

Lars Johan Materstvedt
David Clark
John Ellershaw
Reidun Førde
Anne-Marie Boeck Gravgaard
Hans-Christof Müller-Busch
Josep Porta i Sales
Charles-Henri Rapin

Euthanasie und ärztlich unterstützter Suizid: eine Stellungnahme der Ethics Task Force der European Association for Palliative Care (EAPC)

Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A View from an EAPC Ethics Task Force

Nach einer Debatte des Europäischen Parlaments im Jahre 1991, die auf unterschiedlichen Ebenen in Europa Diskussionen zum Thema Euthanasie entfachte, berief der Vorstand der European Association for Palliative Care (EAPC) eine Arbeitssitzung, um mit Hilfe von zwei Experten die Einstellung dieser Organisation zur Euthanasie zu verdeutlichen. Im Jahre 1994 wurde im „European Journal of Palliative Care“, der offiziellen Zeitschrift der EAPC, eine erste Stellungnahme – „Regarding Euthanasia“ – veröffentlicht [1]. Im Februar 2001 wurde vom Vorstand der EAPC erneut ein Expertenteam (die Ethics Task Force) berufen, um die EAPC auf den neusten Stand zum Themenkomplex zu bringen.

Zu erwähnen ist, dass es auf dem Gebiet der palliativen Fürsorge und somit auch Palliativmedizin (zusammen: *Palliative Care*) in den vergangenen Jahren zwar große Entwicklungen und Erfolge gab, gleichzeitig jedoch auch die Frage der Euthanasie und des ärztlich unterstützten Suizids häufig und zum Teil kontrovers diskutiert wurde. Zudem wurden in einigen Ländern neue Euthanasiegesetze verabschiedet.

Da europäische Politik und europäisches Recht eine immer größere Bedeutung für die moderne Lebensgestaltung haben werden, ist es wichtig, dass die EAPC durch umsichtige und stetige Diskussion des Themas dazu beiträgt, die öffentliche Debatte sachlich und fundiert zu führen. Dies ist keine leichte Aufgabe, denn Euthanasie und ärztlich unterstützter Suizid sind zwei der schwierigsten, ethisch besonders komplexen Themen im Bereich der Gesundheitsfürsorge. Die Stellungnahme der Ethics Task Force bezieht sich auf den Stand der derzeitigen Debatte und entwickelt eine Sichtweise aus der Perspektive der *Palliative Care*.

Es sollte festgehalten werden, dass die meisten *Palliative-Care*-betreuten Patienten an Krebs leiden. Allerdings hat in fast allen Ländern Europas nur eine kleine Minderheit der Krebskranken in der letzten Lebensphase Zugang zur *Palliative-Care*-Expertise. So erstaunt es nicht, dass ca. 86% der Patienten, die in den Niederlanden durch Euthanasie und ärztlich assistierten Suizid sterben, an Krebs erkrankt sind [2].

Institutsangaben

Abteilung für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie
am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Hinweis

Die Originalversion: „Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force“ erschien in *Palliative Medicine* 2003, 17: 97 – 101. Sie wurde begleitet von 55 Kommentaren aus 32 Ländern. Die Stellungnahme der Ethics Task Force wurde uneingeschränkt und einstimmig als offizielle Position der EAPC im Juni 2003 übernommen. Die deutsche Übersetzung wurde von der EAPC autorisiert und erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Arnold Journals, dem Herausgeber der Fachzeitschrift *Palliative Medicine*. An der Übertragung ins Deutsche haben mitgewirkt: Birgit Jaspers, Eberhard Klaschik, Hans-Christof Müller-Busch, Sigune Peiniger, Ute Reimann und René Vollenbroich. Referee: Martin Frank, Philosophische Abteilung der Norwegischen Universität für Naturwissenschaft und Technologie. Die Mitglieder der Ethics Task Force der EAPC danken allen an der deutschen Übersetzung Beteiligten für ihren hilfreichen Beitrag.

