
Leiden und Mitleiden aus ethischer Sicht

Guy A. M. Widdershoven

1. Einführende Bemerkungen

Die Frage nach dem Sinn des Leidens ist eine der zentralen Fragen der Philosophie. Was heißt Leiden für den Leidenden und für den Angehörigen? Wie soll man leben als Leidender, und welche Reaktion vonseiten anderer ist angemessen? Darf man als unheilbar Kranker und leidender Mensch um seinen eigenen Tod beten? Ist es gestattet, einen, der schwer leidet, von seinem Leiden zu erlösen? Oder umgekehrt: Ist es human, einen schwer kranken Menschen, der um Hilfe bittet, weiter leiden zu lassen?

Die Thematik des Leidens spielt nicht nur innerhalb der Philosophie, sondern auch innerhalb der Medizin eine Rolle. Das Leiden zu lindern ist eine klassische Aufgabe des Arztes. Im Bereich der medizinischen Ethik stellt sich die Frage, ob die Linderung des Leidens eine Verkürzung des Lebens gestattet. Besonders prägnant ist die Frage, ob eine aktive, intentionale Beendigung des Lebens durch den Arzt in einer Situation extremen Leidens in moralischer Hinsicht zu verteidigen ist. Gerade diese letzte Frage hat Anlass gegeben zu ethischen Debatten, wobei es zu heftigen Auseinandersetzungen gekommen ist zwischen Befürwortern und Gegnern der aktiven Sterbehilfe. Die Verteidiger der aktiven Sterbehilfe argumentieren, dass die beruhigende Gewissheit, als schwer leidender Kranker gegebenenfalls auf eine aktive Sterbehilfe hoffen zu können, die Furcht vor möglichen missbräuchlichen Anwendungen

mehr als aufwiegt (Birnbacher 2000). Kritiker betonen, dass es nicht einfach ist zu entscheiden, wann das Leiden unerträglich ist. Wie kann der Arzt feststellen, ob das Leiden schlimm genug ist? Die Kritiker befürchten, dass immer mehr Fälle von Leiden als unerträglich angesehen werden, wenn die aktive Sterbehilfe legalisiert wird (Keown 2002).

In der niederländischen Praxis der aktiven Sterbehilfe spielt das Leiden eine zentrale Rolle. Aktive Sterbehilfe durch den Arzt ist nur gestattet, wenn das Leiden des Patienten aussichtslos und unerträglich ist. Der Arzt muss selbst davon überzeugt sein, und ein zweiter Arzt soll diese Einschätzung bestätigen. Seit 1999 werden alle gemeldeten Fälle von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden überprüft von regionalen Kontrollkommissionen. In diesen Kommissionen wird im Einzelfall u. a. das Leiden untersucht, und in jedem Urteil wird die Frage des Leidens im konkreten Fall diskutiert. In Jahresberichten werden besondere Fälle aufgegriffen. Auch hier ist die Frage des Leidens ein wichtiges Thema.

In diesem Beitrag werde ich über Erfahrungen innerhalb der regionalen Kontrollkommissionen berichten. Ich werde mich beschäftigen mit den folgenden Fragen: Wie wird innerhalb der Kommissionen über Leiden gesprochen? Welche Fälle lösen weitere Fragen aus? Was kann man daraus über Leiden und Mitleiden im Bereich der medizinischen Sterbehilfe lernen?

2. Das Verfahren der Prüfung in den regionalen Kontrollkommissionen im Allgemeinen

In den letzten dreißig Jahren hat es in den Niederlanden eine breite Diskussion über aktive Sterbehilfe gegeben (Thomasma u. a. 1998; Kennedy 2001). Während dieser

Zeit hat sich eine Praxis entwickelt, die weltweit einmalig ist. Seit dem 1. April 2002 ist die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden gesetzlich geregelt. Das Gesetz basiert auf der Rechtsprechung und den Empfehlungen, die in der niederländischen Gesellschaft für Medizin (KNMG) entwickelt wurden.

Nach dem „Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe zur Selbsttötung“ ist aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen gestattet. Nur wenn der Arzt eine Reihe von Sorgfaltskriterien erfüllt hat, macht er sich nicht strafbar. Die Kriterien beinhalten, dass der Arzt

- a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- c) den Patienten über seine Situation und über die Prognose aufgeklärt hat,
- d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für seine Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter Buchstaben a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
- f) bei der Lebensbeendigung oder der Hilfe zur Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen ist.

