

Eine gesetzliche Regulierung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende?

In dieser Arbeit geht es um die Gabe von Opiaten und Sedativa am Lebensende derart, dass es zu einer (möglichen) Beschleunigung des Todeseintritts oder zu einer bis zum Tod anhaltenden Bewusstlosigkeit kommt. Bisher war diese Praxis rechtlich kaum geregelt. Die Situation wird aber zunehmend als unbefriedigend empfunden. So wurde in der Schweiz bereits im Jahr 1999 von einer vom Bundesrat einberufenen Arbeitsgruppe einhellig vorgeschlagen, die passive und indirekte Sterbehilfe gesetzlich zu regeln [2]. Ähnliche Überlegungen sind in den letzten Jahren auch in Deutschland diskutiert worden [22, 31, 34]. Daneben gibt es aber auch Stimmen, die einen gesetzgeberischen Bedarf in diesem Feld bezweifeln [12].

Im ersten Teil des Aufsatzes werden die in der gegenwärtigen Diskussion der Thematik üblichen Begriffe und normativen Konzepte kurz rekapituliert. Der zweite Teil liefert einen Überblick über die bestehende medizinische Evidenz, zum einen den lebensverkürzenden Effekt von Opiaten und Sedativa am Lebensende betreffend, zum anderen die Häufigkeit der indirekten Sterbehilfe und der terminalen Sedierung in der heutigen ärztlichen Praxis betreffend. Anschließend wird im dritten Teil untersucht, welche Erfahrungen in Holland beim Versuch, die Sterbehilfe umfassend zu regeln, im Hinblick auf die Frage der Anwendung von Opiaten und Sedativa am Lebensende gemacht wurden. Schließ-

lich werden im vierten Teil aus den entsprechenden Befunden Schlussfolgerungen für die Regulierung dieses Bereiches gezogen.

Übliche Terminologie und normative Konzepte

Indirekte Sterbehilfe

Der Begriff der indirekten Sterbehilfe geht auf die „Doktrin der doppelten Wirkung“ zurück, die im 13. Jh. von Thomas von Aquin entwickelt wurde [21]. Demgemäß sei allenfalls auch eine Handlung mit moralisch schlechten Folgen zu rechtfertigen, nämlich dann, wenn die schlechten Folgen lediglich als unvermeidbare Nebenerscheinungen (*voluntarium indirectum*) eines beabsichtigten, moralisch guten Haupteffektes (*voluntarium directum*) in Kauf genommen würden. Statt von *direkten* könnte man also auch von *beabsichtigten*, statt von *indirekten* also von *bloß zugelassenen* oder *lediglich in Kauf genommenen* Effekten sprechen (vgl. [42], S. 282). Das Konzept relativierte das bis dahin im christlichen Dogma geltende absolute Tötungsverbot. Es wurde in den letzten 150 Jahren auf verschiedene moralische Problemfelder angewandt, in der Medizin wurde damit beispielsweise die operative Entfernung eines karzinomatösen Uterus einer schwangeren Frau zu deren Lebens-

rettung mit der Folge der Tötung des Fötus gerechtfertigt [21].

Heute wird der Begriff der indirekten Sterbehilfe fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Gabe von Opiaten oder Sedativa zur Symptomlinderung am Lebensende verwendet. Ausgehend von der Annahme, dass es Dilemmasituationen gebe, in denen der Arzt Symptome, wie beispielsweise ausgeprägte Schmerzen eines sterbenden Patienten, nur beherrschen könne, indem er diesem eine Opiatdosis verabreiche, die infolge Atemdepression dessen Überlebenszeit verkürze, könnte die Handlung des Arztes dadurch gerechtfertigt werden, dass sein eigentliches Ziel nicht die Lebensverkürzung, sondern die Symptomlinderung sei.

Allerdings ist dieses Konzept der indirekten Sterbehilfe in den letzten Jahren von verschiedener Seite infrage gestellt worden. Aus moralphilosophischer Sicht wurde darauf hingewiesen, dass es außerhalb des beschriebenen spezifischen Kontextes kaum anwendbar sei. Angesichts der Schmerzen eines nicht unmittelbar vor dem Tod stehenden Patienten würde es kaum akzeptabel erscheinen, wollte ein Arzt den Todeseintritt des Patienten nach der wissentlichen Applikation einer lebensbedrohlichen Opiatdosis als nicht-beabsichtigten, sondern lediglich in Kauf genommenen Effekt rechtfertigen. Die intuitive Rechtfertigung, im eingangs besprochenen Fall Schmerzlinderung vor Lebenserhaltung zu stellen, ergebe sich somit aus dem spezifischen Kontext, nämlich der ohnehin infausten Prognose des Patienten, und nicht daraus, dass der Todeseintritt lediglich in Kauf genommen, statt beabsichtigt worden sei.

Der Arzt habe unausgesprochen eine Abwägung von Lebensqualität gegen Überlebenszeit vorgenommen, die hier zugunsten der Lebensqualität ausgefallen sei (vgl. [37], S. 210). Eine solche Abwägung explizit vorzunehmen, gilt aber nach dem heutigen medizinischen und rechtlichen Verständnis bei der Sterbehilfe als grundsätzlich verboten.

Aber auch aus praktisch-ärztlicher Sicht wurde Kritik laut. Fachleute der Palliativmedizin wiesen darauf hin, dass es kein anderes Gebiet der Medizin gebe, in dem derart übertriebene Befürchtungen, mögliche Risiken betreffend, geäußert würden wie bei einer Opiattherapie am Lebensende. Auch wenn z. B. ein Patient operiert werden müsse, bestehe ein zwar kleines, aber sehr reales Risiko von Komplikationen. Dennoch käme niemand auf die Idee, das Operationsrisiko mit dem Doppeleffekt zu rechtfertigen [15]. Die Diskussion um Opiate und Sedativa am Lebensende müsse entmythisiert und auf der gleichen Ebene wie andere ärztliche Handlungen betrachtet werden.

Terminale Sedierung

Als terminale Sedierung wird eine gezielte, bis zum Tod anhaltende Ausschaltung des Bewusstseins des Patienten mit sedativ wirkenden Substanzen (Benzodiazepine, Neuroleptika oder Barbiturate) bezeichnet [8]. Eine präzisere, allgemein anerkannte Definition ist unter Experten bis heute nicht erreicht worden. Zu Recht wurde jedenfalls darauf hingewiesen, dass sicher nicht jeder Gebrauch von sedativ wirksamen Substanzen am Lebensende als terminale Sedierung bezeichnet werden könne [29]. Dafür wurde als allgemeiner Oberbegriff der Ausdruck der „palliativen Sedierung“ vorgeschlagen. Hiermit wird die ganze Bandbreite von sedativ wirkenden Medikamenten bezeichnet, die eingesetzt werden, um hartnäckige, auf übliche palliative Behandlungen nicht genügend ansprechende Symptome mithilfe der Reduktion des Bewusstseins zu lindern [29].

