

5.2 Terminale Sedierung

Lukas Radbruch und Friedemann Nauck

Inhaltsübersicht

Definition der terminalen Sedierung
 Abgrenzung gegen Sedierung als Nebenwirkung der Therapie
 Abgrenzung gegen aktive Sterbehilfe
 Körperliche Symptome und psychosoziale Belastung als Indikation zur Sedierung
 Kulturelle Hintergründe und Einstellungen bei Patienten und Behandlern
 Entscheidung zur terminalen Sedierung als ethischer Prozess
 Terminale Sedierung als Ausweg
 Praktisches Vorgehen

Einleitung

In der medizinischen Fachsprache wie auch im allgemeinen Sprachgebrauch wird Sedierung gewöhnlich synonym mit **Müdigkeit** benutzt. Mit dieser Bedeutung benutzt, ist Sedierung eines der häufigsten Symptome bei Tumorpatienten und eine der häufigsten Nebenwirkungen der Opioidtherapie.

In der Palliativmedizin wird (wie in der Intensivmedizin) Sedierung oft in einem anderen Kontext verwendet. Hier bedeutet es die **Reduzierung des Bewusstseinsniveaus** des Patienten, um unerträgliche Symptome und Belastungen zu lindern. Wenn die Bewusstseinsreduktion gezielt erfolgt, wird dieses Vorgehen oft als »Terminale Sedierung« oder »Sedierung am Lebensende« (end-of-life sedation) bezeichnet.

In den letzten Jahren wurde dieses Konzept immer wieder kontrovers diskutiert. Die Debatte um die terminale Sedierung scheint mit mehr Emotionen belastet zu sein als andere Themen.

Oft ist nicht mal die Einigung auf eine gemeinsame Definition der terminalen Sedierung möglich.

In der Diskussion um die terminale Sedierung wird oft **Sedierung als Nebenwirkung** der Symptombehandlung und **Sedierung als primäres Ziel der Behandlung** vermischt. Benzodiazepine oder andere sedierende Medikamente können in der Palliativmedizin zur Behandlung von Symptomen wie Unruhe oder Agitation bei Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung eingesetzt werden, wobei Sedierung bei diesen Patienten mehr die Rückführung des überaktiven Bewusstseinsniveaus auf ein normales Maß bedeutet. Patienten mit starken Schmerzen können eine Erhöhung der Opioiddosis wünschen, obwohl ihnen klar ist, dass damit eine Zunahme der Sedierung und Konzentrationsbeeinträchtigungen verbunden sind. In einigen Fällen wird bei therapieresistenten Symptomen entschieden, die Patienten mit Opioiden oder anderen Medikamenten bewusstlos zu halten und nicht mehr aufwachen zu lassen. Alle diese Szenarien können zu ethischen Problemen führen; die Hintergründe und Begleitumstände müssen genau analysiert werden, bevor ethische Probleme diskutiert werden können.

Um die Beschreibung der Situation zu erleichtern, wurde von Morita et al. [7] eine Kategorisierung vorgeschlagen, in der in drei Achsen zwischen primär-sekundär, intermittierend-kontinuierlich und tief-oberflächlich unterschieden wird:

- primär: therapeutische Intervention mit dem primären Ziel, das Bewusstseinsniveau zu senken
- sekundär: Sedierung als Nebenwirkung der palliativen Behandlung
- intermittierend: sedierende Medikamente werden nur mit Unterbrechungen verabreicht, sodass die Patienten zwischenzeitlich wachere Perioden erleben, in denen eine Kommunikation möglich ist

- kontinuierlich: Sedierung ohne Intervalle, mit der das Bewusstseinsniveau des Patienten bis zum Tod gesenkt wird
- tief: Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit
- oberflächlich: Sedierung in einem Ausmaß, bei dem das Bewusstsein des Patienten so weit erhalten bleibt, dass die Kommunikation mit den Behandlern weiterhin möglich ist