Kostenloser Download der englischen Originalversion, Kommentare und Repliken unter:
[http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317\(2\)Materstvedt.pdf](http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317(2)Materstvedt.pdf)
[http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317\(5\)Materstvedt.pdf](http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317(5)Materstvedt.pdf)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hans-Christof Müller-Busch · Abteilung für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie
am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe · 14089 Berlin · E-mail: muebu@havelhoehe.de

Bibliografie

Z Palliativmed 2004; 5: 102 – 106 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-834590
ISSN 1615-2921

Geschichtliche Entwicklung und gegenwärtige Situation

Weltweit haben in den letzten Jahren einige wichtige Veränderungen im Hinblick auf Gesetzregelungen zu Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid stattgefunden. So wurde 1996 und erstmals in der Geschichte im „*Rights of the Terminally Ill Amendment Act*“ im Northern Territory, Australien, von einer demokratischen Regierung ein Gesetz verabschiedet, welches unter bestimmten Voraussetzungen Euthanasie und ärztlich assistierten Suizid zu legalen Handlungen deklarierte [3]. Im Jahr 1997 wurde dieses Gesetz aber wiederum durch eine weitere Änderung, diesmal des „*Northern Territory (Self-Government) Act*“ des Commonwealth aus dem Jahre 1978, durch das australische Parlament für unwirksam erklärt [4]. Im gleichen Jahr wurde im Bundesstaat Oregon der USA durch den „*Oregon Death with Dignity Act*“ erstmals ärztlich unterstützter Suizid (nicht aber Euthanasie) legalisiert [5]. Im April 2001 bewirkte die Zweite Kammer des niederländischen Parlaments Änderungen im Strafgesetzbuch, um Euthanasie und ärztlich assistierten Suizid unter bestimmten Bedingungen straffrei zu lassen [6–8]; im April 2002 bekamen diese Änderungen Gesetzeskraft [7,9]. Am 16. Mai 2002 folgte das parlamentarische Unterhaus Belgiens mit dem Entschluss, die Euthanasie unter bestimmten Gesichtspunkten zu legalisieren [10].

Doch wenig deutet darauf hin, dass in den letzten zehn Jahren konzentrierte Bestrebungen in Europa entstanden sind, auf parlamentarischen Wegen eine liberalisierte gesetzliche Regelung der Euthanasie zu erreichen. Im Gegenteil, in vielen europäischen Ländern gehören vor allem die medizinischen Fachgruppierungen und Verbände von Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich sowie *Palliative-Care-Organisationen* zu den Gegnern einer Liberalisierung.

Begriffe und Definitionen

Das vorliegende Positionspapier enthält – wie auch schon frühere Veröffentlichungen – Definitionen der Begriffe „*Palliative Care*“, „*Euthanasie*“ und „*ärztlich assistierter Suizid*“. Die Definition von „*Palliative Care*“ wurde von der EAPC erarbeitet und später von der World Health Organisation (WHO) übernommen und weiterentwickelt; in ihr sind auch einige der grundlegenden Normen und Werte von *Palliative Care* eingeflossen. Die Definitionen von Euthanasie und ärztlich unterstütztem Suizid hingegen lassen mit diesen Begriffen assoziierte Normen und Werte außen vor. Wird im Zusammenhang mit dem Begriff „*Euthanasie*“ der Ausdruck „*Töten auf Verlangen*“ verwendet, ist dies als technische Handlungsbeschreibung zu verstehen, die sich auf das angewandte Verfahren bezieht. Gewöhnlich wird durch Injektion eines Barbiturats ein Koma hervorgerufen, gefolgt durch Eingabe eines neuromuskulären Relaxans zur Beendigung eigenständiger Atmung, was zum Tode des Patienten führt. Ob Euthanasie ein *gerechtfertigtes* „*Töten auf Verlangen*“ sein kann, ist allerdings eine ganz andere Fragestellung, auf die im Folgenden eingegangen wird. Denn hier besteht ein großer Unterschied zwischen Sein (faktischem Geschehen) und Sollen (ethischer Forderung) [11].

