



*Ihre Spende
zählt*

Jeder Mensch hat das Recht,
in Würde zu sterben.

Helfen Sie uns,
dafür bessere Bedingungen
zu schaffen!



SPENDENKONTO

**Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e. V.**

Berliner Volksbank

IBAN: DE 1910 0900 0023 7481 1021

BIC: BEVODEBBXXX

Online-Spenden unter
www.palliativmedizin.de



HANDLUNGSEMPFEHLUNG

**EINSATZ SEDIERENDER
MEDIKAMENTE**

*in der Spezialisierten
Palliativversorgung*

Herausgegeben vom
Forschungsverbund SedPall

in Kooperation mit der
Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

GEFÖRDERT VOM



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

>> HERAUSGEBENDE

Christoph Ostgathe¹, Carsten Klein¹, Sandra Kurkowski¹,
Maria Heckel¹, Jorge Luis Torres Cavazos¹, Claudia Bausewein²,
Eva Schildmann², Violet Handtke², Jeremias Bazata²,
Sophie Meesters², Jan Schildmann³, Alexander Kremling³,
Christian Jäger⁴, Kerstin Ziegler⁴, PPI Erlangen¹
(Gabriele Merkel, Anne Uhlich, Ute Wältring), PPI München²
(Christa Dönnhöfer, Ines Flemmer, Isolde Hellwig,
Karl-Heinz Kurz, Klaus Niesmann, Martina Wein)

¹Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU),
Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen

²LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

³Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für
Geschichte und Ethik der Medizin

⁴Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU),
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschafts- und
Medizinstrafrecht

KONTAKT FÜR INHALTLICHE FRAGEN

Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe
Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung
Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstraße 12 | 91054 Erlangen

Tel 09131 85-34064

Fax 09131 85-34066

christoph.ostgathe@uk-erlangen.de

>> INHALT

4	Vorbemerkungen
7	Einführung Terminologie und ethisch-rechtliche Einordnung
20	Handlungsempfehlungen Indikation
22	Handlungsempfehlungen Intention / Zweck
24	Handlungsempfehlungen Entscheidungsprozess
26	Handlungsempfehlungen Aufklärung / Einwilligung
28	Handlungsempfehlungen Medikation und Formen der Sedierung
30	Handlungsempfehlungen Monitoring / Überwachung
32	Handlungsempfehlungen Umgang mit Flüssigkeit und Ernährung
34	Handlungsempfehlungen Fortsetzung sonstiger Maßnahmen
36	Handlungsempfehlungen Begleitung der Zugehörigen
38	Handlungsempfehlungen Unterstützung im Team
39	Literatur

>> VORBEMERKUNGEN

ZIELE

Die vorliegende Handlungsempfehlung hat zum Ziel, basierend auf einem wissenschaftlich fundierten Ansatz konkrete Handlungsempfehlungen für gezieltes Sedieren zum Zweck der Leidenslinderung und zum Umgang mit potenziell sedierenden Medikamenten in der Palliativversorgung bereitzustellen.

Dieser Ansatz wurde unter Berücksichtigung einer angepassten Terminologie, klinischer Daten, publizierter Leitlinien, ethischer und medizinrechtlicher Analysen sowie der Erfahrungen nationaler und internationaler Expertinnen/Experten und interessierter Laien als Vertreterinnen und Vertreter der nicht-professionellen Öffentlichkeit (Patient and Public Involvement, PPI) entwickelt und in einem mehrstufigen Verfahren konsentiert.

FINANZIERUNG

Die Handlungsempfehlung wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Verbundprojektes „SedPall – von der Anxiolyse bis zu tiefer kontinuierlicher Sedierung“ (FK: 01GY1702A-C) entwickelt.

GELTUNGSBEREICH UND ZWECK

Die Handlungsempfehlung bezieht sich auf die Spezialisierte Palliativversorgung in Deutschland und umfasst dabei sowohl die Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung (SSPV) als auch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Wenngleich für die Spezialisierte Palliativversorgung entwickelt, kann die vorliegende Handlungsempfehlung auch klinisch Tätige in der Allgemeinen Palliativversorgung unterstützen. Die Handlungsempfehlung ist keine Leitlinie und enthält keine Empfehlungsgraduierung.

Die in der Palliativmedizin Tätigen werden ermutigt, die Handlungsempfehlung bei einer klinischen Beurteilung ebenso wie bei diagnostischen und therapeutischen Strategien zu berücksichtigen. Die Handlungsempfehlungen ersetzen jedoch in keiner Weise die individuelle Verantwortlichkeit der klinisch Tätigen, die angebrachten und konkreten Entscheidungen mit Bezug auf die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten nach Rücksprache mit dieser/diesem oder deren/dessen rechtlicher Vertreterin/rechtlichem Vertreter zu treffen.

METHODIK

Die Handlungsempfehlung beruht auf empirischen Daten, ethischen, rechtlichen und konzeptionellen Analysen sowie einer systematischen Auswertung von bestehenden Handlungsempfehlungen beziehungsweise Leitlinien. Ergänzend wurden Meinungen von Expertinnen und Experten im Prozess der Entwicklung berücksichtigt. Die wissenschaftlichen Untersuchungen wurden im Rahmen des Forschungsprojektes „SedPall – von der Anxiolyse bis zu tiefer kontinuierlicher Sedierung“ durchgeführt. Das Projekt ist in vier Phasen untergliedert:

Phase 1

Vorbereitung und Pilotierung der Datenerhebung

Zur empirischen Analyse wurden eine Datenmatrix zur Erfassung der quantitativen Daten sowie zur Erfassung der qualitativen Daten verschiedene Interviewleitfäden für Interviews mit Patientinnen/Patienten, Zugehörigen und Mitarbeitenden entwickelt und pilotiert. Zur begrifflichen Analyse wurde ein erster terminologischer Rahmen zur Unterscheidung unterschiedlicher Typen von Sedierung erstellt. Weiterhin erfolgte eine Analyse ethisch-normativer Fragestellungen sowie eine die Problematik der Sedierung betreffende systematische Erhebung und Einordnung von Rechtsfragen unter Berücksichtigung der dazu vorfindlichen Rechtsprechung und Literatur.

Phase 2

Empirische und normative Analyse

Es erfolgten eine quantitative repetitive Datenerfassung in 7 Rekrutierungszentren sowie die Durchführung und gleichzeitige Auswertung von qualitativen Interviews in 12 Rekrutierungszentren.

Parallel wurden eine empirisch-ethische Analyse der normativen Herausforderungen der Sedierungspraxis (z. B. bezüglich Indikation, Zustimmung oder Monitoring) sowie eine vertiefte Analyse der Rechtsprechung durchgeführt.

Phase 3

Integration der Ergebnisse

In dieser Phase erfolgten die Aufbereitung relevanter Studienergebnisse, die Durchführung von Fokusgruppen zu wichtigen und/oder besonders kontroversen Themen (auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse aller Subprojekte) sowie die Integration der Ergebnisse der Subprojekte 1-4. Hierzu gehörten die quantitativen Daten der teilnehmenden Rekrutierungszentren (SP1), die Ergebnisse der qualitativen Interviews und Fokusgruppen (SP2) sowie die gemeinsame normative Analyse ausgewählter ethischer und rechtlicher Aspekte der Sedierung (SP3 und SP4).

Phase 4

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Es erfolgten die Zusammenstellung der Ergebnisse der verschiedenen Subprojekte und die Erstellung eines ersten Entwurfs einer Handlungsempfehlung. Dieser wurde im Rahmen einer Integrationskonferenz mit multiprofessionellen nationalen und internationalen Expertinnen und Experten aus den Bereichen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, Ethik und Rechtswissenschaft sowie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin diskutiert. Eine abschließende Anpassung der Handlungsempfehlungen erfolgte in einer Konsensuskonferenz. Die Handreichung wurde abschließend im Rahmen einer Abschlusskonferenz vorgestellt.

DANKSAGUNG

Die Projektgruppe dankt dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für die großzügige finanzielle Förderung des Forschungsprojektes.

Ein weiterer Dank gilt all den Mitarbeitenden aus den Rekrutierungszentren, die maßgeblich die quantitative Datenerfassung ermöglicht bzw. an Interviews und Fokusgruppen teilgenommen haben. Zudem dankt die Projektgruppe allen Expertinnen und Experten, die die Handlungsempfehlungen kommentiert, diskutiert sowie schließlich konsentiert haben.

Schließlich gilt unser Dank den Mitgliedern der Patient and Public Involvement-Gruppen in Erlangen und München, die das Projekt über die gesamte Laufzeit hinweg in vielfältiger Weise unterstützt haben. Ohne das Vertrauen und die Bereitstellung zeitlicher Ressourcen, das Engagement und die wertvolle fachliche Expertise all dieser Teilnehmenden wäre die Entwicklung der vorliegenden Handreichung nicht möglich gewesen.