Von einigen Autoren wurde bemängelt, dass die Bezeichnung »terminale Sedierung« ungeeignet ist, da sie den Eindruck vermittelt, dass durch die Sedierung der Tod herbeigeführt wird, sie also deshalb terminal ist. Um zu berücksichtigen, dass eine Sedierung auch zeitlich begrenzt oder intermittierend durchgeführt werden kann und dass nicht bei allen Patienten die Sedierung bis zum Tod fortgesetzt wird, wurden andere Bezeichnungen wie »End-of-Life«-Sedierung (Sedierung am Lebensende) vorgeschlagen. Eine Arbeitsgruppe der European Association for Palliative Care gab den Begriff »**palliative Sedierung**« vor.

In diesem Kapitel wird der Schwerpunkt auf der Behandlung von unbehandelbaren körperlichen Symptomen durch Senkung des Bewusstseinsniveaus liegen.

Warum Sedierung?

Die Definition von Palliativmedizin umfasst Schmerz- und Symptomkontrolle sowie die Behandlung mit psychischen, sozialen und spirituellen Problemen bei Patienten mit weit fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankungen. Palliativmedizinische Einrichtungen sind sehr effektiv in der Erreichung dieser Ziele. In einer repräsentativen Untersuchung an den deutschen Palliativstationen wurde für 83 % der Patienten oder ihrer Angehörigen berichtet, dass sie zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Ergebnis der stationären Behandlung waren [10].

Es wäre jedoch überheblich anzunehmen, dass jedes Problem bei Palliativpatienten gelöst werden kann. In der Studie wurde eine maximale Schmerzintensität zum Behandlungsende auf der Palliativstation immer noch bei 0,3 % der

Patienten dokumentiert, nicht ausreichend kontrollierte Symptome wurden bei 1,7 % berichtet. Ob es nun ein Prozent der Palliativpatienten mit therapieresistenten Symptomen sind oder weniger und ob bei diesen Patienten auch alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft worden sind, so bleibt doch festzustellen, dass bei einigen Patienten **refraktäre Symptome** trotz optimaler Therapie bestehen bleiben und dass diese Patienten ohne Hoffnung auf Linderung leiden müssen. Andere Patienten leiden unter einer unerträglichen psychosozialen oder spirituellen Belastung und verstehen nicht, warum sie diese Belastung aushalten sollen.

Der Anteil der Patienten, die eine terminale Sedierung benötigen und erhalten, schwankt in den verschiedenen Untersuchungen zwischen 5 % und 52 % (Übersicht bei [3]). In einer Befragung von palliativmedizinischen Experten in acht Ländern gaben 77 % an, dass sie in den letzten 12 Monaten terminale Sedierung durchgeführt hätten, allerdings oft nur bei einigen wenigen Patienten [2].

In den veröffentlichten Studien fällt auf, dass psychosoziale Belastung und Stress zunehmend häufiger als Indikation zur terminalen Sedierung genannt werden. So stieg in einer deutschen Palliativstation in den letzten Jahren der Anteil dieser Indikationen von 19 % auf 47 % der sedierten Patienten an [8] und wurde damit häufiger als Luftnot oder andere körperliche Symptome als Grund zur Sedierung benannt.

Vor einem unkritischen Einsatz der terminalen Sedierung bei Angst, Stress und Belastung muss jedoch gewarnt werden, da eventuell erst die Bearbeitung dieser psychosozialen Probleme mit einführender Begleitung und Unterstützung die Akzeptanz des Sterbens und damit ein für Patienten und Angehörige zufrieden stellendes Lebensende ermöglicht.

Eine Indikationsliste für terminale Sedierung ist jedoch wenig sinnvoll. Sedierung sollte in der Palliativmedizin nur als letzte Möglichkeit eingesetzt werden und als Option, die wir Patienten mit unerträglichen Symptomen und Beschwerden anbieten können. Einige dieser Patienten lei-

den in einem solchen Ausmaß, dass sie an Selbstmord denken oder nach aktiver Sterbehilfe fragen. Die Option der terminalen Sedierung wird benötigt als **letzte Barriere** der Palliativmedizin gegen die aktive Sterbehilfe.