Es gibt fünf regionale Kontrollkommissionen, die die gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen überprüfen. Es ist von den Kontrollkommissionen beabsichtigt, die Zahl der Meldungen, die 1995 nur bei etwa 40 % lag, zu steigern (Van der Wal und Van der Maas 1996). Die Kommission hat drei Mitglieder: einen Juristen, der gleichzeitig

Vorsitzender ist, einen Arzt und einen Ethiker. Ebenfalls gehören zur Kommission stellvertretende Mitglieder jeder dieser drei Kategorien. Die Kommission wird unterstützt von einem Sekretär. Die Kommission beurteilt für jeden innerhalb der Region gemeldeten Fall, ob die Vorgangsweise regelgerecht oder nicht regelgerecht gewesen ist. Das Urteil braucht nicht einstimmig zu sein, aber alle Mitglieder sollen an der Abstimmung teilgenommen haben. Es wird innerhalb von sechs Wochen gefällt. Wenn das Urteil auf „regelgerecht“ lautet, ist die Prozedur beendet; wenn es auf „nicht regelgerecht“ lautet, wird ein Bericht zur Staatsanwaltschaft geschickt. Diese entscheidet dann, ob der Fall weiter verfolgt wird.

Die Kommission tagt alle vier Wochen; dann werden alle neu gemeldeten Fälle diskutiert. Die Zahl der Fälle liegt zwischen etwa 20 und 40 pro Sitzung. Jeder Fall wird von den Mitgliedern der Kommission zuvor anhand von Unterlagen überprüft. Zu diesen gehören die Erklärung des meldenden Arztes, der Bericht des zweiten Arztes, die schriftliche Willenserklärung des Patienten und evtl. weitere Unterlagen, z. B. Briefe von Fachärzten oder Teile des Patientendossiers. Zentrale Punkte der Überprüfung sind das Leiden des Patienten, die Art und Weise, wie er seine Bitte gestellt hat, der Befund des zweiten Arztes und der Bericht über die Lebensbeendigung. Die meisten Fälle geben keinen Anlass zu weiteren Diskussionen innerhalb der Kommission. Es gibt aber immer wieder Fälle, die nicht ohne weiteres klar und eindeutig sind. Darüber wird in der Kommission weiter diskutiert. Wenn die Datenlage nicht ausreichend ist, wird der behandelnde Arzt um weitere Auskünfte gebeten, schriftlich, telefonisch oder in einem persönlichen Gespräch. Wenn die Kommission ein Urteil als nicht regelgerecht beurteilt, soll dem Arzt immer Gelegenheit gegeben werden, persönlich seine Vorgehensweise zu erläutern.

3. Das Leiden als Gegenstand der Prüfung

Das Leiden des Patienten ist eines der wichtigsten Themen der Prüfung in der Kontrollkommission. Es wird im Bericht der Kommission explizit angesprochen. Welche Art von Leiden ist charakteristisch in den Fällen, die die Kommission überprüft? Wie wird Leiden festgestellt? Welche Fragen können über das Leiden gestellt werden?

Viele der gemeldeten Fälle der aktiven Sterbehilfe betreffen Krebs im Endstadium mit ernststen Komplikationen, z. B. Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Erstickungsanfällen usw. Der Schmerz ist nicht immer das wesentlichste Element des Leidens. Oftmals sind extreme Schwäche und Erschöpfung sowie der Verlust der Würde für den Patienten nur schwer zu ertragen. Das Leiden ist meistens klar und eindeutig zu bestimmen. Manchmal gibt es aber auch Fälle, die weiter abgeklärt werden müssen (Regionale toetingscommissies euthanasie 2001).

Gemäß den Sorgfaltskriterien soll das Leiden des Patienten aussichtslos und unerträglich sein. Die Aussichtslosigkeit ist primär gebunden an die medizinische Prognose bzw. die Therapiemöglichkeiten. Das Leiden ist nicht als unerträglich einzustufen, solange es eine Möglichkeit der Heilung oder Verbesserung gibt. In der niederländischen Praxis der aktiven Sterbehilfe spielt der Arzt eine zentrale Rolle, gerade weil nur der Arzt ein verlässliches Urteil über Diagnose, Prognose und Therapie abgeben kann. Die Unerträglichkeit des Leidens ist abhängig von der Person des Patienten. Was für den einen Patienten noch erträglich ist, kann für einen anderen nicht mehr zu ertragen sein.

