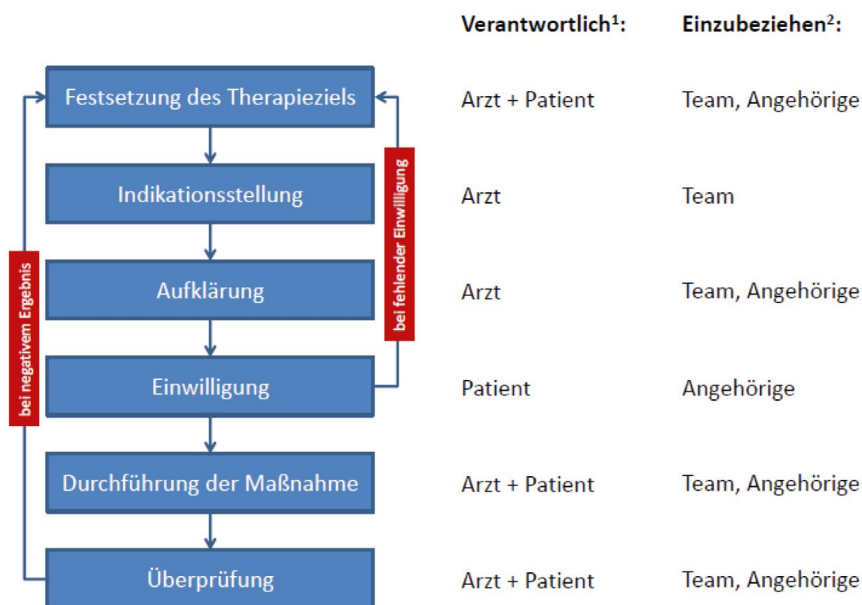


Abbildung 17. Ablauf einer Therapieentscheidung [Leitlinienprogramm Onkologie, S3-Leitlinie Palliativmedizin 2020]

4.1 Änderung des Therapieziels

Therapiebegrenzungssituationen in der Palliativmedizin beruhen daher meistens entweder darauf, dass keine Indikation mehr besteht, eine bestimmte Maßnahme einzuleiten oder fortzuführen (z. B. hochkalorische parenterale Ernährung bei einem sterbenden Patienten), oder dass sich der Patient gegen bestimmte Maßnahmen ausgesprochen hat, obwohl sie grundsätzlich machbar (und in bestimmtem Maße auch medizinisch sinnvoll) gewesen wären. In der „Sterbehilfediskussion“ würde man eine solche Therapiebegrenzung als „passive Sterbehilfe“ bezeichnen, auch wenn der Begriff unglücklich ist – es geht darum, das Sterben zuzulassen.

Fallbeispiel: Bei einer langzeitpflegebedürftigen hochbetagten Heimbewohnerin, die sich nach ischämischem Insult vor 2 Jahren in einem klinisch stabilen, aber Wachkoma-artigen Zustand befindet, bittet ein Angehöriger nun um die Einstellung der PEG-Sondenkost um ein Versterben zuzulassen.

Kommentar: Für die Bewertung dieses Wunsches nach Therapiebeendigung würde man den aktuellen klinischen und pflegerischen Zustand erfassen wollen, aktuelle Veränderungen, die eine Neubewertung der Situation nach sich ziehen, den Verlauf/die Dynamik/die Prognose der Situation, zudem weitere prognostisch relevante Erkrankungen oder Anzeichen von Leid, Schmerzen, Hunger oder Durst bzw. eventuelle Belastungen, die durch PEG oder durch die Nahrung oder Flüssigkeit selbst ausgelöst werden. Diese Punkte würden Kriterien bei der **Indikationsstellung** sein können. Des Weiteren wird man sich ärztlicherseits bemühen, Hinweise auf den mutmaßlichen **Willen** der Heimbewohnerin zu erhalten: Vom Angehörigen (sofern dieser als Vorsorgebevollmächtigter oder gerichtlich bestellter Betreuer dazu befugt ist), aus einer vielleicht vorliegenden Patientenverfügung (!!), von anderen früheren Hinweisen auf mutmaßlichen Willen der Patientin (z. B. frühere Äußerungen, Werteanamnese) oder anderen Bezugspersonen (Hausarzt, Pfl egeteam, SAPV-Team, Familienangehörige, ...), die Hinweise auf den mutmaßlichen Willen geben könnten.

Da die Indikation für die Fortsetzung der Sondenernährung in klinischen Situationen nach Schlaganfall in der Regel gegeben ist (mit dem Mindest-Therapieziel, das Leben zu erhalten), wird man eine Therapiebegrenzung lediglich mit einer klar nachvollziehbaren (mutmaßlichen) Ablehnung der Patientin begründen können. Im Fall, dass keine Einigung über den mutmaßlichen Willen erzielt werden kann (Dissens), muss das Amtsgericht zur Feststellung des mutmaßlichen Willens herangezogen werden (BGB § 1901).