INTERESSENSKONFLIKTE

Die Herausgebenden erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

HINWEIS

Im Text wurde entsprechend der Empfehlungen der Gesellschaft für Deutsche Sprache vom 13.08.2020 nach Möglichkeit die Doppelnennung verwendet. Zudem wurde versucht, weitestgehend sprachliche Ersatzformen zu wählen, damit sich alle Geschlechter angesprochen fühlen. Den Autorinnen und Autoren ist jedoch bewusst, dass sich nicht alle Personen in der binären Zuordnung wiederfinden und bedauern, dass bislang eine verbindliche und anerkannte Möglichkeit zur sprachlichen Umsetzung fehlt.

ABKÜRZUNGEN

SPV

Spezialisierte Palliativversorgung

SAPV

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

SSPV

Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung

PPI

Patient and Public Involvement

>> EINFÜHRUNG

Terminologie und ethisch-rechtliche Einordnung



SEDIEREN, UM LEIDEN ZU LINDERN

Was ist gemeint?

Palliativmedizin ist spezialisiert auf die Versorgung und Begleitung schwerstkranker Menschen, besonders solcher Patientinnen/Patienten, deren Erkrankung weit fortgeschritten und nicht mehr heilbar ist. Verbesserung von Lebensqualität und Linderung der Belastung durch die Erkrankung stehen dabei im Mittelpunkt.

Im Verlauf der Erkrankung und insbesondere in der letzten Phase kann es dazu kommen, dass das Bewusstsein der Patientinnen/Patienten durch den natürlichen Verlauf der Erkrankung eingeschränkt ist. Eingeschränktes Bewusstsein kann auch eine unerwünschte (gegebenenfalls in Kauf genommene) Wirkung eines Medikamentes sein, das zur Behandlung eingesetzt wird. Es ist aber ebenfalls möglich, mit Medikamenten gezielt das Bewusstsein der Patientinnen/Patienten zu mindern.

Es gibt Situationen, in denen die gezielte Bewusstseinsreduzierung nach bestem Wissen die einzige Möglichkeit einer Linderung von Leid darstellt und daher als Mittel gewählt werden kann, um Leidenslinderung zu erreichen. Besondere Herausforderungen stellen sich dadurch, dass gezieltes Sedieren zum Zweck der Leidenslinderung auf unterschiedliche Weisen beziehungsweise mit unterschiedlichen Auswirkungen auf das Bewusstsein durchgeführt werden kann: vorübergehend oder kontinuierlich (bis zum Tod) und von leichter Schläfrigkeit bis hin zu einer tiefen Bewusstlosigkeit.

Im folgenden Dokument werden Handlungsempfehlungen für gezieltes Sedieren zum Zweck der Leidenslinderung und zum Umgang mit potenziell sedierenden Medikamenten in der Palliativversorgung gegeben. Die Empfehlungen richten sich an Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Mitarbeitende weiterer Berufsgruppen, die an der Palliativversorgung von Patientinnen/Patienten beteiligt sind. Insbesondere die hier formulierten Anforderungen an die Durchführung einer gezielten Sedierung dürften nur in Settings der spezialisierten Palliativversorgung (auf Palliativstationen, durch einen Palliativmedizinischen Dienst oder SAPV-Teams) umsetzbar sein.

Palliative Versorgung findet aber nicht nur in spezialisierten Bereichen statt. Die Mehrheit der Betroffenen werden in der sogenannten „Allgemeinen Palliativversorgung“ (durch Hausärztinnen/Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, Pflegedienste, Pflegefachpersonen in Altenheimen sowie Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen auf Krankenhausstationen) betreut.

Die vorliegenden Empfehlungen und Hinweise können daher auch dort hilfreich sein. Sind sie jedoch nicht umsetzbar, dann sprechen die besonderen Herausforderungen dafür, Mitarbeitende aus der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen, wenn eine Entscheidung zu gezieltem Sedieren getroffen werden muss oder ein Verlauf droht, in dem eine medikamentös induzierte Sedierung eintreten könnte.

VERTIEFENDE INFORMATIONEN ZUR TERMINOLOGIE

In den Handlungsempfehlungen wird folgende Terminologie verwendet, die im Anschluss weiter erläutert wird:

verringertes Bewusstsein

Bewusstseinsgrad mit einem Wert < 0 auf der RASS-PAL-Skala (zu RASS-PAL siehe Bush 2014)

Sedieren

Herbeiführen eines Zustandes verringerten Bewusstseins durch eine medizinische Maßnahme

Sedierung

Ergebnis oder Prozess des Sedierens

Sediert

Bewusstseinszustand ist durch eine medizinische Maßnahme reduziert

gezieltes Sedieren

Sedieren, bei dem der verringerte Bewusstseinszustand das geplante Mittel zum Erreichen des zuvor gefassten Behandlungsziels ist

leicht sediert

der Bewusstseinszustand ist durch eine medizinische Maßnahme auf einen Wert von -1 bis -2 auf der RASS-PAL-Skala reduziert

tief sediert

der Bewusstseinszustand ist durch eine medizinische Maßnahme auf einen Wert von ≤ -3 der RASS-PAL-Skala reduziert

vorübergehend sediert

Patientin/Patient ist nur für eine bestimmte Zeitspanne sediert

sediert bis zum Versterben

Patientin/Patient ist durchgängig bis zum Versterben sediert

Anxiolyse

herbeigeführte Reduktion von Angstzuständen

Leid

unangenehme, belastende, unerwünschte Empfindung

existenzielles Leid

Leid, das sich umfassend auf die Tatsache bezieht, dass und wie man lebt

Liegt der Wert auf der RASS-PAL-Skala auf einem Wert ≥ 0 , sprechen wir also noch nicht von einer Sedierung. Eine Sedierung liegt darüber hinaus nicht vor, wenn die Bewusstseins Einschränkung nicht durch eine medizinische Maßnahme herbeigeführt wurde.

Der am weitesten verbreitete Begriff in der Fachliteratur ist „Palliative Sedierung“. In dieser Handlungsempfehlung wird stattdessen von gezieltem Sedieren zum Zweck der Leidenslinderung gesprochen. „Gezielt“ meint hier, dass die sedierende Wirkung keine bloße Nebenfolge einer zur Behandlung eingesetzten Medikation ist, sondern dass die Sedierung der Patientin/des Patienten beabsichtigt ist. Der Begriff der „Palliativen Sedierung“ wird in der Fachliteratur sowie in der fachinternen und öffentlichen Wahrnehmung uneinheitlich verwendet [1]. Die Bezeichnung von Fällen ist nachweislich auch unter Mitarbeitenden in der Spezialisierten Palliativversorgung inkonsistent [2],[3]. „Palliative Sedierung“ wird häufig mit tiefer Sedierung bis zum Versterben gleichgesetzt, selbst wenn der Begriff, etwa nach der verbreiteten EAPC-Definition, breiter definiert ist. Definitionen von „Palliativer Sedierung“ wurden mit diversen Einschränkungen (Indikationen, Vorbedingungen, Charakterisierungen passender Patientinnen/Patienten usw.) versehen, die die Anwendung des Begriffs erschweren [1].

Die daraus entstehenden Unsicherheiten sind der Grund dafür, dass in den folgenden Handlungsempfehlungen auf den Begriff „Palliative Sedierung“ verzichtet und stattdessen eine möglichst einfache Terminologie verwendet wird, auf deren Grundlage dann Indikation, Patientinnen-/Patientengruppen, Vorsichtsmaßnahmen usw. vertieft diskutiert werden. Der Ausdruck „sediert bis zum Versterben“ wurde gewählt, weil „terminal“ sprachlich mit „terminierend“ im Sinne von „gezielt das Leben beendend“ assoziiert wird (ähnlich „final“ mit „finalisierend“ im Sinne von „das Leben gezielt beendend“) und der Begriff „kontinuierlich“ den Bezug zum Versterben verdeckt.

Gezieltes Sedieren zum Zweck der Leidenslinderung ist abzugrenzen von:

Beruhigung

Herbeiführen einer Verminderung des Bewusstseinsgrades auf der RASS-PAL-Skala auf ≥ 0

periinterventionelle Sedierung

Gezieltes Sedieren, um einen operativen Eingriff oder das Durchführen einer anderen schmerzhaften Maßnahme zu ermöglichen

Koma

Durch Erkrankung oder Trauma verursachte Bewusstlosigkeit

Da eine Leidenslinderung mittels Sedierung auf dem Weg einer generellen Einschränkung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung stattfindet, sind die Begriffe „Symptombehandlung“ und „Therapie“ häufig eher irreführend. Sedierung wirkt durch eine generelle Einschränkung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung. Es wird jedoch nicht „selektiv“ gegen ein einzelnes Symptom vorgegangen – was meist gemeint ist, wenn von „Symptombehandlung“ gesprochen wird. Zudem wird nur selten eine Verbesserung der zugrundeliegenden pathologischen Prozesse erreicht – was meist gemeint ist, wenn von „Therapie“ gesprochen wird.