Auch bei der terminalen Sedierung stellt sich, wie bei der Opiattherapie am Lebensende, die empirische Frage nach einer möglichen Beschleunigung des Todeseintritts als Folge der Sedativa, d. h. zumindest ein Teil der Fälle von terminaler Sedierung könnte die Kriterien der indirekten Sterbehilfe erfüllen. Aber auch wenn keine Beschleunigung des Todeseintritts vorliegt, bleibt die terminale Sedierung aus

ethischer Sicht problematisch, da es sich hierbei um eine gezielte Abkürzung bzw. Beendigung des bewussten Lebens handelt. Zumindest aus Sicht des Patienten kann es möglicherweise nur einen geringen Unterschied ausmachen, ob man von einem bestimmten Augenblick an bis zu seinem Tode bewusstlos sein wird oder bereits tot [16]. Dieser von einem allfälligen lebensverkürzenden Effekt unabhängige Aspekt der terminalen Sedierung ist bisher nicht immer genügend berücksichtigt worden [4, 6, 30].

Aktive Sterbehilfe mithilfe von Opiaten und Sedativa

Bei beiden möglichen Effekten einer Therapie mit Opiaten und/oder Sedativa am Lebensende, sowohl der Beschleunigung des Todesintritts wie auch der bis zum Tode anhaltenden Bewusstlosigkeit, stellt sich die Frage nach der Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe. Unbestritten bleibt, dass eine Medikamentengabe mit einem eindeutig lebensverkürzenden Effekt nur dann glaubwürdig als „indirekt“, also lediglich in Kauf genommen, eingeordnet und damit bis zu einem gewissen Grad gerechtfertigt werden kann, wenn das eigentliche Ziel der Handlung, nämlich die Symptomlinderung, ohne die Lebensverkürzung nicht oder zumindest nicht mit verhältnismäßigen Mitteln erzielbar gewesen wäre [21]. In allen anderen Fällen (beispielsweise wenn eine deutlich tiefere Dosierung zur Symptomlinderung genügt hätte) muss von direkt aktiver Sterbehilfe gesprochen werden, wenn hier die Möglichkeit eines ärztlichen Behandlungsfehlers, beispielsweise aus Versehen, Unachtsamkeit oder Unwissen, einmal außer Acht gelassen werden soll.

Ähnliches gilt für die terminale Sedierung. Wenn in einem Maß oder über einen Zeitraum sediert wird, das oder der weit über das hinausgeht, was zur Symptomkontrolle nötig wäre, muss eine solche Handlung der aktiven Sterbehilfe gleichgesetzt werden. Entsprechend ist denn auch eine

Unterscheidung zwischen einer echten terminalen Sedierung aus therapeutischen Gründen und einer unechten terminalen Sedierung als einer Form der aktiven Sterbehilfe vorgeschlagen worden [18]. Besonderer Wert wird bei dieser Unterscheidung derart auf das genaue Titrieren der Dosis gelegt, dass der Tod als Folge der zugrunde liegenden Krankheit, wenn auch in einem Zustand anhaltender Bewusstlosigkeit, eintritt.

Medizinische Evidenz

Lebensverkürzender Effekt von Opiaten und Sedativa

Es ist kaum möglich, ein Studienmodell zu finden, das die Frage definitiv beantworten könnte, ob Opiate in schmerzstillenden Dosen den Todesintritt beschleunigen, da die Bildung einer Kontrollgruppe, der diese hochpotenten Schmerzmittel vorenthalten würden, ethisch kaum vertretbar wäre [15]. Ähnliches gilt auch für Sedativa am Lebensende.

Ein Versuch, die Frage dennoch zu objektivieren, besteht im Vergleich der Überlebenszeit von terminalen Patienten, die mit Opiaten und/oder Sedativa behandelt wurden, mit derjenigen von unbehandelten Patienten. Im Londoner St. Christopher's Hospice wurde im Jahr 1999 der lebensverkürzende Effekt von Opioiden [39] und von Sedativa, wie Benzodiazepinen, Barbituraten oder sedativ wirkenden Antipsychotika [38], in der letzten Lebenswoche retrospektiv bei einer Gruppe von 238 Patienten untersucht. Die Studie ging von der grundsätzlichen Überlegung aus, dass bei Opiaten am ehesten ein markanter Dosisanstieg (in Abhängigkeit der vorbestehenden Opiatdosis) potenziell lebensverkürzend gewirkt haben könnte. Patienten mit einem solchen markanten Dosisanstieg zeigten aber keine signifikante Verkürzung der Überlebensdauer; durchschnittlich war diese sogar etwas länger. Sedativa betreffend, fand sich ebenfalls kein Hinweis auf einen lebensverkürzenden Effekt. Insgesamt war die Zeitspanne zwischen Spitalinwei-

Georg Bosshard, Noémi de Stoutz, Walter Bär

Eine gesetzliche Regulierung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende?

Zusammenfassung

Der ärztliche Umgang mit Opiaten und Sedativa bei Patienten am Lebensende kann ethische Fragen aufwerfen. Entsprechende Entscheidungen blieben bisher in aller Regel der ärztlichen Berufskunst und -pflicht überantwortet. Heute aber gerät dieser Bereich zunehmend auch in den Blickwinkel des Rechts. Ausdruck davon sind Bestrebungen, die indirekte Sterbehilfe, allenfalls auch die terminale Sedierung gesetzlich zu regeln. Ausgehend von einer Ist-Analyse der ärztlichen Praxis sowie von bereits bestehenden Regulierungen untersucht diese Arbeit die Konsequenzen derartiger Bestrebungen. Es zeigt sich, dass der Versuch, die Thematik der indirekten Sterbehilfe für sich allein, also unter Vermeidung

einer Regelung der direkt aktiven Sterbehilfe, zu behandeln, zu großen Schwierigkeiten führen würde. Ernüchternd sind aber auch die Erfahrungen aus den Niederlanden, derartige Fragen im Rahmen eines umfassenden Sterbehilfegesetzes anzugehen. Insgesamt ist somit zu befürchten, dass der Versuch einer detaillierten gesetzlichen Regelung dieses Bereiches mehr neue Grauzonen und Unsicherheiten schafft, als er zu beseitigen vermag.