Während die Aussichtslosigkeit direkt an das medizinische Urteil gebunden ist, ist die Unerträglichkeit vom persönlichen Erleben des Patienten geprägt. Das heißt aber nicht, dass Aussichtslosigkeit rein objektiv ist und Unerträglich-

keit rein subjektiv. Der Nutzen von Therapien liegt in der Wirkung, nicht in den Nebenwirkungen. Die Frage, ob die Chancen die Nebenwirkungen aufwiegen, ist nicht vollkommen objektiv zu beantworten; sie impliziert eine Bewertung der Risiken und der Nebenwirkungen vonseiten des Patienten. Die Aussichtslosigkeit kann also nicht ganz unabhängig von der Person des Patienten festgestellt werden. Andererseits ist auch die Unerträglichkeit des Leidens nicht nur subjektiv. Der Arzt muss die Unerträglichkeit der Situation für den Patienten nachfühlen können. Eine einfache Mitteilung des Patienten wird dazu nicht genügen. Je mehr der Zustand des Patienten von einer Situation abweicht, die ohnehin als Leiden gekennzeichnet werden kann, desto mehr wird der Patient darlegen müssen, warum es für ihn nicht mehr zu ertragen ist.

Das Leiden des Patienten ist weder rein objektiver noch rein subjektiver Natur. Obwohl das Leiden vom Arzt bewertet werden muss, ist es nicht nur eine objektivierbare Tatsache. Andererseits macht der notwendige Bezug auf die Perspektiven des Patienten die Frage des Leidens nicht zu einer rein subjektiven Angelegenheit. Die Bewertung des Leidens ist jenseits von Objektivismus und Relativismus (Bernstein 1983). Das Leiden kann nur von Arzt und Patient zusammen festgestellt werden. Dieser Tatbestand ist in den Sorgfaltskriterien niedergelegt, die besagen, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt. Dies unterstellt eine dialogische oder deliberative Beziehung zwischen Arzt und Patient. Der Arzt soll dem Patienten nicht seine eigene Meinung auferlegen (wie im Paternalismus) noch soll er die Werte des Patienten als gegeben betrachten (wie im Modell der informierten Zustimmung oder *informed consent*). Der Arzt soll mit dem Patienten herausfinden, welche Werte angemessen sind, und zwar in einem Prozess

der Deliberation (Emanuel/Emanuel 1992). Dabei unterstelle ich, dass beide Parteien voneinander lernen können (Widdershoven 2002).

Aus dialogischer Sicht ist die Frage des Leidens weder eine Sache des Arztes, noch eine des Patienten allein. Nur durch Prozesse der Deliberation und Argumentation kann Leiden festgestellt werden. Dies beschränkt sich nicht auf den individuellen Arzt und den individuellen Patienten. Der zweite Arzt ist wesentlich in den Prozessdialog mit einbezogen. Er soll nicht nur die Krankheit bestätigen, sondern auch die Art des Leidens untersuchen. Die Prüfung der Kontrollkommission ist gleichermaßen Teil des Dialogprozesses, in dem die Art des Leidens festgestellt wird. Schließlich sind auch die gesellschaftliche Diskussion über Sterben und Tod sowie die Rechtsprechung über die aktive Sterbehilfe relevant für die Frage des Leidens. Die Feststellung des Leidens im Einzelfall und die soziale und kulturelle Konzeptualisierung des Leidens bedingen einander wechselseitig.

4. Die Rolle der Palliativmedizin

Die Aussichtslosigkeit des Leidens ist (wie gesagt) eine Voraussetzung der Berechtigung zur aktiven Sterbehilfe. Aussichtslosigkeit heißt, dass keine realen Möglichkeiten mehr bestehen, das Leiden mit anderen Mitteln zu lindern. Impliziert ist, dass nicht nur die Möglichkeiten der Heilung, sondern auch die der Palliativmedizin erschöpft sind: Sonst ist aktive Sterbehilfe nicht gestattet. In der niederländischen Praxis der Entscheidung über das Lebensende werden aktive Sterbehilfe und Palliativmedizin nicht als einander entgegengesetzt betrachtet, sondern als miteinander verbunden. Beide zielen auf die Linderung der Leiden des Patienten. Unterschiedlich ist, dass es bei der Palliativ-

medizin um ein normales medizinisches Handeln geht, während die aktive Sterbehilfe nur im Ausnahmefall erlaubt ist.