Palliative Care

Europaweit ist *Palliative Care* ein anerkannter und expandierender Bereich der Gesundheitsversorgung. Dennoch wird weiterhin darüber diskutiert, was *Palliative Care* beinhaltet, wo sie einsetzen soll und wo ihre Grenzen liegen (Stadium und Krankheitsbild, Prognose, Betreuungsbereiche) [12,13]. *Palliative-Care-Ansätze* und -Organisationsformen sind regional, national und kulturell unterschiedlich. Diese unterschiedlichen Standpunkte spiegeln sich auch in der beruflichen Praxis wider [14].

Eine spezifische Definition von *Palliative Care* hatte allerdings einen einigenden Einfluss auf die Palliativbewegungen und die *Palliative-Care-Organisationen* in vielen europäischen Ländern. In ihrem ersten Rundschreiben im Frühjahr 1989 veröffentlichte die EAPC eine Definition von „*Palliative Care*“ [15], die von der WHO in der Publikation „*Cancer Pain Relief and Palliative Care*“ [16] weiterempfohlen wurde. Vor kurzem veröffentlichte die WHO eine neue, modifizierte Version [17]:

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit den Problemen einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind. Er beinhaltet das Vorbeugen und Lindern von Leiden, und zwar durch frühzeitiges Erkennen, einwandfreier Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliative Care:

- Sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen quälenden Symptomen
- Bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess
- Beabsichtigt weder den Tod zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern
- Integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Betreuung
- Bietet Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten an, damit sie ihr Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich gestalten können
- Bietet Unterstützungsmöglichkeiten an für Angehörige im Umgang mit der Krankheit und der Bewältigung des schmerzlichen Verlusts des Patienten
- Wendet eine teamorientierte Annäherung an, die sich den Bedürfnissen der Patienten und deren Familien widmet, einschließlich einer – falls notwendig – den Verlust aufarbeitenden Therapie
- Versucht die Lebensqualität zu verbessern und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen
- Kommt schon früh im Krankheitsstadium zum Einsatz, wenn in Verbindung mit anderen Therapien eine Lebensverlängerung angestrebt wird, z.B. bei Chemo- oder Strahlentherapie, und verfügt über die notwendigen diagnostischen Strategien zur effizienteren Einschätzung und Behandlung von belastenden klinischen Komplikationen.

Medizinisches Töten, Therapieverzicht oder -beendigung bei aussichtsloser Prognose und „terminale Sedierung“

In den letzten Jahren wurden verschiedene Definitionen von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid formuliert. Nach den hier verwendeten Definitionen kann keine der folgenden Maßnahmen als Euthanasie gelten:

- Therapieverzicht bei aussichtsloser Prognose,
- Beendigung von aussichtslosen Maßnahmen,
- „Terminale Sedierung“ (der Einsatz von Sedativa zur Linderung intolerablen Leidens in den letzten Tagen des Lebens).

Medizinisches Töten einer Person ohne deren Einwilligung, entweder aufgrund der Unfähigkeit der Person ihr Einverständnis geben zu können (*nonvoluntary*) oder indem wider ihren Willen gehandelt wird (*involuntary*), ist nicht Euthanasie, sondern Mord. Euthanasie kann somit nur unter der notwendigen Voraussetzung der Freiwilligkeit (*voluntary*) erfolgen [18,19]. Deshalb sollte auch der häufig im angelsächsischen Sprachgebrauch verwendete Ausdruck „voluntary euthanasia“ verworfen werden, da er durch logische Folgerung zu dem falschen Schlusssatz führt, es könne auch Formen unfreiwilliger Euthanasie geben. Sowohl in der Literatur als auch in der öffentlichen Debatte wird zuweilen zwischen sog. aktiver und passiver Euthanasie bzw. Sterbehilfe unterschieden. Diese Unterscheidung ist nach Ansicht der Ethics Task Force unangebracht. Nach unserer Deutung und in Übereinstimmung mit der niederländischen Auffassung [20,21] ist Euthanasie per definitionem eine aktive Handlung und daher „passive Euthanasie“ ein Widerspruch in sich; mit anderen Worten: „passive Euthanasie“ oder „passive Sterbehilfe“ kann es nicht geben.