Schlüsselwörter

Sterbehilfe · Doppeleffekt · Terminale Sedierung · Opiate · Sedativa

Legal regulation of opioid and sedative use in medical end-of-life decisions?

Abstract

Definition of the problem: The medical use of opiates and sedatives in patients at the end of life may raise ethical questions. Formerly, the corresponding decisions were based mainly on professional practice and obligations. Today, however, this area is increasingly viewed from a legal perspective. This is reflected in the efforts to legislate on indirect active euthanasia and maybe also on terminal sedation.

Arguments: Starting from an as-is analysis of medical practice and current legislation, this paper examines the consequences of such efforts. It shows that trying to treat the topic of indirect euthanasia in isolation, i.e. avoiding the regulati-

on of direct active euthanasia, would lead to great difficulties. Experience from the Netherlands in addressing such questions in the context of a comprehensive euthanasia law, is also disheartening.

Conclusion: Overall, it is to be feared that attempting detailed legislation in this field could create more gray areas and uncertainties than it eliminates.

Keywords

Euthanasia · Double effect · Terminal sedation · Opioids · Sedatives

sung und Todeseintritt bei derjenigen Gruppe, die während der ganzen letzten Woche ihres Lebens Sedativa erhielt, sogar deutlich größer. Es fanden sich lediglich 2 Fälle, bei denen eine derart massive Dosissteigerung der Sedativa stattgefunden hatte, dass ein lebensverkürzender Effekt möglich war. Beide Patienten hatten eine „terminale Agitation“ gezeigt, ein Zustandsbild, das in der Regel einen oder einige wenige Tage vor dem Tod auftritt und mit einer erheblichen Selbst- sowie Fremdgefährdung einhergehen kann. Zu ähnlichen Schlüssen gelangte eine Studie, die prospektiv eine Gruppe von 251 Patienten der Palliativstation des Universitätsspitals von Taiwan untersuchte [7]. Von diesen Patienten erhielten 28% eine Sedierung, definiert als „medizinische Maßnahme zur Linderung der Symptome eines Patienten mittels absichtlicher Einschränkung seines Bewusstseins“. Es fand sich keine Differenz der Überlebenszeit zwischen sedierten und nichtsedierten Patienten. Als Fazit dieser beiden (und verschiedener weiterer) Studien ergibt sich, dass eine korrekt angewandte Symptomlinderung mit Opiaten und/oder Sedativa nur in sehr seltenen Fällen mit einem lebensverkürzenden Effekt einhergeht. Insgesamt erscheint eine lebensverlängernde Wirkung, u. a. wegen der durch die Symptomlinderung erzielten Stressminderung, zumindest ebenso plausibel.

Häufigkeit von indirekter Sterbehilfe und terminaler Sedierung

Die exakteste Möglichkeit zur Bestimmung der Häufigkeit verschiedener Arten von Sterbehilfe sind sog. Todesfallstudien, die von einer Zufallsstichprobe ärztlicher Todesbescheinigungen ausgehen und retrospektiv den für den Patienten am Lebensende zuständigen Arzt befragen. Bereits 1991 konnte die weltweit erste Studie dieser Art, die sog. Rummelink-Studie, zeigen, dass die Gruppe der „alleviation of pain and symptoms with opioids in such dosage that the patient's life might have been shortened“ in Holland im Jahr 1990 ca.

19% aller Todesfälle ausmachte [25]. Über 10 Jahre später wurden dann in 6 europäischen Ländern vergleichbare Daten erhoben. Das „European end-of-life decisions project“ (EURELD) zeigte in all den untersuchten Ländern (Belgien 19%, Dänemark 26%, Holland 20%, Italien 19%, Schweden 21% und Schweiz 22%) eine ähnliche Häufigkeit der „alleviation of pain and symptoms“ [19].

Derart hohe Anteile einer bejahenden Antwort auf die Frage „Did you use drugs to intensify the alleviation of pain and/or symptoms taking into account, but not explicitly intending that this would hasten the death of the patient?“ erstaunen angesichts der Erörterungen im vorangegangenen Abschnitt. Eine genauere Analyse zeigt aber, dass bei mehr als der Hälfte dieser Fälle der antwortende Arzt auf die Frage nach dem Ausmaß der Lebensverkürzung angegeben hatte, dass „wahrscheinlich das Leben dadurch gar nicht verkürzt wurde“ [26], und dass auch bei den übrigen Fällen die Zeit, um die das Leben verkürzt wurde, fast immer als sehr gering eingeschätzt wurde, d. h. Stunden, allenfalls Tage [19]. Die Analyse der effektiv verabreichten Medikamente und deren Dosis bestätigt schließlich die Vermutung, dass eine signifikante Lebensverkürzung in den meisten dieser Fälle rein pharmakologisch sehr unwahrscheinlich war [5]. Derart widersprüchliche Auskünfte legen den Schluss nahe, dass selbst unter Ärzten wenig Klarheit über die tatsächliche oder angenommene lebensverkürzende Wirkung von Opiaten am Lebensende besteht.

Die EURELD-Studie zeigte auch, dass Ärzte aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen mit einer Inzidenz zwischen 0,1% (Italien) und 1,5% (Belgien) aller Todesfälle in allen der sechs untersuchten europäischen Länder geleistet hatten [19]. Bemerkenswerterweise war damit die aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen in allen untersuchten Ländern außer den Niederlanden deutlich häufiger als die aktive Sterbehilfe auf Verlangen. Diese Erkenntnisse waren insofern von großer Bedeutung,

als über viele Jahre die Inzidenz von 0,8% nicht ausdrücklich verlangter aktiver Sterbehilfe in Holland von zahlreichen Fachleuten als ein spezifisch holländisches Phänomen und damit faktisch als Beweis einer „slippery slope“ der Sterbehilfe in diesem Land betrachtet worden war (vgl. z. B. [20] oder [42], S. 411 ff.). Während die aktive Sterbehilfe nach holländischem Modell hauptsächlich mit neuromuskulären Relaxanzien, also kurareartigen Substanzen, durchgeführt wird, erfolgte die aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen überall fast ausschließlich mit Opiaten [33]. Es dürften hier fließende Übergänge zur indirekten Sterbehilfe bestehen, weil zwischen einer Inkaufnahme und einer Absicht (der Beschleunigung des Todeseintritts) wohl oftmals nur schwer zu unterscheiden ist. Die Fälle von Lebensbeendigungen ohne ausdrückliches Patientenverlangen betreffen in den im Rahmen der EURELD-Studie untersuchten Ländern zumeist Patienten unmittelbar am Lebensende (geschätzte Lebensverkürzung von weniger als einer Woche in über 80% der Fälle). In etwa der Hälfte dieser Fälle hatte eine entsprechende Diskussion stattgefunden, oder es lag ein früherer entsprechender Patientenwunsch vor. Wo das nicht der Fall war, war der Patient mit wenigen Ausnahmen als nichturteilsfähig eingestuft worden, oftmals wegen Koma, nicht selten wegen Demenz. In den meisten Fällen von Lebensbeendigungen ohne ausdrückliches Patientenverlangen hatte eine Diskussion der Entscheidung mit den Angehörigen stattgefunden, in je etwa der Hälfte der Fälle mit Kollegen und/oder dem Pflegepersonal [33].