Sedierung und Euthanasie

In den Niederlanden und in letzter Zeit auch in Belgien sind aktive Sterbehilfe und ärztliche Hilfe zur Selbsttötung mittlerweile mehr oder weniger akzeptierte Praxis geworden. Auch in Deutschland ist die Diskussion um die aktive Sterbehilfe wieder aufgeflammt. Die Befürworter einer liberaleren Regelung weisen darauf hin, dass 10–20 % der Patienten mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation keine ausreichende Schmerzlinderung erreichen werden und deshalb potenzielle Kandidaten für aktive Sterbehilfe seien. Als Argument wird unter anderem aufgeführt, dass die terminale Sedierung der aktiven Sterbehilfe sehr nahe steht und dass der Tod des Patienten an einer Überdosis Sedativa das wirkliche Motiv hinter vielen Fällen von terminaler Sedierung sei [11]. Dies setzt die Argumentation früherer Veröffentlichungen, in denen terminale Sedierung als langsame Euthanasie bezeichnet wurde, fort [1].

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Ärzte oder andere Behandler die Technik der terminalen Sedierung als Vorwand für andere Motive und Absichten wie aktive Sterbehilfe benutzen. Dieses Vorgehen muss als unethisch bewertet werden.

Die Entscheidung für den Einsatz der terminalen Sedierung muss ausdrücklich jede Absicht der aktiven Tötung des Patienten oder der Beschleunigung des Todeszeitpunktes ausschließen.

Die terminale Sedierung hat als Ziel die Linderung der Symptome, als Mittel den Einsatz von Sedativa und als Ergebnis die Linderung des Leidens.

Bei der aktiven Sterbehilfe ist das Ziel, den Patienten zu töten, das Mittel die Anwendung eines tödlichen Medikaments und das Ergebnis der Tod [6].

Die Sedierung kann eine kardiovaskuläre oder respiratorische Insuffizienz auslösen oder verstärken und so den Todeszeitpunkt um Stunden oder sogar Tage vorverlegen. Die Theorie des Doppeleffekts bestätigt, dass eine solche Verkürzung der verbleibenden Lebensspanne ethisch akzeptabel sein kann, wenn das ursprüngliche und vorrangige Ziel eindeutig die Linderung des Leidens und eben nicht die Verkürzung der Lebenszeit ist. Die meisten Patienten benötigen die terminale Sedierung nur für wenige Tage vor dem Tod, obwohl in Einzelfällen die Sedierung über einen viel längeren Zeitraum erfolgt [5]. Dies weist darauf hin, dass der Tod nicht die unweigerliche Folge der terminalen Sedierung ist. Angehörige und Behandlungsteam können sehr besorgt sein, dass die Sedierung den Eintritt des Todes beschleunigt, und dies sollte angesprochen werden, bevor die Sedierung eingeleitet wird.

Wer wünscht die Sedierung?

Die Art, in der die terminale Sedierung eingesetzt wird, wird durch die kulturellen und ethischen Einstellungen der Patienten und Behandler beeinflusst. In einer prospektiven Untersuchung wurde Sedierung bei einem Sechstel der Patienten in Israel und Spanien dokumentiert, jedoch doppelt so häufig bei Patienten in Südafrika [5]. Schmerzen oder Übelkeit und Erbrechen wurden nur selten als Indikationen genannt. Häufigster Grund für die Sedierung war die Behandlung eines Delirs. Im Gegensatz zu den anderen Ländern wurde in Spanien psychosoziale Belastung als Indikation bei 11 % der Patienten dokumentiert als Zeichen der kulturellen Unterschiede.