Vor allem für Anxiolyse, Beruhigung, Antiemese, Krampfanfallbehandlung, Therapie bei Luftnot und Schmerzbehandlung können potentiell sedierende Medikamente zum Einsatz kommen, ohne dass Sedierungseffekte beabsichtigt oder auch nur in Kauf genommen sind. Da aber trotzdem Sedierungseffekte eintreten können (diese wären dann gerade nicht als „gezielt“ zu bezeichnen), bedarf es besonderer Vorsichtsmaßnahmen. Es sollte verhindert werden, dass unbedacht von einer Behandlung, bei der keine Sedierung beabsichtigt ist, zu einer Behandlung übergegangen wird, in der eine Bewusstseinsreduktion medikamentös aufrecht erhalten wird.

Zwar können Übergänge von in Kauf genommener unbeabsichtigter Wirkung der Medikation zu einem gezielt aufrechterhaltenen Sedierungseffekt fließend und ungeplant sein – diese Szenarien müssen aber, wenn die Möglichkeit dazu besteht, gesteuert und geplant werden oder, falls sie ungeplant eintreten, evaluiert und einer bewussten Entscheidung zugeführt werden.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen setzen daher bereits beim Einsatz potenziell sedierender Medikamente an, selbst dann, wenn sedierende Effekte nicht Teil der geplanten Behandlung sind.

Potenziell sedierende Medikamente

Viele verschiedene Substanzen können Einfluss auf Bewusstsein und Wachheit haben. Für die Entwicklung dieser Empfehlungen waren vorwiegend die Klassen der Benzodiazepine, der Neuroleptika und der Opioide als häufig in der Palliativmedizin verwendete Substanzen im Fokus. Auf den Begriff „Sedativum“ wird verzichtet, weil damit keine klar abgrenzbare pharmakologische Klasse gebildet wird.



EXISTENZIELLES LEIDEN

Da die Palliativmedizin eine Disziplin für die Versorgung und Begleitung Schwerkranker und Sterbender ist, hat das Leiden der Patientinnen/Patienten häufig eine existenzielle Dimension und kann zu einer drängenden, und insofern behandlungswürdigen, ggf. auch unerträglichen psychischen Not werden.

Palliativpatientinnen/-patienten sind – nicht immer, aber doch meist – auf radikale Weise mit ihrer eigenen Endlichkeit, mit krankheitsbedingten Einschränkungen, mit einem grundsätzlichen Perspektivwechsel auf das eigene Leben und mit der Tatsache konfrontiert, dass in der Regel Optionen zur Heilung nicht mehr zur Verfügung stehen.

Ängste, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und auch Sterbewünsche können Folge dieser Situation sein und zu einem „Leiden am Leben“ führen. Diesem Leiden stehen insbesondere Anteilnahme und Fürsorge der Zugehörigen, Behandelnden und Pflegenden sowie medizinische oder psychosoziale Behandlungsangebote, aber auch die Resilienz der Patientinnen/Patienten gegenüber. Häufig kann so verhindert werden, dass Beschwerden zu existenziellem Leiden führen oder ein solches Leiden unerträglich wird.

Eine Behandlung der Symptomlast wird in der Regel nur multiprofessionell und im Team unter Beachtung der individuellen Faktoren, die zum Leiderleben beitragen, erfolgen können. Auch wenn vielfältige Möglichkeiten und Herangehensweisen existieren, gibt es gerade in der letzten Lebensphase Situationen, in denen das existenzielle Leiden trotz aller Unterstützungsangebote unerträglich bleibt.

In diesen Fällen können sedierende Maßnahmen dafür sorgen, dass die eigene Situation nicht bewusst erlebt wird. Es besteht Anlass für besondere diagnostische und prognostische Vorsicht, weil sich Patientinnen/Patienten in existenzieller Hinsicht auf verschiedene Weise und auch unvorhergesehen an ihre Situation anpassen können. Insbesondere wenn Sterbewünsche mit existenziellem Leiden verknüpft sind, sind besondere Handlungsempfehlungen zu beachten, um zu verhindern, dass die durchgeführte Maßnahme strafbar ist (z. B. als Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB).

Sedierung aufgrund existenziellen Leidens wird in diesen Handlungsempfehlungen nicht generell ausgeschlossen. Sie ist aber mit besonderen Einschränkungen versehen, die eine symptomorientierte, fürsorgliche Versorgung der Patientinnen/Patienten gewährleisten sollen und zur Abgrenzung zu verbotenen Tötungspraktiken oder unregulierten Suizidbeihilfepraktiken erforderlich sind.

VERTIEFENDE INFORMATIONEN ZUR PROBLEMATIK DES BEGRIFFS „EXISTENZIELLES LEIDEN“

Existenzielles Leiden ist in der Literatur bisher kein präzise geregelter Begriff. Dadurch ergeben sich einige Schwierigkeiten in der Verwendung, die zu Missverständnissen führen können und deshalb hier angesprochen werden sollen:

- Existenzielles Leiden ist, zumindest nach der oben vorgeschlagenen, an der Alltagssprache orientierten Definition, kein Phänomen, das auf die Palliativversorgung beschränkt ist. Es leiden auch Personen ohne lebensbegrenzende Erkrankung existenziell. Auf Grund der besonderen Situation von unheilbarer Krankheit leiden Palliativpatientinnen/Palliativpatienten jedoch häufig auch existenziell.
- Existenzielles Leiden kann, aber muss nicht Teil einer psychischen Störung sein (z. B. im Rahmen zeitlich begrenzter Trauerreaktionen). Ist es Ausdruck einer psychischen Störung, dann kann es Teil der Krankheitssymptomatik sein (z. B. bei einer Depression) oder aber Folge zumindest diagnostisch anderer Symptome (z. B. bei Angststörung, Schizophrenie). – Als psychische „Extrem-situation“ ist die Assoziation zu psychischen Erkrankungen allerdings verständlich.

- Nicht jede Person, die existenziell oder auch unerträglich existenziell leidet, hat einen Sterbewunsch und nicht jede Person, die einen Sterbewunsch hat, leidet zwangsläufig existenziell. Sterbewünsche können viele Formen haben. Sie sind als zusätzliches, ggf. existenziell motiviertes Phänomen zu betrachten.
- Ein möglicherweise durch starkes existenzielles Leiden motivierter Sterbewunsch muss nicht anhaltend und autonom gebildet sein. Ein starker Leidensdruck könnte tendenziell gegebenenfalls sogar dagegen sprechen, dass der Sterbewunsch wohlüberlegt ist.

Der Begriff „Existenzielles Leiden“ wird in diesen Handlungsempfehlungen für eine inhaltlich bestimmte auf das eigene Leben bezogene Empfindung benutzt. Das Ausmaß dieses Leidens einzuschätzen, eine Prognose zu stellen sowie das Verhältnis zu einer eventuell bestehenden psychiatrischen Diagnose oder Vorerkrankung abzuklären und entsprechende klinische Konsequenzen zu ziehen, bleiben schwierige Aufgaben, die keiner einfachen schematischen Lösung zugänglich sind.

SEDIERUNG IM VERGLEICH ZU ANDEREN MASSNAHMEN AM LEBSENDE

Gezieltes Sedieren ist nicht begrifflich oder ethisch auf die Versorgung unmittelbar Versterbender beschränkt. Dennoch wird vor allem im Rahmen von fortgeschrittenen Erkrankungen gezieltes Sedieren als Maßnahme zur Leidenslinderung erwogen oder durchgeführt und in Einzelfällen die Sedierung bis zum Versterben aufrecht erhalten. Deshalb soll im Folgenden eine Einordnung im Vergleich zu anderen Maßnahmen am Lebensende vorgenommen werden.

Gezieltes Sedieren zur Leidenslinderung ist in rechtlicher, ethischer und medizinischer Hinsicht heute unverzichtbarer Bestandteil palliativmedizinischer Versorgung. Es besteht eine Pflicht, Patientinnen/Patienten bei großem Leid im Rahmen geltenden Rechts und medizinisch verantwortlichen Vorgehens zu helfen. Zu wissen, wie und unter welchen Umständen sediert werden kann und darf, ist Teil der Pflichterfüllung.

Gezieltes Sedieren bringt rechtliche, ethische und medizinische Herausforderungen mit sich, da das gezielte Herbeiführen eines verringerten Bewusstseins die Fähigkeit der Patientinnen/Patienten zu erleben, sich auszudrücken und autonom zu handeln, stark einschränkt oder sogar aufhebt (s. auch [4]) und daher einen tiefen Eingriff in den Kern der Persönlichkeit darstellt. Der teilweise oder vollständige Verlust der Möglichkeit zu kommunizieren, informiert Entscheidungen über den weiteren Verlauf der Behandlung zu treffen und trotz der Erkrankung schöne und persönlich wertvolle Erlebnisse zu haben, wiegt schwer.