4 Ethische Fragen am Lebensende

4.2 Formen der „Sterbehilfe“

*„Es gibt nur ein wirklich ernsthaftes philosophisches Problem:
den Selbstmord.“*

Albert Camus, Der Mythos des Sisyphos

In der Diskussion um die ethische und rechtliche Strafbarkeit oder Zulässigkeit bestimmter lebensverkürzender Maßnahmen („Sterbehilfedebatte“) haben sich vier verschiedene Kategorien heraus geprägt – die leider durch eine große Unschärfe der hierfür im Umlauf befindlichen Begriffe gekennzeichnet sind:

1. **Tötung auf Verlangen/„Aktive Sterbehilfe“:** Lebensverkürzung durch Tötung des Patienten. Ist in Deutschland strafrechtlich (§ 216 StGB) und berufsrechtlich verboten. Wird im Englischen/im internationalen Kontext auch als „euthanasia“ bezeichnet; mit Blick auf die jüngere Geschichte wird dieser Begriff in Deutschland vermieden.
2. **Beihilfe zur Selbsttötung/(ärztlich) assistierter Suizid:** Bereitstellen eines Mittels oder andere konkrete Formen der Unterstützung für einen Suizid. Zu dieser Form der „Sterbehilfe“ hatte es in den vergangenen Jahren lebhaft Diskussionen gegeben, die vor allem den von 11/2015 – 02/2020 gegoltenen § 217 des Strafgesetzbuches betrafen (Verbot der **geschäftsmäßigen** Beihilfe zur Selbsttötung). Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasst, und dass dieses Recht die Freiheit einschließt, sich selbst zu töten und hierbei auf die freiwillig geleistete Hilfe Dritter zurückzugreifen. Entsprechende langjährige berufsrechtliche Verbote seitens der Bundesärztekammer (Musterberufsordnung der BÄK 2011) wurden 2021 zurück genommen (wenngleich seitens der BÄK klar gestellt wird, dass die Beihilfe zum Suizid weiterhin keine ärztliche Aufgabe ist, und man als Arzt dazu nicht verpflichtet werden kann). Aktuell wird über die Ausgestaltung (die „Sicherheitskriterien“) einer solchen Regelung durch den Gesetzgeber diskutiert, um zu verhindern, dass Menschen sich unter Druck gesetzt fühlen, Suizidhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, indem z.B. Aufklärungs- und Wartepflichten vorgeschrieben werden oder ggfs. Sterbehilfevereine kontrolliert werden.
3. **„Indirekte Sterbehilfe“/double effect/„Behandlung am Lebensende“, „Therapie am Lebensende“:** Unbeabsichtigte Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer indizierten palliativmedizinischen Maßnahme. Hierfür gibt es trotz der großen Auswahl an Begriffen immer noch keine

4.2 Formen der „Sterbehilfe“

einheitlich verwendete oder irgendwie Klärung schaffende Bezeichnung: Therapien am Lebensende, die zum Beispiel mit dem Ziel bestmöglicher Symptomlinderung durchgeführt werden, auch wenn dabei die Möglichkeit besteht, dass der Prozess des Sterbens verkürzt wird, sind zulässig [BGH 1996; Nat. Ethikrat 2006]. Der Begriff „indirekte Sterbehilfe“ sollte aufgrund seines Missverständnispotenzials möglichst vermieden werden.

4. „Passive Sterbehilfe“/Sterben zulassen/ *withholding* + *withdrawal* / Therapiezieländerung / Therapieverzicht / Therapieabbruch: Beendigung oder Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen. Auch hier sollte der alte Begriff „Passive Sterbehilfe“ möglichst vermieden werden, und möglichst durch „Sterben zulassen“ ersetzt werden. Das Sterben zuzulassen, wenn die Indikation für die Durchführung einer lebenserhaltenden Therapiemaßnahme entfällt oder der Patient/sein Bevollmächtigter diese ablehnt, ist zulässig [BGH 1994, 2003 u. 2005] und geboten [u.a. BÄK 2011]. Dabei spielt es aus ethischer und rechtlicher Perspektive keine Rolle, ob eine Therapie mangels Indikation beendet wurde oder mangels Indikation erst gar nicht eingeleitet wurde – im Gegensatz zu dem häufig in der klinischen Praxis geäußerten Bauchgefühl, dass es problematischer sei, eine einmal begonnene Maßnahme zu beenden, als diese erst gar nicht angefangen zu haben.

Literatur

- Ackroyd R. Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation. *Palliat Med* 2007; 21: 139–44.
- Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Ärztebl* 2011; 107: A 877–882.
- Bundesärztekammer. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. *Dtsch Ärztebl* 2021; 118 (29–30): A-1428 / B-1184.
- Bundesgerichtshof (2003) BGH AZ XII ZB 2/03. *N Jurist Wochenschr* 56: 1588–1594.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 31.07.2021).
- Nationaler Ethikrat (2006) Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende – Stellungnahme. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf (Zugriff 30.12.2018).