Kulturelle Unterschiede sind auch in den Entscheidungsprozessen zur Sedierung in den verschiedenen Ländern zu erkennen. In New York, wo die Patientenautonomie eine überragende Bedeutung in der Entscheidungsfindung hat, werden Patienten und Angehörige schrittweise informiert, wobei die Entscheidung zur Sedierung zu einem kontinuierlichen Prozess zwischen Patienten, Angehörigen und Behandlungsteam wird, mit einer Vielzahl von Sicherheitsschleifen

und Rückmeldungen. Sedierung wird als reversibler Prozess betrachtet, auch wenn sie über längere Zeiträume geplant wird, und wird nur auf Anforderung durch den Patienten nach einem ausreichenden Informationsprozess als Teil seiner Autonomie eingeleitet [4].

In einer anderen Kultur ist das Vorgehen unterschiedlich. In Spanien wurden Informationen zur Sedierung aus dem Katalonischen Palliativnetzwerk berichtet [9]. Eine terminale Sedierung wurde bei 23 % der Patienten in der letzten Lebensphase durchgeführt. Bei mehr als der Hälfte der Patienten wurden psychologische Gründe allein oder in Kombination mit körperlichen Symptomen als Indikation zur Sedierung benannt. Die Entscheidung zur Sedierung wurde von Ärzten und Angehörigen getroffen, der Patient selbst war nur in weniger als der Hälfte der Fälle an der Entscheidung beteiligt. Nach diesen Ergebnissen ist Sedierung in Katalonien eine Entscheidung des Behandlungsteams und wird bei psychologischen Belastungen genauso häufig wie bei körperlichen Symptomen eingesetzt.

Der Prozess der Entscheidungsfindung, der Einleitung und Durchführung der Sedierung wird in der Palliativmedizin nicht nur durch die kulturellen Hintergründe beeinflusst, sondern auch durch die individuellen Einstellungen der Patienten. Wenn der Patient in der Vergangenheit erlebt hat, wie ein Familienmitglied qualvoll an einer unheilbaren Erkrankung gestorben ist, wird er eine Sedierung akzeptieren oder sogar aktiv einfordern, bevor alle Maßnahmen zur Symptomkontrolle zur Anwendung gekommen sind.

Der Wunsch nach Sedierung kann auch ein Ausdruck des Drucks sein, den Angehörige auf den Patienten ausüben. Obwohl sie sonst lieber ohne Sedierung mit erhaltenem Bewusstseinsniveau bleiben möchte, können Patienten in die Sedierung einwilligen, um die Belastung der Angehörigen, die ihr Leiden nicht mehr ertragen können, zu verringern.

Es muss dabei immer berücksichtigt werden, dass nicht alle Patienten eine Sedierung wünschen, selbst wenn sie in hohem Maß leiden. Viele Patienten wollen lieber möglichst lange und möglichst vollständig bei klarem Bewusstsein bleiben und bewerten ihre Lebensqualität selbst bei star-

ker Belastung durch Symptome und psychosoziale Probleme als ausreichend hoch.

Die Unerträglichkeit von körperlichen oder psychosozialen Belastungen und die Notwendigkeit einer terminalen Sedierung aufgrund dieser Unerträglichkeit ist vielleicht auch ein Schwerpunkt der ärztlichen Sichtweise im Behandlungsteam. Aus dem spirituellen Ansatz eines Seelsorgers kann die Sedierung ganz anders bewertet werden. Die kognitiven Prozesse, die in der Sterbephase für den Patienten möglich sind, können eine hohe Bedeutung haben. Schmerzen können sogar als notwendige (wenn auch belastende) Nebenwirkung dieser kognitiven Prozesse betrachtet werden, und der Erhalt des Bewusstseinsniveaus kann gegenüber der Linderung körperlicher Symptome vorrangig bewertet werden. Wenn terminale Sedierung zur Linderung von psychologischen Belastungen erwogen wird, sollte zunächst eine differenzierte psychologische Untersuchung erfolgen. Depression ist ein häufiges Symptom bei Palliativpatienten und wird oft nicht erkannt und behandelt. Die Behandlung der Depression sollte mit Psychotherapie, Begleitung und eventuell einer antidepressiven Medikation erfolgen, nicht aber mit einer terminalen Sedierung.