Gezieltes Sedieren ist daher nur als professionell begründete und professionell durchgeführte Maßnahme unter strengen Bedingungen zulässig. Eine gezielte Sedierung setzt daher eine medizinisch fachkundige Indikationsstellung, Durchführung und Überwachung voraus.

Um der Versorgungsaufgabe (und -pflicht) gerecht zu werden und dabei verantwortlich und rechtlich legitim handeln zu können, sind neben medizinischen Kompetenzen auch ethische und rechtliche Kenntnisse erforderlich. Gezieltes Sedieren zur Leidminderung kann in diesem Sinne als eine Form der „Therapie am Lebensende“ (vgl. [5]) verstanden werden – auch wenn keine „Therapie“ im Sinne einer (und sei es auch nur teilweisen) Heilung der zugrundeliegenden Erkrankung stattfindet.

Eine Frage, die sich ebenfalls am Lebensende stellt, ist die nach der Fortführung oder der Aufnahme bestimmter lebenserhaltender Maßnahmen, wie z. B. künstlicher Beatmung, Ernährung und Flüssigkeitsgabe (aber auch andere Maßnahmen, wie z. B. die Fortführung einer Dialyse können hier infrage stehen). Eine gezielte Sedierung kann gleichzeitig mit einem Verzicht auf derartige Behandlungen durchgeführt werden [6]. Zu beachten ist allerdings, dass eine Sedierung unter gleichzeitigem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen den Todeseintritt erheblich beschleunigen kann, vgl. [7].

Dies ist zum einen aus rechtlicher Sicht für die Abgrenzung zur Tötung von Bedeutung, zum anderen ist auch aus medizinischer Sicht nicht bei jeder Sedierungsform und nicht in jeder Situation ein Abbruch derartiger Maßnahmen sinnvoll oder angezeigt. Daher ist der Verzicht auf oder Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen getrennt von der Frage zu betrachten, ob und wenn ja, welche Art der Sedierung durchgeführt werden soll. In der Regel handelt es sich somit um getrennte Entscheidungen (siehe dazu Kapitel 9).

Rechtlich und ethisch relevant ist weiterhin die Frage, ob eine einzelne durchgeführte gezielte Sedierungsmaßnahme eine strafbare Tötung oder Tötung auf Verlangen war. Sedierung und Tötung können nicht schon begrifflich voneinander unterschieden werden, denn sedierende Medikamente können unter Umständen das Risiko bergen, den Todeseintritt zu beschleunigen und gezielte Sedierung könnte auch zu dem Zweck eingesetzt werden, den Tod der Patientin/des Patienten herbeizuführen.

Bei einer medizinischen Maßnahme, die eine strafbare vorsätzliche Tötung darstellt, ist das notwendige (Zwischen-) Ziel der behandelnden Person, den Tod herbeizuführen oder zu beschleunigen (etwa durch die Verabreichung eines schnell und tödlich wirkenden Medikaments). Dies kann mit der primären Intention geschehen, das Leid der Patientin/des Patienten zu beenden. Die „Linderung“ des Leidens geschieht in einem solchen Falle also durch die Herbeiführung des Todes als Mittel zur Leidbeendigung.

Hat die Patientin/der Patient die Maßnahme verlangt, so ist die Handlung dennoch als Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB strafbar. Auch eine Sedierung könnte zur Herbeiführung des Todes eingesetzt werden, etwa, wenn von Anfang an bewusst eine sehr hohe (deutlich höhere, als die zur Linderung des Leidens der Patientin/des Patienten notwendige) Dosis der Medikation gewählt wird, diese unüberwacht eingesetzt wird und z. B. zu einer Atemlähmung oder der Unfähigkeit zu essen und zu trinken führt, sodass die Patientin/der Patient (wie vorhergesehen) in der Folge verstirbt. Auch in diesem Fall geschieht die Linderung des Leids durch die Herbeiführung des Todes (vgl. auch [8]).

Gemeinsam ist damit beiden Handlungen die primäre Intention: Die Beendigung unerträglichen Leids. Für die Frage, ob eine strafbare vorsätzliche Tötung vorliegt, kommt es daher vor allem auf die konkrete klinische Ausgestaltung und Durchführung der Sedierungsmaßnahme an.

Bei der gezielten Sedierung als Behandlungsmethode im Einklang mit den vorliegenden Handlungsempfehlungen ist ebenfalls die Leidenslinderung oder -beendigung das primäre Ziel. Der maßgebliche Unterschied zur strafbaren vorsätzlichen Tötung liegt damit in dem vom Behandelnden zur Leidadressierung gewählten Mittel: Dieses ist nicht die Herbeiführung des Todes der Patientin/des Patienten, sondern eine an seinem Leidensdruck orientierte medizinische Behandlung in der Form einer Einschränkung oder Aufhebung der Erlebensfähigkeit der Patientin/des Patienten.

Dies bedeutet, dass die Fähigkeit der Patientin/des Patienten, ihr/sein Leid wahrzunehmen, herabgesetzt oder aufgehoben wird. Das Bewusstsein der Patientin/des Patienten wird also nur so weit eingetrübt, wie es zur Reduktion unerträglichen Leiderlebens notwendig ist (proportional). Dabei werden Sicherungsmechanismen eingesetzt, durch die die behandelnden Personen überwachen, dass die Bewusstseinsreduktion nicht im Übermaß bewirkt wird und die Sedierungsmedikation nicht zum Tod der Patientin/des Patienten führt. Dass der Ausschluss des Risikos der Todesbeschleunigung bei Beachtung aller Empfehlungen der spezialisierten Palliativmedizin nicht in allen Fällen möglich ist und die Todesbeschleunigung teilweise auch vorhergesehen wird, schadet in einem solchen Fall nicht, wenn alle dafür infrage kommenden Sicherungsmechanismen ausgeschöpft wurden und die verwendete Dosis sich auf das zur Leidmilderung notwendige Maß beschränkt hat. Denn auch dann folgt die gezielte Sedierung ihrem Plan als Behandlungsmaßnahme von Leiderleben und nicht als Leidbeendigung durch Tötung.

Bei einer gerichtlichen Prüfung könnten daher aus der tatsächlichen Ausgestaltung der Sedierung Rückschlüsse auf die vom Behandelnden verfolgte Intention getroffen werden vgl. dazu [9], [10], [11]. Ein Zweck der vorliegenden Handlungsempfehlungen ist daher auch, Vorgehensweisen zu etablieren, die sicherstellen, dass keine strafbaren Tötungen durchgeführt werden.

Zwar deutet aktuelle Forschung darauf hin, dass im statistischen Mittel durch Sedierung keine Lebenszeitverkürzung verursacht wird [12], [13], [14]. Bei der Untersuchung größerer Gruppen von Patientinnen/Patienten ist es allerdings auch möglich, dass Effekte der Lebenszeitverkürzung (z. B. Aspiration, Pneumonie, Ateminsuffizienz) bei manchen Patientinnen/Patienten durch Effekte der Lebenszeitverlängerung bei anderen Patientinnen/Patienten derselben Erhebungsgruppe statistisch aufgehoben oder sogar überwogen werden.

Unabhängig davon darf zudem nicht außer Acht gelassen werden, dass durch Sedierung die Fähigkeit zu erleben erheblich beeinträchtigt oder sogar aufgehoben wird, sodass es nicht möglich ist, die Sedierung unter Hinweis auf ihr lebensverlängerndes Potential zu rechtfertigen. Vielmehr ist sie stets vor dem Hintergrund zu beurteilen, dass die eingeschränkte Fähigkeit des Erlebens (die bei der tiefen Sedierung teilweise als sozialer Tod bezeichnet wird, vgl. z. B. [4]) nur in Fällen ohne angemessene Behandlungsalternative durch den Effekt der Leidfreiheit aufgewogen werden kann.

Darüber hinaus ist auch zu berücksichtigen, dass ein erhebliches Potential für eine missbräuchliche Indikationsstellung und Durchführung von Sedierung besteht, gerade wenn sie nicht als letztes Mittel zur Leidensmilderung eingesetzt bzw. wenn sie unreflektiert mit einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen verbunden oder nicht hinreichend engmaschig überwacht wird.

VERTIEFENDE INFORMATIONEN ZUR JURISTISCHEN TERMINOLOGIE UND RECHTSPRECHUNG IN DEUTSCHLAND

Im deutschen Strafgesetzbuch, aber auch in den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs finden sich Regelungen, die unmittelbar auf das Verhältnis zwischen Behandelnden und Patientinnen/Patienten abzielen oder zumindest auf sie angewendet werden. Darüber hinaus hat sich gerade zu Fragen am Lebensende eine differenzierte Rechtsprechungspraxis entwickelt, vgl [15]. Die Kenntnis der Rechtsprechung sowie der einschlägigen Normen und ihres Zusammenwirkens ist zur korrekten Einordnung der in diesem Dokument enthaltenen Handlungsanweisungen erforderlich.