Die terminale Sedation im palliativmedizinischen Setting hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gleichzeitig ist die Anwendung „althergebrachter“, oftmals weniger spezifischer und weniger gezielt angewandter Formen der Sedierung am Lebensende, wie beispielsweise der „lytische Cocktail“, deutlich zurückgegangen [27]. Eine internationale Multizenterstudie zeigte, dass zwischen 15 und 36% aller stationären Palliativpatienten am Lebensende absichtlich se-

diert werden [13]. In der Regel sind die wichtigsten Indikationen jeweils Agitation und Unruhe („restlessness“), Delirium oder Dyspnoe, deutlich seltener ausgeprägte Schmerzen [7, 8, 13]. Umfassende Studienergebnisse zur ärztlichen Praxis der terminalen Sedierung insgesamt, also sowohl innerhalb wie außerhalb spezifisch palliativmedizinischer Settings, sind bis heute selten. In der Rimmelink-Studie von 1990 war die terminale Sedierung noch gar nicht erfragt worden. Die EURELD-Studie von 2001 zeigt, dass zwischen 2,5% (Dänemark) und 8,5% (Italien) aller Sterbefälle eine bis zum Tod anhaltende tiefe Sedierung vorangegangen war [28]. In einem Drittel (Italien) bis zwei Drittel (Dänemark und Holland) dieser Fälle war gleichzeitig auf künstliche Ernährung und Flüssigkeit verzichtet worden. Eine andere Studie in Holland spezifisch zur terminalen Sedation kam kürzlich zum Schluss, dass in etwa 10% aller Todesfälle im Jahr 2001 Medikamente unter gleichzeitigem Verzicht auf künstliche Ernährung oder Flüssigkeit mit dem Ziel verabreicht worden waren, „den Patienten in kontinuierlicher tiefer Sedierung oder im Koma bis zum Tode zu halten“ [32].

Zusammenfassung und Fazit

Zusammenfassend und vereinfachend hat die Analyse der empirischen Situation Folgendes ergeben:

- (a) In etwa 20% aller Todesfälle kann der Arzt zwar eine potenzielle Lebensverkürzung durch die Schmerztherapie am Lebensende nicht völlig ausschließen; das objektive Risiko erscheint aber in der Regel minimal.
- (b) In zwischen 2,5 und 10% aller Todesfälle ging eine terminale Sedierung mit gezielter Verkürzung der verbleibenden bewussten Lebenszeit einher; in seltenen Fällen kann eine minimale Beschleunigung des Todeseintritts als Nebeneffekt der Sedierung nicht ausgeschlossen werden.
- (c) Fälle, in denen das Leben gezielt, d. h. ohne manifesten Zusammenhang mit

einer symptomlindernden Maßnahme, verkürzt wurde, liegen im Promillebereich aller Todesfälle.

Damit erweist sich der Begriff der indirekten Sterbehilfe bzw. das Konzept des Doppeleffektes im Zusammenhang mit der Gabe von Opiaten und Sedativa am Lebensende, in mancher Hinsicht als unklar und deshalb problematisch. Für die meisten Fälle der „indirekten Sterbehilfe“ im Rahmen von Schmerztherapien ist das Konzept des Doppeleffektes überflüssig, da das objektive Risiko einer Beschleunigung des Todeseintritts minimal ist; es ist nicht größer als für so manche andere medizinische Maßnahmen. Hypokritisch dagegen erscheint die Umschreibung in denjenigen seltenen Fällen, in denen Dosierungen oder Dosissteigerungen von Opiaten angewandt wurden, die deutlich über das zur Symptomlinderung nötige Maß (und damit über die medizinische Indikation) hinausgingen. Der Begriff der indirekten Sterbehilfe ist auch im Zusammenhang mit der terminalen Sedierung wenig hilfreich, da einerseits auch hier ein lebensverkürzender Effekt selten ist, andererseits ein aus ethischer Sicht wesentliches Element, nämlich die Verkürzung der bewusst erlebten Lebensspanne, gar nicht angesprochen wird.

Entwicklung der Sterbehilfedebatte in Holland im Hinblick auf Opiate und Sedativa am Lebensende

Ausgangspunkt der holländischen Sterbehilfedebatte war der Aufsehen erregende Fall einer Ärztin, die im Jahr 1973 ihrer terminal kranken Mutter auf deren ausdrücklichen Wunsch eine tödliche Dosis Morphin verabreicht hatte [24]. Das zuständige Regionalgericht entschied, dass ein Arzt schwerem und irreversiblen Leiden vorbeugen dürfe, selbst wenn diese Handlung das Leben des Patienten verkürzen könne. Als Rechtfertigung der Straffreiheit wurde nicht ein bloßes Inkaufnehmen des Todeseintritts durch die

Ärztin angesehen, im Vordergrund stand vielmehr die „defence of necessity“, also ein Notstand (force majeure), in denen ein Arzt angesichts unerträglichen und nicht befriedigend linderbaren Leidens eines Patienten am Lebensende geraten könne. Daraufhin setzte in ganz Holland eine Debatte über die aktive Sterbehilfe ein, in der die holländische Ärzteschaft und deren Standesorganisationen von Anfang an eine aktive Rolle einnahmen.

In dieser Debatte lassen sich zwei verschiedene Positionen innerhalb der grundsätzlichen Euthanasiebefürworter unterscheiden. Die eine Position konzentrierte sich schon früh in der aktiven Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen in der Überzeugung, dass für diese Fälle der breiteste Konsens gefunden werden könne [9]. Es handelte sich dabei um eine wohlüberlegte Einengung der Diskussion derart, dass eine der möglichen Rechtfertigungen aktiver Sterbehilfe, nämlich das Patientenverlangen, zu einer notwendigen Vorbedingung erhoben wurde. Schon Mitte der 1980er-Jahre hatten sich sowohl der Dutch Supreme Court wie auch die Royal Dutch Medical Association ausdrücklich auf den „explicit request“ als zentrale Vorbedingung, eine „defence of necessity“ geltend machen zu können, festgelegt [24]. Terminologisch bildete sich ein zunehmender Konsens heraus, unter „Euthanasie“ nur die aktive Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen zu verstehen.