Kritiker der niederländischen Praxis der aktiven Sterbehilfe argumentieren, dass das Handeln der niederländischen Ärzte ein Versagen der Palliativmedizin verdecke (Hendin 1997). Dieser Verdacht muss aufgrund der Prüfung der gemeldeten Fälle nuanciert werden. In der großen Mehrheit der Fälle konnte mithilfe der Palliativmedizin viel erreicht werden. Das betrifft nicht nur die Bekämpfung der Schmerzen, sondern auch die Linderung anderer Symptome wie Übelkeit und Atemnot. Dennoch gibt es öfters Probleme, die nur schwer zu negieren sind. Es muss bedacht werden, dass jede medizinische Intervention, sei sie kurativ oder palliativ, Nebenwirkungen hat. Es ist durchaus möglich, dass der Patient eine Intervention ablehnt, weil die Nebenwirkungen für ihn zu belastend sind. Ob es reale Möglichkeiten der Palliation gibt, hängt also auch von der Perspektive des Patienten ab.

Die Entscheidung zwischen einer Intensivierung der Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe ist nicht immer einfach. Die meisten Fälle von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden werden von Hausärzten ausgeführt. Die Möglichkeiten der Palliativmedizin im ambulanten Bereich sind geringer als im Krankenhaus. Der Wunsch, zu Hause zu sterben, ist bei vielen Patienten aber sehr stark. Das mag die Verringerung der palliativen Möglichkeiten aufwiegen. Jedenfalls gibt es zur Zeit eine neue Initiative zur Förderung der Palliativmedizin im ambulanten Bereich. Seit einigen Jahren sind regionale Zentren für Palliativmedizin eingerichtet worden, wodurch für niedergelassene Ärzte die Möglichkeiten, Erfahrungen in der Palliativmedizin zu sammeln, verbessert worden sind.

Obwohl die palliativen Möglichkeiten in der Regel kompetent angewandt werden, gibt es manchmal auch Fälle, in

denen der Patient palliative Maßnahmen ablehnt, die medizinisch indiziert wären. Dann stellt sich für die Kommission die Frage, ob der Arzt die Möglichkeiten adäquat angeboten und ob er versucht hat, den Patienten zu überzeugen. Wie haben Arzt und Patient über Alternativen gesprochen? Wie ist die Entscheidung zustande gekommen? Hat der Arzt klar gemacht, dass die Ablehnung der palliativen Möglichkeiten nicht das Recht auf aktive Sterbehilfe beinhaltet, sondern im Gegenteil die Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe weitgehend einschränkt? Das heißt jedoch nicht, dass der Patient auf bestimmte Möglichkeiten verzichten muss. Für die Kommission ist die Nachvollziehbarkeit der gemeinsamen Überlegungen von Arzt und Patient ein wichtiger Gesichtspunkt in der Beurteilung solcher Fälle von aktiver Sterbehilfe.

5. Ein Beispielfall

Die Kontrollkommissionen beurteilen individuelle Fälle von aktiver Sterbehilfe. Sie schreiben über jeden gemeldeten Fall einen Bericht. Ihre Rolle besteht aber nicht nur in der Prüfung von individuellen Fällen; sie hat auch eine generelle „edukative“ Aufgabe. Mitglieder der Kommissionen sind beteiligt am Unterricht für Ärzte, die aktive Sterbehilfe anwenden wollen. In diesem Unterricht wird u. a. betont, dass dem zweiten Arzt eine wichtige Rolle zukommt, insofern er untersuchen muss, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Aus der Perspektive des Leiters soll der Konsiliararzt kritische Fragen stellen und sich z. B. nicht scheuen, weitere Möglichkeiten der Palliation vorzuschlagen. Die edukative Funktion der Kontrollkommissionen wird weiterhin durch die Jahresberichte ausgeübt. Neben einer Übersicht der allgemeinen Daten – Zahl der Meldungen, Art der Erkrankungen, beteiligte Facharztdisziplinen

usw. – werden Fälle präsentiert, die zur Reflexion und Diskussion Anlass geben.