Behandlungsabbruch

Im juristischen Sinne wird von einem Behandlungsabbruch gesprochen, wenn in Übereinstimmung mit dem Willen der Patientin/des Patienten bestimmte Behandlungen, die geeignet sind, das Leben der Patientin/des Patienten zu verlängern, unterlassen, begrenzt oder eingestellt werden, um einer zum Tod führenden Krankheit ihren Lauf zu lassen [16]. Insofern kann von einer Therapiezieländerung durch die Patientin/den Patienten gesprochen werden, die nicht, wie der Begriff des Behandlungsabbruches vermuten lässt, die Einstellung jeder Behandlung zur Folge hat, sondern nur derjenigen Behandlungen, die dem Therapieziel der Patientin/des Patienten (die/der kein Interesse an einer Verlängerung ihres/seines Lebens hat) nicht mehr dienlich sind. Insbesondere werden Maßnahmen zur Leidensmilderung fortgeführt, sofern von der Patientin/dem Patienten nicht anders gewünscht. Insofern ist zutreffend von einer Behandlungsbegrenzung und nicht von einem Abbruch auszugehen [17].

Unberührt davon bleiben Fälle, in denen schon die Indikation für bestimmte Maßnahmen entfallen ist, weil das Therapieziel nicht (mehr) erreicht werden kann.

Suizid

Ein Suizid ist jede eigenverantwortliche Selbsttötung. Dies erfordert, dass die/der Sterbewillige die Tatherrschaft über die letzte zum Tod führende Ausführungshandlung innehat (sog. Herrschaft über den "point of no return" [18]). Dies bedeutet, dass sie/er diesen Akt nach ihrem/seinem Willen durchführen oder unterlassen kann und den Geschehensablauf daher bestimmend in den Händen hält [19], [20]. Beispielsweise ist dies der Fall, wenn die Suizidentin/der Suizident ein ihr/ihm gereichtes Mittel selbst einnimmt. Eine eigenverantwortliche Handlung der Suizidentin/des Suizidenten liegt zudem nur vor, wenn diese/dieser in der Lage ist, einen freien, von psychischen Störungen unbeeinflussten Willen zu bilden und nach ihm zu handeln. Darüber hinaus müssen ihr/ihm, wie bei einer rechtfertigenden Einwilligung, alle maßgeblichen Umstände der Situation bekannt sein, sodass sie/er in der Lage ist, das Für und Wider der eigenen Entscheidung umfassend abzuwägen. Zudem darf die/der Sterbewillige nicht durch äußeren Druck motiviert sein, sondern muss aus intrinsischer Motivation entscheiden und die Entscheidung muss von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen sein (zum Ganzen [21]).

Suizidassistentz

Der Suizid ist keine Straftat, sodass auch die Beihilfe zum Suizid mangels tatbestandsmäßiger Haupttat i.S.v. § 27 Abs. 1 StGB keiner Strafbarkeit unterliegt. § 217 StGB, der zumindest die geschäftsmäßige Förderung von Selbsttötungen unter Strafe stellte, wurde wegen Verfassungswidrigkeit für nichtig erklärt [21].

In diesem Urteil wurde klargestellt, dass jede sterbewillige Person das Recht hat, freiwillig von Dritten angebotene Hilfe zum Suizid anzunehmen. Trotzdem kann eine Unterstützung des Suizides einer anderen Person nur als Suizidassistentz (und nicht als Tötung) bezeichnet werden, wenn die Unterstützung nicht über den Beitrag einer Beihilfehandlung hinausgeht (s. Begriffserklärung Suizid). Eine Unterstützung in diesem Sinne kann z. B. durch Bestärken der Entscheidung oder durch Verschaffen eines tödlichen Mittels geschehen.

Tötung auf Verlangen

Eine Tötung auf Verlangen liegt vor, wenn eine Person durch eine andere getötet wird, die sich durch das ernsthafte und ausdrückliche Verlangen der/des Sterbewilligen zur Tötung hat bestimmen lassen. Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn eine Ärztin/ein Arzt der Patientin/dem Patienten mithilfe einer Spritze ein tödliches Mittel verabreicht, weil die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt vorher ausdrücklich und freiverantwortlich darum gebeten hat und die Ärztin/der Arzt ihr/ihm diesen Wunsch erfüllen will. Diese Handlung ist strafbar nach § 216 StGB. „Verlangen“ meint hier mehr als eine bloße Einwilligung; es muss der/dem Sterbewilligen gerade auf ihre/seine Lebensbeendigung ankommen.

Darüber hinaus muss dieses Verlangen für die Täterin/den Täter handlungsleitend sein, d.h. sie/er muss gerade durch dieses Verlangen zur Tötung bestimmt worden sein (vgl. [22]). Eine stillschweigende Hinnahme der lebensbeendenden Handlung durch die Patientin/den Patienten genügt daher nicht [23]. Zudem hinaus wäre bei einem bloßen stillschweigenden Hinnehmen einer Medikamentengabe durch die Patientin/den Patienten bereits dessen Einwilligung fraglich.

Denkbar ist darüber hinaus aber auch eine Verwirklichung des § 216 StGB durch Unterlassen eines Eingreifens. Diese Frage betrifft z. B. Konstellationen, in denen ein freiverantwortlicher Suizid im Beisein einer anderen Person stattfindet, die zum Suizid ggf. Hilfe geleistet hat. Vom Bundesgerichtshof (BGH) [24] wurde lange Zeit vertreten, dass die Tatherrschaft der Suizidentin/des Suizidenten über die Herbeiführung des eigenen Todes in dem Moment auf die/den noch anwesende/n Unterstützerin/Unterstützer übergeht, in dem die Suizidentin/der Suizident das Bewusstsein verliert. Als Konsequenz hätte die beiwohnende Person gem. § 13 Abs. 1 StGB die Pflicht, den Todeseintritt zu verhindern. Im Grundsatz hält der BGH hieran auch aktuell fest.

In zwei Entscheidungen aus dem Jahr 2019 [25], [26] wurde diese Rechtsprechung aber zumindest zum Teil aufgegeben: Hier wurde anerkannt, dass die Verwirklichung des Todeseintritts für die/den freiverantwortliche/n Suizidentin/Suizidenten nicht nur vorhersehbar, sondern von ihr/ihm sogar angestrebt sei, sodass sie auch nach Eintritt der Handlungsunfähigkeit allein ihrem/seinem Verantwortungsbereich zuzuordnen sei [26].

Daher kann zumindest in Konstellationen, in denen die sterbewillige Person ihren Selbsttötungsentschluss mit der anwesenden Person (z. B. einer Ärztin/einem Arzt) besprochen hat, davon ausgegangen werden, dass das Risiko einer Strafbarkeit nach §§ 216 Abs. 1, 13 Abs. 1 StGB nicht mehr besteht, auch wenn sich die Person nicht vor Eintreten der Bewusstlosigkeit entfernt ([25], [26]; vgl. statt vieler [23] § 216 Rn. 6 m.w.N.).

Die beiden Entscheidungen des BGH beziehen nicht klar zu der Frage Stellung, ob auch im Falle eines nicht vorbesprochenen Suizids von einem Ausschluss eines Verantwortungsübergangs auf die/den anwesende/n Suizidhelferin/Suizidhelfer nach Eintritt des Bewusstseinsverlusts der Suizidentin/des Suizidenten ausgegangen werden kann. Damit verbleibt jenseits des vorbesprochenen Suizids für die Suizidhelferin/den Suizidhelfer auch künftig ein Strafbarkeitsrisiko.

Indirekte Sterbehilfe

Der Begriff „indirekte Sterbehilfe“ wird juristisch benutzt, um eine indizierte medizinische Maßnahme zur Leidenslinderung zu rechtfertigen, die während des Verlaufs einer tödlichen Krankheit das Risiko birgt, den Todeseintritt zu beschleunigen. Ist die Lebensverkürzung nicht beabsichtigt, nicht vermeidbar und die Medikation notwendig, um Leid zu mildern, liegt auch dann keine strafbare Tötung vor, wenn sich dieses Risiko realisiert – wenn also tatsächlich eine Lebensverkürzung eintritt [9], [16], [23] Vor §§ 211-217 Rn. 56 m.w.N.).

Notwendig für eine Rechtfertigung der Behandlung ist zusätzlich, dass die Patientin/der Patient in die Behandlung und deren Risiko eingewilligt hat oder sie ihrem/seinem mutmaßlichen Willen entspricht [27], [16]. Es geht damit hier vor allem um „Therapien am Lebensende“ [5], die auf so hohen Leidensdruck reagieren, dass die Medikamentendosen, die erforderlich sind, um das Leid zu beseitigen oder auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, den Todeseintritt beschleunigen können.