Die andere Position strebte eine umfassende Regelung der aktiven Sterbehilfe an, die auch nichtentscheidungsfähige Patienten einbeziehen sollte. Aufgrund des Konzeptes der „defence of necessity“ war das ja auch durchaus denkbar. Auftrieb erhielten die Vertreter dieser Richtung Anfang der 1990er-Jahre durch den Rimmelink-Report, der die Häufigkeit der aktiven Lebensbeendigung auch ohne ausdrückliches Patientenverlangen erstmals statistisch nachweisen konnte, nämlich 0,8% aller Sterbefälle in Holland im Jahr 1990 [25]. Darauf versuchten Vertreter des niederländischen Ärzteverbands, Kriterien für die

aktive Sterbehilfe ohne Verlangen zu formulieren, z. B. bei schwerstbehinderten Neugeborenen sowie bei komatösen und anderen nichtentscheidungs-fähigen Patienten, wie dementen Betagten oder geistig schwer behinderten Personen. Im Jahr 1993 lagen in 15% aller Spitäler, 37% aller Altenheime und in 15% aller Behindertenheime in Holland schriftliche Richtlinien über Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen vor [17]. In den meisten dieser Richtlinien wurde aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen ausgeschlossen. In 2% aller vorliegenden Richtlinien in den Spitälern, 40% aller Altenheime und 25% aller Behindertenheime wurde aber bestimmt, dass diese in Ausnahmefällen möglich sei.

Obwohl auch die Nachfolgestudie des Rimmelink-Reports im Jahr 1995 eine in etwa unveränderte Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen von 0,7% aller Sterbefälle nachgewiesen hatte, konnte sich diese Richtung nicht durchsetzen. Als zu schwierig erwies es sich, außerhalb des ausdrücklichen Patientenverlangens ein einigermaßen hartes Kriterium zu finden, das eine aktive Lebensbeendigung nichturteilsfähiger Patienten in Ausnahmefällen begründen könnte. So erstaunt es nicht, dass im definitiven holländischen Sterbehilfegesetz von 2001 die „defence of necessity“ ganz fallen gelassen worden ist und nur noch vom ausdrücklichen Verlangen des Patienten als Begründung für eine Straffreiheit des Arztes die Rede ist [1]. Dadurch wird in Kauf genommen, dass ein nicht ganz unerheblicher Teil der real stattfindenden Fälle von aktiver Sterbehilfe vom Gesetz gar nicht abgedeckt wird.

Es gibt allerdings zunehmend Hinweise, dass das Ziel einer transparent regulierten Praxis mit dem holländischen Sterbehilfegesetz nicht einmal im Bereich der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen erreicht wird. Zum einen scheint die Bereitschaft der holländischen Ärzte, der vom Gesetz geforderten Meldepflicht für Euthanasiefälle nachzukommen, nur gering. Die Melderate

für Fälle von aktiver Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen liegt auch heute noch kaum über 50%, die ohnehin illegalen Fälle von aktiver Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen nicht mitgerechnet [36]. Hinzu kommt in den letzten Jahren der Eindruck, dass holländische Ärzte zunehmend auf die terminale Sedierung ausweichen, um das Euthanasiegesetz, die Meldepflicht und die damit verbundenen Formalitäten zu umgehen [36]. Nachdem bekannt geworden war, dass die terminale Sedierung nicht selten ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten durchgeführt wird, forderte der holländische Generalstaatsanwalt im Jahr 2003, dass diese unter die gleichen einschränkenden Regeln wie die Euthanasie zu stellen sei. Dem widersetzte sich die Royal Dutch Medical Association [36]. Sie machte geltend, anders als die Euthanasie sei die terminale Sedierung eine normale medizinische Behandlung. Zu dieser gebe es professionelle Richtlinien. Das Gesetz aber habe sich hier nicht einzumischen, denn die komplizierte medizinische Wirklichkeit könne nicht einfach in ethische oder rechtliche Normen gefasst werden [14]. Diese Reaktion steht in deutlichem Kontrast zu der früheren Kooperation der holländischen Ärzteschaft bei der Ausarbeitung von gesetzlichen Richtlinien zur aktiven Sterbehilfe.

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der holländische Versuch, Sterbehilfe umfassend per Gesetz zu regeln, gescheitert ist. Eine solche Regelung hat sich für diejenigen Fälle von aktiver Sterbehilfe möglich erwiesen, bei denen ein ausdrückliches Verlangen vorliegt. Doch gibt es auch hier berechtigte Zweifel an der Transparenz und öffentlichen Kontrolle dieser Praxis.

Konsequenzen für die Regulierung

Eine gesetzliche Regulierung des ärztlichen Umgangs mit Opiaten und Sedativa am Lebensende in denjenigen Fällen, in denen es zu einer (möglichen) Beschleunigung des Todeseintritts oder zu einer bis zum Tod anhaltenden Bewusstlosigkeit

kommt, ist grundsätzlich auf zwei Arten möglich. Zum einen könnte der Weg eingeschlagen werden, die Thematik aufbauend auf dem Direkt-indirekt-Konzept, unter Umgehung einer detaillierten Regelung der aktiven Sterbehilfe, anzugehen. Zum anderen könnte der Weg eines umfassenden Sterbehilfegesetzes gewählt werden, das ganz allgemein, also auch für direkt aktive Formen, allfällige Bedingungen einer Straffreiheit formuliert. Für beide dieser Wege sind im deutschen Sprachraum Vorschläge formuliert worden [2, 3, 31, 34]. Dabei hat der erste Weg, also die Regulierung unter Umgehung des Themas der aktiven Sterbehilfe, offenbar mehr Befürworter in der Ärzteschaft gefunden [2, 31].

Regelung via Integration des Doppeleffekts ins Recht

Auf den ersten Blick wirkt die Idee, den Bereich Opiate und Sedativa am Lebensende dadurch zu regeln, dass das Konzept des Doppeleffekts aus der Medizinethik ins Recht übernommen wird, bestechend. Zum einen wäre damit dem zurzeit zweifellos bestehenden gesetzlichen Regulierungsdruck Genüge getan. Zum anderen könnte man so ein Euthanasiegesetz, das von Vielen als problematisch angesehen wird, umgehen. Entsprechend schlägt beispielsweise die interdisziplinäre Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin vor, die Frage der Suizidbeihilfe und aktiven Sterbehilfe aus pragmatischen Gründen zu umgehen, und sich auf die weniger umstrittenen Fragen der passiven und indirekten Sterbehilfe zu konzentrieren [31].