Die Ethics Task Force empfiehlt eine Einigung auf folgende Definitionen.

Euthanasie ist Töten auf Verlangen und wird definiert als Handlung eines Arztes, die mit der Absicht erfolgt, eine Person auf deren freiwilliges und angemessenes Verlangen hin zu töten, indem eine Medikation verabreicht wird.

Ärztlich assistierter Suizid wird definiert als Handlung eines Arztes, die mit der Absicht erfolgt, einer Person auf deren freiwilliges und angemessenes Verlangen hin die eigenständige Selbsttötung zu ermöglichen, indem eine Medikation zur Selbstverabreichung bereitgestellt wird.

Grundsatzfragen

Es ist die Pflicht der EAPC, nachdrücklich die Wichtigkeit der Betreuung von Patienten mit lebensbegrenzenden Erkrankungen in Übereinstimmung mit der „Palliative-Care“-Definition der WHO aus dem Jahr 2002 [17] hervorzuheben und zu fördern. *Palliative Care* strebt die Reduktion bzw. Vorbeugung von Leiden und Hoffnungslosigkeit am Lebensende an. Ein wichtiges Prinzip von *Palliative Care* ist es, die Autonomie des Patienten zu respektieren, d. h. sie zu stärken und wiederherzustellen und nicht, sie zu zerstören. Der Zugang zu einer hoch qualifizierten, kompetenten und multidisziplinären Palliative-Care-Versorgung muss in ganz Europa durch nationale und internationale Aktivitäten, Schwer-

punktbildung und durch die Bereitstellung von Mitteln gefördert werden.

Hierzu vertritt die Ethics Task Force der EAPC folgende Position:

1. Angesichts der Tatsache, dass innerhalb Europas unterschiedliche Positionen zur Frage der Euthanasie und des ärztlich assistierten Suizids zu erkennen sind, ist eine aktive Diskussion über dieses Thema zu fördern.
2. Untersuchungen über Einstellungen und Haltungen gegenüber Euthanasie und ärztlich unterstütztem Suizid in der Gesundheitsfürsorge, der Öffentlichkeit und unter Patienten, ebenso wie Studien über die dort gesammelten Erfahrungen bezüglich dieser Themen können die Diskussion weiter bereichern. Die meisten der bisher durchgeführten Studien lassen jedoch signifikante methodische Schwächen erkennen, die berechtigte Zweifel an der Beweisgrundlage dieser Studien aufkommen lassen. Ein besser koordinierter Ansatz an diese Studien wird empfohlen.
3. Ein individuelles Ersuchen um Euthanasie bzw. ärztlich assistiertem Suizid hat komplexe Gründe, die in persönlichen, psychischen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und demografischen Aspekten wurzeln. Im klinischen Umfeld muss solchen Nachfragen mit Respekt, sorgfältiger Aufmerksamkeit und einer offenen und sensiblen Kommunikation begegnet werden.
4. Das Erbitten von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid steht nach Bereitstellung von umfassender palliativer Sterbebegleitung oft nicht mehr zur Diskussion. Personen, die nach Euthanasie bzw. ärztlich assistiertem Suizid verlangen, sollten deshalb Zugang zur *Palliative-Care*-Expertise haben.
5. Euthanasie bzw. ärztlich assistierter Suizid gehören nicht zu den Aufgaben von *Palliative Care*.
6. „Terminale“ oder „palliative“ Sedierung bei Menschen, deren Sterbeprozess bereits begonnen hat, ist nicht mit Euthanasie gleichzusetzen. Die *Absicht* terminaler Sedierung ist das Lindern unerträglichen Leidens; das *Vorgehen* der Einsatz eines sedierenden Medikaments zur Symptomkontrolle und das erfolgreiche *Resultat* die Linderung unerträglicher, belastender Symptome. Die *Absicht* der Euthanasie ist das Töten des Patienten, das *Vorgehen* die Verabreichung eines tödlichen Medikamentes und das erfolgreiche *Ergebnis/Resultat* der sofortige Tod. In *Palliative Care* kann eine milde Sedierung therapeutisch eingesetzt werden, die den Wachheitszustand des Patienten oder seine Kommunikationsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt. In seltenen Fällen kann das klar formulierte therapeutische Ziel nur durch eine tiefe Sedierung erreicht werden, mit der Folge, dass die Bewusstseinslage des Patienten stark eingeschränkt wird. In solchen Fällen muss die Tiefe der Sedierung regelmäßig neu überdacht werden. Zudem werden sedierte Patienten kontinuierlich überwacht und künstlich ernährt oder hydriert, falls dies im Krankheitsverlauf indiziert sein sollte. Generell ist eine tiefe Sedierung immer nur für einen bestimmten Zeitraum vorgesehen.
7. Die Legalisierung von Euthanasie in jedweder Gesellschaft birgt die Möglichkeit, dass
 - a) wehrlose Personen unter Druck gesetzt werden können;
 - b) die Weiterentwicklung von *Palliative Care* weniger bedeutsam erscheint und behindert wird;