Haftung bei unterlassener oder unzureichender Behandlung

Umgekehrt besteht für die Behandelnden, die mit der Aufnahme einer Patientin/eines Patienten einen Behandlungsvertrag nach § 630a Abs. 1 BGB schließen, die Pflicht, die versprochene Behandlung nach medizinischen Standards (§ 630a Abs. 2 BGB) vorzunehmen. Nimmt die Ärztin/der Arzt eine nach medizinischem Standard ([28] § 630a Rn. 116 ff.; 126 f.) notwendige Behandlung, also z. B. eine klar indizierte Sedierung nicht vor, so verstößt sie/er gegen ihre/seine vertraglichen Pflichten und macht sich zivilrechtlich haftbar. Darüber hinaus kommt eine strafrechtliche Verantwortlichkeit wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen nach §§ 223 ff., 13 Abs. 1 StGB bzw. § 229 StGB in Betracht (s. auch [29], [30], [31] S. 81 ff.; 126 ff., [32] S. 21 ff.).

Indikation

1
Vor dem Einsatz sedierender Medikamente muss die Indikation festgelegt und dokumentiert werden.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2
Sedierende Medikamente können zur Linderung der von der Patientin/dem Patienten als belastend empfundenen Symptome wie Angst und Unruhe dienen, ohne dass auf eine Änderung des Bewusstseins abgezielt wird.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3
Sedierende Medikamente können der Linderung einer von der Patientin/dem Patienten als belastend empfundenen Schlaflosigkeit dienen; hierbei wird eine reversible, zeitweise Änderung des Bewusstseins beabsichtigt (RASS-PAL ab <0).

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4
Sedierende Medikamente können zur Vorbeugung von Leiden bei der Durchführung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme eingesetzt werden.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

5
Bei belastenden Symptomen, die trotz aller verhältnismäßigen Maßnahmen zur Symptomlinderung (Maßnahmen auf Expertinnen-/Expertenniveau) nicht ausreichend gelindert wurden und für die Patientin/den Patienten unerträglich sind, ist eine gezielte Sedierung indiziert.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

6
In krisenhaften Situationen wie bei einer akuten schweren Blutung oder einer akuten Verlegung der Atemwege ist zusätzlich zur Therapie etwaiger Dyspnoe mittels Opioiden eine gezielte – gegebenenfalls tiefe - Sedierung indiziert.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

7
Existenzielles Leiden ist keine Indikation für eine tiefe kontinuierliche Sedierung bis zum Tod, ohne dass zuvor eine vorübergehende Sedierung durchgeführt wurde.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

8
Allgemein ist das Aufrechterhalten einer tiefen Sedierung bis zum Tod nur dann indiziert, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass eine Reduktion der Sedierungstiefe erneut zu unerträglichem Leiden führen würde.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

9
Ein Wunsch zu sterben ist keine Indikation für den Einsatz potenziell sedierender Medikamente und somit auch nicht für eine gezielte Sedierung.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

10
Ein Wunsch nach Sedierung sollte eine Indikationsprüfung nach sich ziehen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

Intention / Zweck

1

Sedierende Medikamente sollen zum Zweck der Symptomlinderung, der Leidenslinderung oder der Vorbeugung unmittelbar bevorstehenden Leidens bei der Durchführung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme eingesetzt werden.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2

Das Team trägt vor und während der gezielten Sedierung dafür Sorge, dass das Leid der Patientin/des Patienten im Fokus steht und der Einsatz sedierender Medikamente nicht zur Linderung von Belastungen der Zugehörigen oder des Teams dient.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3

Gezielte Sedierung darf nicht zur Beschleunigung des Todeseintritts eingesetzt werden.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4

Gezielte Sedierung, die eine Beschränkung der Fortbewegungsfreiheit zur Folge hat, darf ohne richterliche Genehmigung (nur) erfolgen, wenn die Hinderung am Verlassen des Aufenthaltsortes nicht primärer Zweck, sondern Nebenwirkung einer vorrangig bezweckten Leidenslinderung ist.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

Entscheidungsprozess

Vorbemerkung

Die Einwilligung ist durch die Patientin/den Patienten zu erteilen. Falls diese/dieser nicht in der Lage ist, selbst einzuwilligen, ist zur Ermittlung des Patientinnen-/Patientenwillens eine rechtliche Vertreterin/ein rechtlicher Vertreter heranzuziehen (Bevollmächtigte/Bevollmächtigter oder Betreuerin/Betreuer).

1

Die Entscheidung, ob eine gezielte Sedierung eingesetzt wird, erfolgt unter Beachtung des (mutmaßlichen) Willens der Patientin/des Patienten.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2

Für eine gezielte Sedierung ist von der Patientin/dem Patienten bzw. der rechtlichen Vertreterin/des rechtlichen Vertreters und dem Behandlungsteam festzulegen, wer in den Entscheidungsprozess involviert wird.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3

Bei Krankheiten, bei denen mit starker Atemnot und/oder akuter starker Blutung gerechnet werden muss (z. B. Kopf-Hals-Tumore, amyotrophe Lateralsklerose, COPD, Lungenfibrose), ist ggf. die Möglichkeit einer gezielten Sedierung zur Symptomlinderung vorab mit der Patientin/dem Patienten bzw. deren rechtlichen Stellvertreterin/ dessen rechtl. Stellvertreter zu besprechen. Dieses Gespräch ist in der Patientinnen-/Patientenakte, bspw. in den Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, festzuhalten.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4

Die Einschätzung, ob Symptome trotz aller verhältnismäßigen Maßnahmen zur Symptomlinderung (Maßnahmen auf Expertinnen-/Experteniveau) therapie-refraktär und für die Patientin/den Patienten unerträglich geblieben sind, erfolgt im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung. Bei existenziellem Leiden ist psychologische und seelsorgerische Kompetenz für die Fallbesprechung einzubinden.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

5

Bei ethischen Konflikten sollte die Entscheidungsfindung, ob eine gezielte Sedierung durchgeführt wird, durch eine Ethikberatung/ein ethisches Fallgespräch unterstützt werden. Die Ethikberatung/das ethische Fallgespräch werden nachvollziehbar in der Patientinnen-/Patientenakte dokumentiert.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

6

Wird eine gezielte Sedierung in einer akut krisenhaften Symptomexazerbation initiiert, in der eine Absprache im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung nicht möglich ist, ist diese zeitnah nachzuholen und die Entscheidung zu bestätigen oder zu revidieren.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

7

Tritt durch Einsatz eines Medikamentes unbeabsichtigt eine Bewusstseinsreduktion ein, ist eine Anpassung der Medikation (Dosis, Substanz) zur Rücknahme der Bewusstseinsreduktion zu überprüfen oder im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung zeitnah zu entscheiden, ob eine gezielte Sedierung indiziert ist und dem (mutmaßlichen) Willen der Patientin/des Patienten entspricht. Nur dann ist eine gezielte Sedierung, unter Anwendung hierfür geeigneter Medikation, angemessen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

8

Der Prozess der Entscheidung für die gezielte Sedierung, die Beteiligten im Entscheidungsprozess und das Ergebnis der Entscheidung sind nachvollziehbar in der Patientinnen-/Patientenakte zu dokumentieren.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

Aufklärung / Einwilligung

1
Die Patientin/der Patient oder deren/dessen rechtliche Stellvertreterin/rechtlicher Stellvertreter wird vor der gezielten Sedierung über Indikation, Intention, Wirkung, geplante Dauer, Nebenwirkung, Risiken, potentielle Auswirkung auf die Lebenszeit (sowohl hinsichtlich einer Verkürzung als auch einer Verlängerung), möglichen Verlauf ohne Sedierung und Freiwilligkeit der Inanspruchnahme aufgeklärt.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2
Bei der Anwendung von Medikamenten, die nicht gezielt zur Sedierung eingesetzt werden, eine solche jedoch als Nebenwirkung bedingen können, ist die Patientin/der Patient oder deren/dessen rechtliche Stellvertreterin/rechtlicher Stellvertreter über dieses Risiko aufzuklären.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3
In den Prozess der Aufklärung über gezielte Sedierung sind vom Behandlungsteam, wenn es dem Wunsch der Patientin/des Patienten bzw. deren/dessen rechtlicher Stellvertreterin/rechtlichem Stellvertreter entspricht, die Zugehörigen mit einzubeziehen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4
Die Patientin/der Patient und – bei Einverständnis der Patientin/des Patienten – die Zugehörigen sind darüber aufzuklären, dass die Kommunikationsfähigkeit während des Einsatzes sedierender Medikamente eingeschränkt sein kann, insbesondere dann, wenn eine gezielte Sedierung durchgeführt werden soll. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der Patientin/des Patienten ist die rechtliche Stellvertreterin/der rechtliche Stellvertreter entsprechend aufzuklären.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

5
Zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin/des Patienten erfolgt nach Aufklärung und einem angemessenen Zeitfenster die Einholung des Einverständnisses zum Einsatz gezielter Sedierung (informiertes Einverständnis). Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit ist die Einwilligung der rechtlichen Stellvertreterin/des rechtlichen Stellvertreters entsprechend einzuholen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