Im Jahresbericht 2000 wurde ein Fall dargelegt, in dem die Frage des Leidens der Patientin als problematisch angesehen wurde (Regionale toetsingscommissies euthanasie 2001).

Eine Patientin im Alter von 97 Jahren hatte mehrere Vorerkrankungen (Knieprothesen, Asthma, Hyperthyreose). Vor kurzem hatte sie einen Schlaganfall erlitten. Sie konnte anschließend nicht mehr sprechen und hatte eine Lähmung der linken Körperhälfte. Die Zustand verbesserte sich leicht. Die Frau bewertete ihre Abhängigkeit als unerträglich. Sie hatte immer selbst ihren Haushalt geführt und beurteilte ihre heutige Situation als inakzeptabel. Sie hatte auch Angst vor einem zweiten Schlaganfall, der vielleicht schlimmere Beeinträchtigungen nach sich ziehen könnte. Zwei Wochen nach dem Schlaganfall bat die Frau ihren Hausarzt um aktive Sterbehilfe. Ihre Kinder waren damit einverstanden. Der Hausarzt fand die Bitte der Frau problematisch, da er ihre Lebensqualität als akzeptabel einschätzte – und sei es unter der Voraussetzung der Hilfe Dritter. Auch der zweite Arzt hatte Bedenken, aber er respektierte den Wunsch dieser „rüstigen“ Frau.

Die Kommission hat in diesem Fall geurteilt, dass das Leiden nicht aussichtslos und unerträglich gewesen sei. Sie vertrat die Meinung, der Arzt habe seine Professionalität zugunsten einer zu starken emotionalen Bindung an die Patientin aufgegeben. Eine möglicherweise langwierige und belastende Behandlung sei nicht ohne weiteres ein hinreichender Grund für aktive Sterbehilfe, betonte die Kommission. Der Fall wurde aber von der Staatsanwaltschaft nicht weiter verfolgt. Die Staatsanwaltschaft war der Meinung, dass das Leiden sehr wohl unerträglich war.

Diese Entscheidung wurde begründet mit dem hohen Alter der Frau und der permanenten Gefahr eines drohenden Schlaganfalls.

Man kann diesen Fall ansehen als ein Indiz für die Richtigkeit der These, dass die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu einer Senkung der Schwelle der Unerträglichkeit des Leidens führt (Keown 2002). Diese Schlussfolgerung ist aber verfrüht. Erstens ist dieser Fall eine Ausnahme. Die große Mehrheit der gemeldeten Fälle gibt keinen Anlass zu derartigen Zweifeln über das Ausmaß des Leidens. Zweitens hat der Fall, obwohl am Ende keine Strafverfolgung vorgenommen wurde, zu einer sehr lebhaften Diskussion innerhalb der Kontrollkommission und auch bei der Staatsanwaltschaft geführt. Dass die Kommission strenger als der Staatsanwalt geurteilt hat, zeigt drittens, dass die Grundeinstellung der Prüfungskommissionen nicht zu einer Reduktion der kritischen Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe geführt hat. Die Veröffentlichung dieses Falles im Jahresbericht kann (viertens) zu einer weiteren gesellschaftlichen Diskussion Anlass geben und damit zu einem bewussteren Umgang mit dem Problem der Einschätzung des Leidens beitragen. Damit ist nicht gesagt, dass es in näherer oder fernerer Zukunft nicht auch eine Änderung der Sorgfaltskriterien im Sinne einer anderen Einschätzung der Unerträglichkeit des Leidens geben könnte; dies würde jedoch nicht ohne eine breite gesellschaftliche Diskussion geschehen.

6. Zusammenfassende Bemerkungen

Aus hermeneutischer Sicht ist die Ethik eine praktische Disziplin, deren Konzepte sich innerhalb historischer Lernprozesse entwickeln. Der Sinn und die Bedeutung von normativen Konzepten ist nicht vorgegeben, sie entwickeln

sich in Prozessen der Anwendung auf konkrete Fragen unter Bezugnahme auf aktuelle historische Probleme. Die niederländische Praxis der aktiven Sterbehilfe ist ein Beispiel für ein ethisches Konzept für Entscheidungen über Leben und Tod, das von Allgemeinmedizinerinnen und Juristen im Rahmen einer breiten öffentlichen Diskussion entwickelt wurde. Die Arbeit der Kontrollkommissionen liefert dabei einen Beitrag zur Weiterentwicklung ethischer Fragestellungen.