Sedierung als Ausweg

Sedierung ist nicht der einfache Ausweg für alle Probleme in der Palliativmedizin. Terminale Sedierung ist eine ethische und nicht nur eine medizinische Entscheidung. Ethische Fragen müssen individuell für jeden Patienten diskutiert werden, bevor die Entscheidung zur Sedierung erfolgen kann.

Im palliativmedizinischen Behandlungsteam sollten die eigenen Einstellungen zur Sedierung bei sterbenden Patienten überprüft werden. Was meinen wir, wenn wir über Sedierung reden? Vor allem Ärzte sollten sorgfältig überlegen, was der Patient will und – vielleicht noch wichtiger – was er nicht will. Das kulturelle Umfeld des Patienten und kulturelle oder andere Unterschiede zwischen den Einstellungen des Patienten

und der Behandler sollten berücksichtigt werden.

Wenn die Entscheidung zur Sedierung von Patient und Behandlungsteam getroffen wird, sollten die Ziele für die Sedierung festgelegt werden. Dabei muss klar zwischen terminaler Sedierung und Sedierung als Nebenwirkung der Symptombehandlung unterschieden werden, zum Beispiel wenn Opioide zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden oder Benzodiazepine zur Behandlung eines Delirs. In diesen Fällen muss ein akzeptables Niveau der Nebenwirkung (Sedierung und Reduktion des Bewusstseinsniveaus) gegen ein noch tolerables Restmaß der Symptomintensität ausbalanciert werden.

Ist das primäre Ziel der Sedierung die Linderung von unerträglichem Leid? Wenn dies so ist, wie weit soll das Bewusstseinsniveau gesenkt werden? Reicht es aus, wenn der Patient schläfrig ist,

aber jederzeit erweckbar, oder muss der Patient bewusstlos sein? Falls die Sedierung für einen längeren Zeitraum geplant wird, soll sie irreversibel durchgeführt werden oder sollen wiederholte Reduktionsversuche der Sedierung geplant werden, bei denen kontrolliert werden kann, ob Belastungen und Leiden in unverändertem Maß fortbestehen und ob der Patient die Fortsetzung der Sedierung immer noch wünscht?

Terminale Sedierung sollte die letzte Therapieoption sein, die nur eingesetzt wird, wenn keine anderen Optionen mehr zur Verfügung stehen. Selbst mit diesen Grundsätzen wird jedoch bei einigen Patienten ein ethischer Konflikt bestehen bleiben, z. B. bei bewusstlosen Patienten, bei denen die Angehörigen widersprüchliche Wünsche und Interessen ausdrücken. Die Diskussion im Behandlungsteam ermöglicht die Bearbeitung dieser ethischen Konflikte, sodass die terminale

Tab. 5-4 Entscheidungskaskade zur terminalen Sedierung bei Palliativpatienten

Wer wünscht Sedierung?	<input type="checkbox"/>	Patient
	<input type="checkbox"/>	Arzt/andere Behandler
	<input type="checkbox"/>	Angehörige
Warum Sedierung?	<input type="checkbox"/>	körperliche Symptome
	<input type="checkbox"/>	Leiden/psychologische Belastung
	<input type="checkbox"/>	andere Gründe?
Was ist das Ziel?	<input type="checkbox"/>	Symptombehandlung: Delir <i>Sedierung = kausale Therapie</i>
	<input type="checkbox"/>	Symptombehandlung: Schmerz, Luftnot <i>Sedierung = Nebenwirkung</i>
	<input type="checkbox"/>	Linderung von unerträglichem Leid <i>Sedierung = Reduktion des Bewusstseinsniveaus</i>
Welches Vorgehen?	<input type="checkbox"/>	intermittierend (<i>Bolus bei Bedarf</i>)
	<input type="checkbox"/>	kontinuierlich (<i>Dauermedikation</i>)
	<input type="checkbox"/>	oberflächlich (<i>Somnolenz</i>)
	<input type="checkbox"/>	tief (<i>Stupor/Koma</i>)
	<input type="checkbox"/>	reversibel (<i>zeitweilig</i>)
Was will der Patient?	<input type="checkbox"/>	irreversibel (<i>end-of-life, terminal</i>)
	<input type="checkbox"/>	Patient ansprechbar (<i>Einwilligung nach Aufklärung</i>)
	<input type="checkbox"/>	Patient bewusstlos/delirant (<i>Entscheidung durch Stellvertreter</i>)
	<input type="checkbox"/>	kultureller Hintergrund?
	<input type="checkbox"/>	sozialer Hintergrund?