6
Vor einer gezielten Sedierung sind mit der Patientin/dem Patienten (bei fehlender Einwilligungsfähigkeit mit der rechtlichen Stellvertreterin/dem rechtlichen Stellvertreter) Entscheidungen für die Zeit der (eventuellen) Nicht-Einwilligungsfähigkeit zu besprechen. Die Absprachen umfassen Aspekte wie Rituale, pflegerische Maßnahmen, Dauer der Gabe sedierender Medikamente, angestrebte Tiefe der Sedierung, eventuelle Aufwachversuche (inkl. im Verlauf möglicher Verzicht auf geplante Aufwachversuche), Umgang mit sonstiger Medikation und Umgang mit (künstlicher) Nahrung und Flüssigkeit.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

7
Wird eine gezielte Sedierung in einer akut krisenhaften Symptomexazerbation initiiert, in der eine Aufklärung nicht möglich ist, ist diese zeitnah, gegebenenfalls durch Hinzuziehen der rechtlichen Stellvertreterin/des rechtlichen Stellvertreters, nachzuholen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

8
Prozess und Inhalte der Aufklärung sowie der Einwilligung sind nachvollziehbar in der Patientinnen-/Patientenakte zu dokumentieren.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

>> HANDLUNGS- EMPFEHLUNGEN

Medikation und Formen der Sedierung

1
Beim Einsatz sedierender Medikamente erfolgt die Auswahl der Substanz nach Indikation, Intention, Wirkung, Wirkdauer und möglichen unerwünschten Wirkungen.
GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2
Für gezielte Sedierung wird die niedrigstmögliche Dosis des Medikaments bzw. die entsprechende Sedierungstiefe gewählt, die zur Linderung des Leidens notwendig ist. Die Dosis sollte also zu jedem Zeitpunkt so sein, dass das Leiden so weit gelindert ist, dass es für die Patientin/den Patienten erträglich und die Sedierung nicht tiefer als notwendig ist.
GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3
Im Allgemeinen wird zu Beginn eine Medikamentendosis gewählt, mit der eine leichte bis mäßige Sedierung (RASS-PAL -1 bis -2) erreicht werden soll. Anschließend wird die Dosis unter Berücksichtigung der Empfehlung 2) angepasst.
GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4
In akuten Krisensituationen (z. B. akute Atemwegsverlegung, starke Blutung) kann von vorne herein eine Medikamentendosis gewählt werden, mit der eine tiefe Sedierung (RASS-PAL \leq -3) erreicht werden soll.
GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

5
Bei Veränderung der Atemaktivität (Bradypnoe, Hypoventilation) im Rahmen gezielter Sedierung ist kritisch zu überprüfen, ob die Veränderung Ausdruck der Sterbephase oder durch die Medikamentendosis bedingt ist. Falls die Medikamentendosis Ursache der Veränderung der Atemaktivität ist, ist eine an die Leidenslinderung angepasste Dosisreduktion zu erwägen. Falls das allmähliche Abnehmen der Atemaktivität Ausdruck der Sterbephase ist, ist dies kein Grund für eine Dosisreduktion.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

6
Die gezielte Sedierung sollte in der Regel zunächst als vorübergehende Sedierung erfolgen und nach einem vorab festgelegten Zeitraum reevaluiert werden.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

7
Gezielte Sedierung bei existentiellm Leiden ist in jedem Fall zunächst als vorübergehende Sedierung für einen vorab festgelegten Zeitraum (bis maximal 24 Stunden) durchzuführen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

8
Benzodiazepine, z. B. Midazolam, sind geeignete Medikamente zur gezielten Sedierung. In der Regel sind sie Mittel der ersten Wahl, insbesondere bei Patientinnen/Patienten, bei denen auch Angst gelindert und/oder ein antiepileptischer Effekt erzielt werden soll. Bei einem Delir gilt dies nur in Kombination mit einem Antipsychotikum.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

9
Antipsychotika mit sedierender (Neben-)wirkung, z. B. Levomepromazin, sind geeignete Medikamente zweiter Wahl zur gezielten Sedierung. Sie können in Kombination mit Benzodiazepinen gegeben werden, wenn Benzodiazepine allein nicht zu einer ausreichenden Leidenslinderung führen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

10
Propofol ist ein geeignetes Medikament zur gezielten Sedierung, wenn andere Medikamente nicht zu einer ausreichenden Leidenslinderung führen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV

11
In ambulanter Versorgung ist Propofol kein geeignetes Medikament zur gezielten Sedierung.

GELTUNGSBEREICH: SAPV

12
Opiode sind keine geeigneten Medikamente zur gezielten Sedierung. Auch eine Dosiserhöhung einer bereits bestehenden Opioidtherapie ist kein geeignetes Mittel zur gezielten Sedierung. Während einer gezielten Sedierung wird die Therapie mit Opioiden zur Linderung von Schmerzen und/oder Dyspnoe fortgesetzt und die Dosis entsprechend im Verlauf angepasst, soweit dies zur Linderung von Schmerzen und/oder Dyspnoe notwendig ist.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

Monitoring /
Überwachung

1

Während einer Sedierung wird die Situation durch die Behandlerinnen/Behandler regelmäßig reevaluiert und die Dosis so angepasst, dass das Leiden auf ein erträgliches Maß gelindert und die Sedierung nicht tiefer ist, als zur Leidenslinderung notwendig.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2

Kriterien der regelmäßigen Reevaluation der Gesamtsituation sind Intensität des Leidens (wichtigstes Kriterium), Sedierungstiefe und unerwünschte Arzneimittelwirkung.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3

Die Behandlerinnen/Behandler sind während einer gezielten Sedierung angehalten, im Rahmen der regelmäßigen Reevaluation die Zugehörigen als eine wichtige ergänzende Informationsquelle zu nutzen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4

Bei gezielter Sedierung können je nach Krankheitssituation und Behandlungszielen zusätzlich ausgewählte Vitalparameter (z. B. Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Blutdruck) überwacht werden, um innerhalb der abgesprochenen Behandlungsziele und -grenzen eine stabile klinische Situation der Patientin/des Patienten zu gewährleisten. Im Fall der Erhebung von Vitalparametern ist festzulegen, ab welchen Grenzwerten der erhobenen Parameter Konsequenzen gezogen werden, und welche dafür in Betracht kommen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

5

Bei tiefer Sedierung außerhalb der Sterbephase sind zur Steuerung der Medikation geeignete (Vital-)Parameter zu erfassen, um die Medikation so zu steuern, dass eine Lebensverkürzung soweit möglich vermieden wird.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

6

Die Häufigkeit der Reevaluation ist von der Ärztin/dem Arzt, die für die gezielte Sedierung verantwortlich ist, unter Berücksichtigung der geplanten Sedierungsart und der Pharmakokinetik des verwendeten sedierenden Medikaments festzulegen und ggf. im weiteren Verlauf zu verändern. Den besonderen Aspekten der Einstellungs- und Erhaltungsphasen ist hierbei Rechnung zu tragen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

7

Die Intensität des Leidens wird, soweit möglich, durch Befragen der Patientin/des Patienten und/oder der Zugehörigen, sowie durch klinische Beobachtung eingeschätzt, u. a. unter Berücksichtigung von Mimik, Lautäußerungen wie Stöhnen und Schreien, Körperhaltung, Bewegungen, motorische Unruhe, Tachykardie und Schwitzen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

8

Die Sedierungstiefe wird bei gezielter Sedierung anhand von Reaktion auf Ansprache und leichte, nicht-schmerzhafte Berührung eingeschätzt, z. B. anhand des RASS-PAL.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

9

Bei gezielter Sedierung sind Ergebnisse der Reevaluation und daraus gezogene Konsequenzen nachvollziehbar in der Patientinnen-/Patientenakte zu dokumentieren.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

Umgang mit Flüssigkeit und Ernährung

1

Eine Entscheidung über die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und/oder Ernährung ist vor oder während der gezielten Sedierung notwendig, falls die Patientin/der Patient nicht in der Lage sein wird, selbst ausreichend zu essen und zu trinken.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2

Die Entscheidung, ob künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und/oder Ernährung indiziert ist, ist getrennt von der Entscheidung für die gezielte Sedierung zu treffen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3

Die Entscheidung über die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit und/oder Ernährung wird im Falle einer gezielten Sedierung in Absprache mit der Patientin/dem Patienten oder ihrer/seinem rechtlichen Stellvertreterin/rechtlichen Stellvertreter bzw. anhand des mutmaßlichen Willens der Patientin/des Patienten und in Abwägung der möglichen Vorteile und Belastungen dieser Maßnahmen angesichts des Behandlungsziels (Leidenslinderung) getroffen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4

Die Entscheidung bezüglich der künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit und Ernährung während der gezielten Sedierung ist nachvollziehbar in der Patientinnen-/Patientenakte zu dokumentieren.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