Bei diesen Vorschlägen werden aber die grundsätzlichen Schwierigkeiten, das Konzept des Doppeleffekts aus dem Bereich Ethik ins Recht zu übertragen, unterschätzt. Unter Ethikern besteht Uneinigkeit über die moralische Bedeutung der Unterscheidung zwischen bloßem Inkaufnehmen und Beabsichtigen einer Beschleunigung des Todesintritts (vgl. [42] S. 283 ff). Aus rechtlicher Sicht bestehen aber wenig Zweifel, dass die Überschneidung zwischen wissentlichem

Zulassen und Beabsichtigen ziemlich groß ist: Wenn jemand eine Handlung mit der klar voraussehbaren Konsequenz X durchführt, so wird davon ausgegangen, dass X beabsichtigt wurde. Wenn also, bezogen auf Sterbehilfe, der Tod eine praktisch sichere Konsequenz der Handlung eines Arztes gewesen ist und dieser das gewusst hat, so wird im Recht in aller Regel auf das Vorliegen einer Absicht geschlossen. Wäre dem nicht so, dann würden viele wirklich Kriminelle ohne Strafe davonkommen [40].

Über diesen rechtslogischen Einwand hinaus zeigt die Prüfung entsprechender Gesetzesvorschläge weitere schwer wiegende Probleme dieses Ansatzes auf. Beispielsweise wird im Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe an das eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement die indirekte Sterbehilfe als eine „typische Tötungshandlung, die aber durch die Berufspflicht des Arztes, die Leiden seiner Patienten zu mildern, gerechtfertigt wird“ bezeichnet [2]. Eine solche Definition des Doppeleffekts ist aus palliativmedizinischer Sicht nicht akzeptabel. Hier wird die indirekte mit der direkten aktiven Sterbehilfe vermengt. Die oben beschriebenen Unklarheiten und Verwirrungen über die Häufigkeit und die Bedeutung des Doppeleffekts, gegen die die Palliativmedizin in den letzten Jahren angekämpft hat, wie auch die Möglichkeiten des Missbrauchs des Konzeptes für Handlungen aktiver Sterbehilfe, werden durch solche Vorschläge noch zementiert.

Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass bestehende Regulierungsvorschläge die Rechtfertigung der indirekten Sterbehilfe nicht primär mit dem Vorliegen von medizinisch anderweitig nichtbeherrschbaren Symptomen, sondern mit dem Willen des Patienten begründen [2, 31]. Durch das Herauslösen aus seinem ursprünglichen Kontext, nämlich demjenigen eines sterbenden Patienten mit anderweitig nicht zu beherrschenden Symptomen, verliert aber das Konzept der „indirekten Sterbehilfe“ bzw. des Doppeleffekts weitgehend seine Plausibilität. Statt der Absicht des Arztes, auf die es beim ursprünglichen

Konzept ausschließlich ankam, tritt nun der Wille des Patienten in den Vordergrund. Es liegt auf der Hand, dass hier unter dem Deckmantel der indirekten Sterbehilfe von Patientenseite ausdrücklich Dosierungen von Opiaten oder Sedativa verlangt werden könnten, die der absichtlichen Lebensverkürzung und damit der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) zugeordnet werden müssen [11].

Problematisch wäre eine solche Entwicklung insbesondere dann, wenn, wie es in der Rechtslogik liegt und sich im Bereich der passiven Sterbehilfe bereits weitgehend durchgesetzt hat, eine solche „indirekte“ Sterbehilfe nicht nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, sondern beim nicht mehr urteilsfähigen Patienten auch aufgrund dessen mutmaßlichen Willens gemäß Patientenverfügung oder aber gemäß dem Wunsch des gesetzlichen Vertreters, akzeptabel würde. Weit mehr als beim Behandlungsverzicht und -abbruch sind hier die Missbrauchsgefahren augenfällig.

Rechtliche Regulierung ohne das Indirekt-direkt-Konzept

Nicht zuletzt aufgrund der geschilderten Schwächen des Konzeptes des Doppelleffekts im Recht scheint es, dass es derzeit manche Autoren vorziehen würden, die direkte aktive Sterbehilfe unter gewissen Ausnahmebedingungen von Strafe zu befreien, statt aus einem Doppelleffekt eine Strafbefreiung abzuleiten [3, 21, 23]. Man würde also diejenigen Fälle, in denen – zunächst unabhängig von der angegebenen Absicht des Arztes – eine Medikamentengabe mit einer eindeutigen und direkten Todesfolge verbunden ist, als aktive Sterbehilfe bezeichnen, und dann nach objektiven Kriterien suchen, die allenfalls für einige dieser Fälle Straffreiheit gestatten würden [21]. Wie erläutert, dürfte sich dabei letztlich der ausdrückliche Wille des Patienten als das einzig akzeptable Kriterium erweisen, mit der Folge der bedingten Strafbefreiung bzw. der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen.

Über diese mag man geteilter Meinung sein. Tatsache bleibt, dass der nächste Behandlungsschritt in zahlreichen Situationen in der Palliativmedizin, und oftmals gerade beim Vorliegen schwerster Symptome oder im unmittelbaren Sterbeprozess, gar nicht (mehr) mit dem Patienten besprochen werden kann, sei es, weil dieser wegen Koma, Demenz, Verwirrung oder ähnlichen Zuständen nicht mehr dazu fähig ist, sei es, weil in unerwarteten Situationen manchmal sehr rasch gehandelt werden muss.

In solchen Situationen – und, wie oben aufgezeigt, sind es genau diese, um die es typischerweise im Zusammenhang mit hohen Dosen von Opiaten und Sedativa am Lebensende geht [33] – ist die aktive Sterbehilfe auf Verlangen oftmals gar keine Alternative. Auf dem Weg „from intent to consent“ [23], so theoretisch einleuchtend dieser auch erscheinen mag, verliert man also einen beträchtlichen Teil der Patienten, um die es im medizinischen Alltag geht.

Auch die Ausdehnung des „Consent-Konzeptes“ auf nicht (mehr) entscheidungsfähige Patienten durch Patientenverfügungen oder Stellvertretungen so, wie dies im Bereich der passiven Sterbehilfe zunehmend üblich wird, erscheint kaum als gangbarer Weg.