Sedierung bei den Patienten eingesetzt werden kann, die sie benötigen. Tabelle 5-4 bietet eine Zusammenfassung der ethischen Gesichtspunkte, die in der Diskussion auf jeden Fall berücksichtigt werden sollten.

Die Patientenautonomie sollte in dem Prozess der Entscheidungsfindung wie auch bei Einleitung und Erhalt der terminalen Sedierung möglichst weit erhalten bleiben. Die Sedierung sollte, wo immer möglich, nur nach Aufklärung und Zustimmung des Patienten erfolgen. Die Angaben von Angehörigen und anderen Behandlern können nur als Indikatoren für den Willen des Patienten dienen, der nicht selbst einwilligen kann.

Die ausführliche Diskussion im palliativmedizinischen Behandlungsteam und die Beratung von Patient und Angehörigen ist eine notwendige Voraussetzung, um sicherzustellen, dass die Wünsche und Vorstellungen von Patienten und Angehörigen angemessen berücksichtigt werden und keine unethischen Gründe zu einem Missbrauch der terminalen Sedierung führen können. Jeder Patient muss in seiner individuellen und einzigartigen Situation gesehen werden. Vielleicht ist die einzige Richtlinie für die terminale Sedierung, dass es keine formellen Richtlinien für diese Entscheidung geben kann.

Praktisches Vorgehen

Die terminale Sedierung sollte mit Benzodiazepinen oder anderen sedierenden Medikamenten durchgeführt werden. Eine Reduktion des Bewusstseinsniveaus kann zwar auch mit anderen Medikamenten, z. B. durch Erhöhung der Opioiddosis, erreicht werden, eine zielgerichtete Steuerung der Sedierungstiefe ist dabei aber ungleich schwerer.

Die Therapie mit Benzodiazepinen wird entweder als Bedarfsgabe, z. B. mit Lorazepam 0,5–1 mg sublingual oder Midazolam 2–5 mg subkutan oder intravenös, oder als Dauerinfusion verabreicht. Midazolam hat sich aufgrund der schnellen Anflutung und der kurzen Halbwertszeit als gut steuerbares Benzodiazepin bewährt. Die Dauerinfusion mit Midazolam wird in einer niedrigen Dosierung begonnen (3–5 mg/h) und nach Bedarf gesteigert, bis die gewünschte Bewusstseinsreduktion erreicht ist. Wenn möglich, sollte das Ziel der schlafende, aber erweckbare Patient sein. Im Verlauf muss die Dosis nach der Sedierungstiefe immer wieder überprüft und angepasst werden, dabei können Dosisreduktionen und -erhöhungen erforderlich werden. Die Überwachung der Sedierung sollte vorher im Behandlungsteam festgelegt werden. So sollte Blutdruck oder Atemfrequenz nicht unbedingt für das Monitoring erfasst werden, sondern eher Bewusstseinsniveau (Tab. 5-5) oder Unruhe.

In Krisensituationen, z. B. bei einer plötzlich einsetzenden Tumorblutung, kann es erforder-