Die Art und Weise, in der innerhalb der Kontrollkommissionen über das Leiden gesprochen wird, zeigt, dass Leiden weder eine rein objektive noch eine rein subjektive Angelegenheit ist. Die Aussichtslosigkeit und die Unerträglichkeit des Leidens können nur in einem Dialog zwischen Arzt und Patient festgestellt werden, einem Dialog, an dem auch der zweite Arzt und die Kontrollkommission beteiligt sind. Ein solcher Dialog ist abhängig vom emotionalen Engagement. Hierbei spielt Mitleid eine wichtige Rolle (Dillmann 1998). Das Engagement darf aber nicht zu einer unkritischen Bejahung einer jeden Bitte um aktiven Sterbehilfe führen. Es muss vielmehr zu einer adäquaten Antwort auf die Bedürfnisse des Patienten kommen. Dies beinhaltet einen Prozess der Kommunikation, in den die Perspektiven der Betroffenen mit einbezogen werden in dem sie und miteinander verschmelzen.

Die niederländische Praxis der aktiven Sterbehilfe zeigt, dass die Diskussion über Leiden und Mitleiden prinzipiell nie abgeschlossen ist. Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und das Verfahren in den Kontrollkommissionen liefern einen weiteren Beitrag zur gesellschaftlichen Diskussion über das Leiden und über die Art und Weise, wie der Arzt damit umgehen kann und soll. Leiden und Mitleiden haben ihre Bedeutung im praktischen Umgang mit schwer leidenden Menschen. Diese Praxis kann nur durch Prozesse der gesellschaftlichen Reflexion und Diskussion kri-

tisch abgebildet werden, in denen verschiedene Perspektiven aufeinander bezogen werden, denn „die im Verstehen geschehene Verschmelzung der Horizonte ist die eigentliche Leistung der Sprache“ (Gadamer 1960).

Literatur.

- Bernstein, R. J. (1983): *Beyond objectivism and relativism*, Oxford: Oxford University Press.
- Birnbacher, D. (2000): *Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland*, in: Gordijn, B./Ten Have, H. (Hrsg.): *Medizinethik und Kultur*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Dillmann, R. J. M. (1998): *Euthanasie: de morele legitimatie van de arts*, in: Legemaate, J./Dillmann, R. J. M. (Hrsg.) *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 11–25.
- Emanuel, E. J./Emanuel, L. L. (1992): *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA 267, 2221–2226.
- Gadamer, H.-G. (1960): *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J. C. B. Mohr.
- Hendin H. (1997): *Seduced by death. Doctors, patients and the Dutch cure*. New York / London: W. W. Norton & Co.
- Kennedy, J. (2002): *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Keown, J. (2002): *Euthanasia, ethics and public policy. An argument against legislation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Regionale toetsingscommissies euthanasie (2001): *Jaarverslag 2000*. Den Haag: Ministerie van VWS, Ministerie van Justitie.
- Thomasma, D. C./Kimbrough-Kushner, T./Kimsma, G. K./Cie-sielski-Carlucci, C. (Hrsg.) (1998): *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*. Dordrecht / Boston / London: Kluwer.
- Van der Maas, P. J./Van Delden, J. J. M./Pijnenborg, L./Looman, C. W. N. (1991): *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*. Lancet 338, 669–74.
- Van der Wal, G./Van der Maas, P. J. u. a. (1996): *Evaluation of the*

notification procedure for physician assisted death in The Netherlands. NEnglJMed 335, 1706–1711.

Widdershoven, G. A. M. (2000): *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek.* Amsterdam: Boom.

Widdershoven, G. A. M. (2002): *The physician-patient relationship: A hermeneutic perspective,* in: Lie, R. K./Schotsmans, P. T./Hansen, B./Meulenbergs, T. (Hrsg.): *Healthy Thoughts. European perspectives on health care ethics,* Leuven: Peeters, 69–80.