Die aktive Sterbehilfe aufgrund eines früheren Verlangens in einer Patientenverfügung ist zwar in Holland grundsätzlich erlaubt, wird aber praktisch kaum je durchgeführt [10]. Vollends strittig aber ist aktive Sterbehilfe verordnet durch Stellvertretungen, und zu Recht hat sich bisher noch kein Staat an eine solche Regelung gewagt. Wenn man sich auf diesen Weg einließe, dann würde der Definition von Begleitkriterien eine noch größere Bedeutung zukommen als bei der Regelung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen. Diese Kriterien müssten von Experten, nicht zuletzt von Ärzten, definiert und überprüft werden. Entsprechende Beurteilungen blieben aber immer in hohem Maß subjektiv. Ob also der Versuch gelingen würde, die Sterbehilfepraxis derart auf ein objektiveres, weniger von subjektiver ärztlicher Entscheidungsmacht geprägtes Fun-

dament zu stellen, als dies mit dem Konzept des Doppelleffekts möglich ist, erscheint zweifelhaft.

Verzicht auf eine detaillierte gesetzliche Regelung

Es wurde gezeigt, dass eine gesetzliche Regelung des Gebrauches von Opiaten und Sedativa mit einer (möglichen) Beschleunigung des Todeseintritts oder mit einer bis zum Tod anhaltenden Bewusstlosigkeit, die auf der medizinethischen Unterscheidung zwischen beabsichtigten und bloß zugelassenen Effekten aufbaut, nicht nur aus rechtslogischen Gründen problematisch, sondern auch in erheblichem Maß missbrauchsanfällig wäre. Eine andere Zugangsweise wäre eine rechtliche Regelung in einem umfassenden Sterbehilfegesetz. Die entsprechenden Versuche aus den Niederlanden zeigen allerdings, dass auch eine explizite Regelung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen keine Transparenz im ärztlichen Umgang mit Opiaten und Sedativa am Lebensende schaffen kann. Dies gilt nicht zuletzt deshalb, weil auch eine solche Regelung das Problem der Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen nicht aus der Welt zu schaffen vermag. Und weder der eine noch der andere Weg der gesetzlichen Regulierung vermag in adäquater Weise mit der Frage der terminalen Sedierung umzugehen, bei der, wie erläutert, oftmals gar nicht die Lebensverkürzung, sondern die Verkürzung der bewusst erlebten Lebensspanne im Vordergrund steht.

Aufgrund dieser ernüchternden Befunde stellt sich die Frage, ob der Verzicht auf eine detaillierte gesetzliche Regelung trotz des gegenwärtig bestehenden politischen Drucks wenn vielleicht nicht die beste, so doch die am wenigsten schlechte Lösung wäre. Es ist ja auch nicht so, dass diese Praktiken bisher in keiner Weise geregelt wären. Vielmehr hält das Strafrecht der deutschsprachigen Staaten Deutschland, Österreich und Schweiz bereits heute klar fest, dass Totschlag oder Mord bzw. vorsätzliche Tötung ein strafbares Delikt dar-

stellen. Dies gilt auch für Tötung auf Verlangen, die allerdings in allen drei Ländern strafmildernd behandelt wird [41]. Es ist an den jeweiligen Untersuchungsbehörden, diese allgemeinen Paragraphen im Einzelfall auf medizinische Entscheidungen am Lebensende anzuwenden. Dass hierbei ein erheblicher Interpretationsspielraum besteht, muss kein Nachteil sein. Oftmals wird man so der außergewöhnlichen Vielfalt und Komplexität medizinischer Entscheidungen am Lebensende besser gerecht werden können als auf der Basis einer noch so ausgefeilten spezifischen gesetzlichen Regelung. Das verlangt allerdings, dass aufseiten der Untersuchungsbehörden und aufseiten der Ärzteschaft die nötige Kompetenz auch für die über den eigenen Fachbereich hinausgehenden Aspekte dieser Thematik vorhanden ist.

Der Verzicht auf eine gesetzliche Regelung muss auch keineswegs den Verzicht auf jede Form von Leitlinien für den Gebrauch von Opiaten und Sedativa am Lebensende bedeuten. Vielmehr ist es wichtig, dass in diesem Gebiet klare medizinische „guidelines“ verfügbar sind. Einige solche sind in den letzten Jahren von verschiedenen Gremien geschaffen worden. Als Beispiel soll die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) genannt werden, die diesen Bereich heute in mehreren medizinisch-ethischen Richtlinien (zu Grenzfragen der Intensivmedizin, zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten sowie zur Betreuung von Patienten am Lebensende) im Detail regelt [35]. In klar definierten klinischen Kontexten wird es auch eher möglich sein, neben dem ausdrücklichen Willen des Patienten Kriterien zu nennen, die in Ausnahmefällen die Anwendung von Opiaten oder Sedativa derart, dass es zu einer (möglichen) Beschleunigung des Todeseintritts oder zu einer bis zum Tod anhaltenden Bewusstlosigkeit kommt, rechtfertigen können. Ohne das Konzept des Doppelleffekts wird man dabei nicht auskommen; dieses sollte aber so wenig wie

möglich bemüht werden müssen. Dem Einwand, dass die Regulierung einer Berufsgruppe durch sich selber in einem derart heiklen Bereich unbefriedigend sei [2], kann und soll aber dadurch begegnet werden, dass die Kommissionen zur Ausarbeitung entsprechender Richtlinien interdisziplinär besetzt werden, sodass neben Vertretern der Medizin und der Pflege auch Fachleute aus der Jurisprudenz und Ethik miteinbezogen werden.

Fazit

Unabhängig davon, welchen Weg der Regelung man im Einzelnen auch wählt, wird der Versuch, den Gebrauch von Opiaten und Sedativa mit einer (möglichen) Beschleunigung des Todeseintritts oder mit einer bis zum Tod anhaltenden Bewusstlosigkeit gesetzlich im Detail zu regeln, erhebliche neue Unsicherheiten und Grauzonen schaffen. Aus diesem Grund dürfte die gegenwärtig bestehende, allgemein gehaltene gesetzliche Regelung in den deutschsprachigen Staaten insgesamt die am wenigsten schlechte Lösung darstellen. Die allgemein formulierten Paragraphen des gegenwärtigen Strafrechts können im Einzelfall auf konkrete medizinische Situationen angewandt werden, deren Vielfalt und Komplexität eine detaillierte gesetzliche Regelung kaum gerecht werden könnte. Dabei bleibt im Zusammenhang mit der Gabe von Opiaten und Sedativa am Lebensende unzweifelhaft, dass die Anwendung von Dosierungen oder Dosissteigerungen, die eindeutig über das zur Symptomlinderung erforderliche Maß hinausgehen, eine strafbare Tötung darstellen.