Tab. 5-5 Ramsey Sedation Scale

Reaktion des Patienten auf verbale Aufforderung	Score
Ängstlich oder unruhig oder agitiert	1
Kooperativ, orientiert, ruhig	2
Reagiert nur auf Aufforderung	3
Brüske Reaktion auf leichtes Beklopfen der Glabella oder lauten akustischen Stimulus	4
Träge Reaktion auf leichtes Beklopfen der Glabella oder lauten akustischen Stimulus	5
Keine Reaktion auf leichtes Beklopfen der Glabella oder lauten akustischen Stimulus	6

lich sein, eine Sedierung ohne vorherige Information einzuleiten. Diese Situationen sollten allerdings die Ausnahme bleiben. Im Regelfall sollte eine umfassende Information des Patienten und der Angehörigen über Zielsetzung, Einleitung, Durchführung und Erfolgskontrolle der Sedierung erfolgen, bei der auch die Wünsche und Vorstellungen des Patienten einfließen. Die Diskussion der ethischen Aspekte im Behandlungsteam sollte vor der Einleitung der Sedierung, bei Krisensituationen möglichst zeitnah nach der Einleitung erfolgen. Bei längerem Verlauf der Sedierung sollte in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob die Indikation zur Sedierung noch gegeben ist und ob neu aufgetretene Aspekte eine erneute Besprechung im Team oder mit den Angehörigen erforderlich machen.

Kernaussagen

- **Definition der terminalen Sedierung:** Terminale Sedierung bedeutet die Reduzierung des Bewusstseinsniveaus des Patienten, um unerträgliche Symptome und Belastungen zu lindern.
- **Abgrenzung gegen Sedierung als Nebenwirkung der Therapie:** Dies muss unterschieden werden bei Patienten, die Konzentrationsstörungen und Sedierung als Nebenwirkung der symptomatischen Medikation, z. B. mit Opioiden oder Benzodiazepinen, in Kauf nehmen, weil nur so eine ausreichende Symptomlinderung zu erreichen ist.
- **Abgrenzung gegen aktive Sterbehilfe:** Die Entscheidung für den Einsatz der terminalen Sedierung muss ausdrücklich jede Absicht der aktiven Tötung des Patienten oder der Beschleunigung des Todeszeitpunktes ausschließen. Nach der Theorie des Doppelleffekts wäre eine mögliche Verkürzung der verbleibenden Lebensspanne ethisch akzeptabel, wenn das ursprüngliche und vorrangige Ziel eindeutig die Linderung des Leidens und nicht die Verkürzung der Lebenszeit ist.
- **Körperliche Symptome und psychosoziale Belastung als Indikation zur Sedierung:** Während therapieresistente körperliche Symptome wie Schmerzen, Luftnot oder Delir als Indikation allgemein akzeptiert werden, wird der Einsatz der terminalen Sedierung bei Patienten, die unter einer unerträglichen psychosozialen Belastung leiden, kontrovers diskutiert.
- **Kulturelle Hintergründe und Einstellungen bei Patienten und Behandlern:** Unterschiedliche Einstellungen und Wünsche entstehen dabei häufig aus dem kulturellen Umfeld der Patienten und der Behandler.
- **Entscheidung zur terminalen Sedierung als ethischer Prozess:** Die Entscheidung zur terminalen Sedierung kann nur nach ausreichender Information und mit Einverständnis der aufgeklärten Patienten erfolgen. Die Bewertung der Indikation zur Sedierung, die Wünsche und Einstellungen von Patient und Angehörigen sowie mögliche ethische Konflikte sollten im Behandlungsteam zur Diskussion gestellt werden.
- **Terminale Sedierung als Ausweg:** Terminale Sedierung sollte deshalb nicht als standardisiertes Verfahren eingesetzt werden. Die Sedierung ist ein letzter Ausweg für Patienten mit therapieresistenten Symptomen und Beschwerden, der immer individuell entschieden und auf ethische Konflikte überprüft werden muss.
- **Praktisches Vorgehen:** Die Therapie mit Benzodiazepinen, entweder als Bedarfsgabe, z. B. mit Lorazepam sublingual oder Midazolam subkutan oder intravenös, oder als Dauerinfusion, z. B. mit Midazolam, wird in einer niedrigen Dosierung begonnen (Midazolam 3–5 mg/h) und nach Bedarf gesteigert, bis die gewünschte Bewusstseinsreduktion erreicht ist. Wenn möglich, sollte das Ziel der schlafende, aber erweckbare Patient sein.