Fortsetzung sonstiger Maßnahmen



1

Während der gezielten Sedierung ist derselbe würdige Umgang mit der Patientin/dem Patienten aufrechtzuerhalten wie vor der Sedierung. Dies beinhaltet u. a., die Patientin/den Patienten anzusprechen (dies gilt auch in Phasen, in denen die Patientin/der Patient nicht bei Bewusstsein ist), Handlungen vor Berührung der Patientin/des Patienten anzukündigen und die Umgebung an die gegebene Situation und ggf. vorher besprochene Wünsche der Patientin/des Patienten anzupassen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2

Alle pflegerischen und medizinischen Maßnahmen sind regelmäßig zu überprüfen und am Wohle der Patientin/des Patienten zu orientieren. Sie sind entsprechend des zuvor geäußerten oder mutmaßlichen Patientinnen-/Patientenwillens an die veränderten Bedingungen während der gezielten Sedierung anzupassen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3

Maßnahmen zur Symptomlinderung und für das Wohlbefinden, die vor Beginn der gezielten Sedierung durchgeführt wurden, werden in der Regel fortgesetzt, im weiteren Verlauf regelmäßig reevaluiert und ggf. angepasst.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

Begleitung der Zugehörigen

1

Die Zugehörigen werden nach Zustimmung durch die Patientin/den Patienten möglichst von Anfang an in den Entscheidungsprozess und die Aufklärung über die gezielte Sedierung einbezogen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2

Während der gezielten Sedierung werden die Zugehörigen entsprechend des Patientinnen-/Patientenwunsches regelmäßig über die aktuelle klinische Situation und den weiter zu erwartenden Verlauf informiert.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

3

Das Team bietet den Zugehörigen hinsichtlich emotionaler und spiritueller Bedürfnisse, die durch die gezielte Sedierung hervorgerufen werden, Unterstützung an.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

4

Die Zugehörigen werden beraten und ggf. angeleitet, wie sie die Patientin/den Patienten während der gezielten Sedierung unterstützen und ihm/ihr nahe sein können, z. B. durch Reden, Berührung, Schaffen einer für die Patientin/den Patienten wohltuenden Atmosphäre (z. B. Lieblingsmusik, Düfte, Singen bekannter Lieder, Vorlesen, Gebet) sowie – wenn gewünscht – mit in die pflegerische Versorgung (z. B. Mundpflege) einbezogen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

5

Vor einer tiefen Sedierung, die bis zum Tod voraussichtlich nicht mehr reduziert wird, oder einer Sedierung, die in eine tiefe kontinuierliche Sedierung übergehen kann, ist der Patientin/dem Patienten und den Zugehörigen die Möglichkeit zu geben, sich voneinander zu verabschieden, falls es die Situation zulässt.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

6

Nach dem Versterben der Patientin/des Patienten wird den Zugehörigen die Möglichkeit eines Gesprächs mit Mitgliedern des Behandlungsteams gegeben, um über ggf. verbleibende Bedenken bezüglich der gezielten Sedierung zu sprechen.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

>> HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Unterstützung im Team

1

Alle beteiligten Mitglieder des Teams sollen die Indikation und die Behandlungsziele für die gezielte Sedierung verstehen. Die Diskussion hierzu kann z. B. in Teamsitzungen und Fallkonferenzen stattfinden.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

2

Die Besprechung belastender Situationen im Rahmen der gezielten Sedierung, z. B. in einer retrospektiven Fallbesprechung oder Supervision, wird empfohlen. Ziele solcher Besprechungen sind die Diskussion der sachlichen und der emotionalen Herausforderungen, Hilfe zur Verarbeitung der Belastungen im Team und kontinuierliche Verbesserung der Betreuung.

GELTUNGSBEREICH: SSPV, SAPV

>> LITERATUR

1. Kremling, A. und J. Schildmann, *What do you mean by „palliative sedation“? : Pre-explicative analyses as preliminary steps towards better definitions*. BMC Palliat Care, 2020. 19(1): S. 147.
2. Schildmann, E. et al., *„Palliative sedation“? A retrospective cohort study on the use and labelling of continuously administered sedatives on a palliative care unit*. Palliat Med, 2018. 32(7): S. 1189–1197.
3. Klosa, P.R. et al., *The EAPC framework on palliative sedation and clinical practice – a questionnaire-based survey in Germany*. Support Care Cancer, 2014. 22(10): S. 2628
4. Duttge, G., *Palliative Sedierung am Lebensende: Ethisch unbedenkliches Allheilmittel zur „Leidminderung“ oder illegitime „slow euthanasia“?* Zeitschrift für Lebensrecht, 2019: S. 331–348.
5. Nationaler Ethikrat, N., *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*. Stellungnahme. 2006.
6. Merkel, G., *Behandlungsabbruch und Lebensschutz: Strafrechtliche und rechtsethische Grundlagen medizinischer Lebensbeendigung unter besonderer Berücksichtigung des apallischen Syndroms (Wachkoma)*. 2020, Baden-Baden
7. Alt-Epping, B., E. Schildmann und D. Weixler, *Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen*. Der Onkologe, 2016. 22(11): S. 852–859.
8. Schöch, H. und T. Verrel, *Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)*. Goltammer's Archiv, 2005: S. 553–588.
9. BGH, *Urteil vom 15.11.1996 – 3 StR 79/96*, in BGHSt 42: S. 301-305.
10. Schöch, H., *Die erste Entscheidung des BGH zur sog. indirekten Sterbehilfe – Zum Urteil des BGH vom 15.11.1996 - 3 StR 79/96*. Neue Zeitschrift für Strafrecht, 1997: S. 409–412.
11. Verrel, T., *Der BGH legt nach – Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe*. Medizinrecht, 1997: S. 248–250.
12. Maltoni, M. et al., *Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review*. Journal of clinical oncology: Official journal of the American Society of Clinical Oncology, 2012. 30(12).
13. Maltoni, M. et al., *Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study*. Annals of Oncology, 2009. 20(7): S. 1163–1169.
14. Morita, T. et al., *Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally Ill Cancer Patients*. Journal of Pain and Symptom Management, 2001. 21(4): S. 282–289.
15. Jäger, C., *Der Arzt im Fadenkreuz der juristischen Debatte um assistierten Suizid*. Juristenzeitung, 2015. 70(18): S. 875–885.
16. BGH, *Urteil vom 25. 6. 2010 – 2 StR 454/09*, in BGHSt 55: S. 191–206.
17. Verrel, T., *Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung; Gutachten C für den 66. Deutschen Juristentag*. Verhandlungen des Sechsendsechzigsten Deutschen Juristentages Bd. 1, Gutachten. 2006, München.
18. Roxin, C., *Täterschaft und Tatherrschaft*. Zehnte Auflage ed. 2019, Berlin; Boston.
19. Wessels, J., W. Beulke, und H. Satzger, *Strafrecht Allgemeiner Teil: Die Straftat und ihr Aufbau*. 49., neu bearbeitete Auflage Edition Jura auf den [Punkt] gebracht. 2019, Heidelberg.
20. Hilgendorf, E., *Einführung in das Medizinstrafrecht*. 2. Auflage 2019, München.
21. BVerfG, *Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 ua*, in Neue Juristische Wochenschrift, 2020: S. 905–921.
22. BGH, *Urteil vom 22. 4. 2005 – 2 StR 310/04*, in Neue Juristische Wochenschrift, 2005: S. 1876–1879.
23. Fischer, T., *Strafgesetzbuch: mit Nebengesetzen*. 67. Auflage 2020, München.
24. BGH, *Urteil vom 4.7.1984 – 3 StR 96/84*, in BGHSt 32: S. 367–381.
25. BGH, *Urteil vom 3.7.2019 – 5 StR 393/18*, in BGHSt 64: S. 135–146.
26. BGH, *Urteil vom 3.7.2019 – 5 StR 132/18*, in BGHSt 64: S. 121–135.
27. BGH, *Urteil vom 7. 2. 2001 – 5 StR 474/00*, in BGHSt 46: S. 279–291.
28. Wagner, G., § 630a. 8. Auflage Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch Bd. 5: Schuldrecht - Besonderer Teil II §§ 535-630h, BetrKV, HeizkostenV, WärmeLV, WBVG, EFZG, TzBfG, KSchG, MiLoG, Edition M. Henssler und W. Krüger. 2019, München.
29. BGH, *Urteil vom 30.1.2019 – 2 StR 325/17*, in BGHSt 64: S. 69-80.
30. BGH, *Urteil vom 30.09.1955 – 2 StR 206/55*, in Beck'sche Rechtsprechungs-Rundschau, 1955: S. 31192233.
31. Grauer, T., *Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin*. Europäische Hochschulschriften Reihe 2, Rechtswissenschaft. 2006, Frankfurt am Main.
32. Roxin, C. und U. Schroth, Hrsg. *Handbuch des Medizinstrafrechts*. 4., aktualisierte, überarb. und erw. Aufl. Edition 2010, Köln; Stuttgart.