4 Ethische Fragen am Lebensende

- Neitzke G (2008) Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) Medizinische Indikation und Patientenwille. Schattauer, Stuttgart New York, 53–66.
- Raspe H (1995) Ethische Aspekte der Indikation. In: Toellner R, Wiesing U (Hrsg) Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz. G. Fischer, Stuttgart Jena New York, S 21–36.
- Sahm S (2008) Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) Medizinische Indikation und Patientenwille. Schattauer, Stuttgart New York, S 121–131.
- Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Ethical assessment of life-prolonging treatment. *Lancet Oncol* 2011; 12: 720–2.

4.3 Palliative Sedierung zur Symptomkontrolle

*"The care of the dying demands all that we can do
to enable patients to live until they die."*

Cicely Saunders 'The last stages of life'
American Journal of Nursing, March 1965 vol. 65 no. 3 p. 70–75.

Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext verstanden als der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren [Cherny & Radbruch 2009].

Sedierung wird im palliativmedizinischen Behandlungsumfeld in diversen Situationen eingesetzt: als kurzfristige Sedierung für belastende Behandlungen, zur Behandlung von Brandverletzten, in der Entwöhnung von Beatmung am Lebensende (terminales Weaning), zur Behandlung anderweitig refraktärer Symptome in der Finalphase, in Notfallsituationen, zwischenzeitlich zur Erholung von belastenden Zuständen (*respite sedation*), oder bei psychischen und existenziellen Krisen.

Der Einsatz von Sedativa zur Symptomlinderung bei diagnostischen oder therapeutischen Interventionen oder in krisenhaft ablaufenden Versterbesituationen (z.B. akutes Verbluten aus einem HNO-Tumor, Asphyxie durch Tumorobstruktion) ist allgemein als ethisch zulässige Maßnahme akzeptiert. In der Diskussion stehen hingegen sedierende Maßnahmen bei psychischem oder existentiellm Leid, bei refraktärer Symptomatik im früheren (nicht sterbenahen) Erkrankungsverlauf oder bei nicht zustimmungsfähigen Patienten. Angefacht wird die Diskussion zudem durch Praktiken in den Beneluxstaaten, wo rasch sehr tief und eskalierend sediert wird, sodass zeitnah der Patient verstirbt, und man unterstellen muss, dass die Intention eher in der Beschleunigung des Todes als in der Symptomkontrolle in einer therapierefraktären Situation lag („*deep continuous sedation until death*“). Wenn ein Patient nicht im Sterbeprozess selbst ist und er zur Symptomlinderung sediert werden soll und will, dann müssen konsequenterweise alle Maßnahmen ergriffen werden, die nötig sind, dass nicht die Sedierung selbst das Leben schneller beendet als es die Erkrankung getan hätte. Dies betrifft die Überwachung der Vitalfunktionen (Kreislauf, Ventilation, Tiefe der Bewusstlosigkeit), aber letztlich auch die Frage nach (künstlicher) Flüssigkeitszufuhr. Unter den Fachgesellschaften (AEM, DGP, EAPC) gibt es divergente Auffassungen, ob ein Monitoring oder eine Flüssigkeits- und Nahrungssubstitution eines sedierten und vormals noch selbständig essenden Patienten obligat oder nur fakultativ sein soll [Cellarius 2008; Neitzke 2010, Alt-Epping 2016].

4 Ethische Fragen am Lebensende

Zum Einsatz kommen diverse Benzodiazepine verschiedener Applikationsformen, selten auch Barbiturate oder Propofol, meist in Kombination mit einem Stufe III-Opioid im Sinne einer Analgosedierung, und meistens als kontinuierliche i.v.-Gabe/Perfusor.

Eine palliative Sedierung sollte gut überdacht sein, im Team, mit dem Patienten und den Angehörigen gut erörtert werden, das Ziel der Symptomkontrolle klargestellt werden, und zwischenzeitliches Abstellen des Perfusors mit Aufwachen (intermittierende Sedierung) zumindest initial angestrebt werden. Die Sedierungstiefe und das Vorgehen bei unerwarteten Komplikationen muss im Vorfeld festgelegt werden.

Insofern stellt die palliative Sedierung ein wirksames und wichtiges Vorgehen in der Palliativsituation dar, deren ethische Vertretbarkeit wesentlich von den medizinischen Rahmenbedingungen, von der Art der Durchführung als auch vor allem von der Art der Ausgestaltung abhängt.

Literatur

- Alt-Epping B, Schildmann E, Weixler D. Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen – eine Übersicht. *Der Onkologe* 2016; 22: 852–859.
- Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L. Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. *Z Palliativmed* 2010; 11: 112–122.
- Cherny NI, Radbruch L. EAPC recommended framework for the use of sedation in Palliative Care. *Pall Med* 2009; 23(7): 581–593.
- Cellarius V. Terminal sedation and the „imminence condition“. *J Med Ethics* 2008; 34: 69–72.
- Neitzke G, Oehmichen F, Schliep HJ, Würdehoff D. Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). *Ethik Med* 2010; 22: 139–147.