Anschrift

Dr. med. Noémi de Stoutz¹

Aeschstrasse 20
8127 Zürich-Forch, Schweiz

**Prof. Dr. med. Walter Bär,
Dr. med. Georg Bosshard, MAE**

Institut für Rechtsmedizin, Universität,
Winterthurerstrasse 190/Bau 52,
8057 Zürich, Schweiz
E-mail: bosh@irm.unizh.ch

Danksagung

Die Verfasser danken Dr. med. Hans Neuenschwander, Lugano, für seine kritischen Kommentare und Ergänzungen zu diesem Text.

Literatur

1. Anonymus (2001) Gesetz über Lebensbeendigung auf Verlangen und Suizidbeihilfe. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 194
2. Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999) Bericht an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement. <http://www.ofj.admin.ch/bj/de/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.html>. Gesehen 08 Apr 2006
3. Baumann J, Bochnik H, Brauneck A et al. (1986) Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe. Thieme, Stuttgart
4. Beck D (2004) Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar? *Ethik Med* 16:334–341
5. Bilsen J, Norup M, Deliens L et al. (2006) Drugs used to alleviate symptoms with life-shortening effect as a possible side end of life care in six European countries. *J Pain Symptom Manage* 31:111–121
6. Birnbacher D (2004) Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen. *Ethik Med* 16:358–368
7. Chiu TY, Hu WY, Lue BH et al. (2001) Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 21:467–472
8. Cowan JD, Walsh D (2001) Terminal sedation in palliative medicine – Definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 9:403–407
9. Delden JJM van (1999) Slippery slope in flat countries – A response. *J Med Ethics* 25:22–24
10. Delden JJM van (2004) The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. *J Med Ethics* 30:447–451
11. Delden JJM (2004) Terminal sedation: different practices, different evaluations. In: Tännsjö T (ed) Terminal sedation: euthanasia in disguise? Dordrecht, Kluwer, pp 103–113
12. Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags (2005) Bericht über den Stand der Arbeiten. Bundestagsdrucksache 15/5980. Abrufbar unter http://www.bundestag.de/bic/hib/2005/2005_206/04.html. Gesehen 08 Apr 2006
13. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M et al. (2000) A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 14:257–265
14. Feikema L (2004) Terminale Sedierung im Sinne des niederländischen „Poldermodells“. *Ethik Med* 16:392–400
15. Fohr A (1998) The double effect of pain medication. Separating myth from reality. *J Palliat Med* 1:315–328
16. Hartogh GA den (2004) Zur Unterscheidung von terminaler Sedierung und Sterbehilfe. *Ethik Med* 16:378–391
17. Haverkate I, Wal G van der (1996) Policies on medical decisions concerning the end of life in Dutch health care institutions. *JAMA* 275:435–439
18. Hawryluck LA, Harvey WRC, Lemieux-Charles L, Singer PA (2000) Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care unit patients. *BMC Med Ethics* 3:3

¹ Ehemalige Vizepräsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung

19. Heide A van der, Deliens L, Faisst K et al. (2003) End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 362:345–350
20. Keown J (1994) Down the slippery slope: further reflections on euthanasia in the Netherlands in the light of the Remmelink Report and the Van der Maas survey. In: Gormally L (ed) *Euthanasia, clinical practice and the law*. Linacre Centre, London, pp 219–240
21. Klein M (2002) Sterbehilfe und das Prinzip des Doppelleffektes. *Wien Klin Wochenschr* 114:415–421
22. Kress H (2004) Selbstbestimmung am Lebensende. Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung. *Ethik Med* 16:291–297
23. Kuhse H (1998) From intention to consent. Learning from experience with euthanasia. In: Battin M, Rhodes R, Silvers A, Kuhse H (eds) *Physician-assisted suicide: expanding the debate*. Routledge, New York, pp 251–266
24. Legemaate J (1998) Twenty-five years of Dutch experience and policy on euthanasia and assisted suicide: an overview. In: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielsky-Carlucci C (eds) *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*. Kluwer, Dordrecht, pp 19–34
25. Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenborg L, Looman CWN (1991) Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 338:669–674
26. Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenborg L (1992) Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. An investigation performed upon request of the commission of inquiry into medical practice concerning euthanasia. *Health Policy* 22(1–2):1–262
27. Meunier-Cartal J, Souberbielle J-C, Boureau F (1995) Morphine and the „lytic cocktail“ for terminally ill patients in a French general hospital: evidence for an inverse relationship. *J Pain Symptom Manage* 10:267–273
28. Miccinesi G, Rietjens JA, Deliens L et al. (2007) Continuous deep sedation: physicians' experiences in six European countries. *J Pain Symptom Manage* 31:122–128
29. Morita T, Tsuneto S, Shima Y (2001) Proposed definitions for terminal sedation. *Lancet* 358:335–336
30. Müller-Busch HC (2004) „Terminale Sedierung“: Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene? *Ethik Med* 16:369–377
31. Oehmichen F, Strätling M, Simon A (2003) Gesetzlicher Regelungsbedarf der passiven und indirekten Sterbehilfe in Deutschland. Praxisorientierte Empfehlungen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin. *Ethik Med* 15:239–242
32. Rietjens JA, Heide A van der, Vrakking AM et al. (2004) Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 141:178–185
33. Rietjens JA, Bilsen J, Fischer S et al. (2007) Using drugs to end life without an explicit request of the patient. *Death Stud*
34. Schöch H, Verrel T (2005) Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB). *Goltdammers Arch Strafrecht* 152:553–624
35. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Medizinisch-ethische Richtlinien. Abrufbar unter <http://www.samw.ch>. Gesehen 20 Jan 2006
36. Sheldon T (2003) Only half of Dutch doctors report euthanasia, study says. *BMJ* 326:1164
37. Singer P (1999) *Practical ethics*, 2nd edn. Cambridge University Press, Cambridge
38. Sykes N, Thorns A (2003). Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 163:341–344
39. Thorns A, Sykes N (2000) Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. *Lancet* 356:398–399
40. Twycross R, Morris CR, Freshwater GT, McKay AC (1999) When doctors might kill their patients. *BMJ* 319:639–640
41. Wernstedt T, Mohr M, Kettler D (2000) Sterbehilfe in Europa. Eine Bestandsaufnahme am Beispiel von zehn Ländern unter besonderer Berücksichtigung der Niederlande und Deutschlands. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 35:220–231
42. Zimmermann-Acklin M (1997) *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*. Universitätsverlag, Freiburg (Schweiz)