- c) rechtliche Vorgaben mit persönlichen sowie professionellen Werten und Prinzipien von Ärzten und anderem Fachpersonal in der Gesundheitsfürsorge in Konflikt geraten;
 - d) ein Ausweiten der klinischen Kriterien auf andere gesellschaftliche Gruppen gefordert wird oder entstehen kann;
 - e) medizinisches Töten ohne Einverständnis oder gegen den Willen des Patienten zunimmt;
 - f) Tötungshandlungen gesellschaftliche Akzeptanz finden.
8. Befürchtungen von Patienten, dass durch Maßnahmen innerhalb des modernen medizinischen Apparates ihr Leben unnötig verlängert wird oder unter unerträglichen Qualen endet, können zur Inbetrachtung von Euthanasie oder ärztlich assistiertem Suizid führen. Eine Alternative hierzu ist die Verfassung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, um dadurch eine bessere Kommunikation und vorausschauende Betreuungsplanung zu ermöglichen und somit zur Anerkennung und Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung beizutragen.
 9. Die Ethics Task Force fordert die EAPC und ihre Mitglieder auf, sich in direktem und offenem Dialog mit denjenigen auseinander zu setzen, die Euthanasie bzw. ärztlich assistierten Suizid in der Medizin und im Rahmen der Gesundheitsversorgung befürworten. Verständnis und Achtung anderer Sichtweisen ist allerdings nicht gleichbedeutend mit ethischer Akzeptierung von Euthanasie bzw. ärztlich assistiertem Suizid.
 10. Die EAPC sollte individuelle Entscheidungen für Euthanasie bzw. ärztlich assistiertem Suizid respektieren. Doch ebenso wichtig ist es, die Aufmerksamkeit aller Gesellschaften wieder auf ihre Verantwortung für eine Betreuung alter, sterbender und schwacher Bürger zu richten. Die feste Verankerung von *Palliative Care* in der gesundheitlichen Regelversorgung aller europäischen Länder, unterstützt durch eine adäquate Finanzierung, Ausbildung und Forschung, ist einer der wichtigsten Schritte, den Forderungen nach Legalisierung von Euthanasie bzw. ärztlich assistiertem Suizid eine wirksame Alternative entgegensetzen.

Die EAPC Ethics Task Force on Palliative Care and Euthanasia und ihre Arbeitsweise

Die Mitglieder der Ethics Task Force trafen sich insgesamt drei Mal: auf dem 7. Kongress der EAPC in Palermo, Italien (April 2001) [22], an der Fakultät für Medizin, Abteilung für angewandte klinische Forschung, Norwegische Universität für Naturwissenschaft und Technologie (NTNU) in Trondheim, Norwegen (September 2001) [23] und am Institut der Universität Kurt Bösch in Sion in der Schweiz (März 2002) [24].

Das methodische Vorgehen der Ethics Task Force beinhaltete eine umfassende Literaturzusammenstellung, die vom Schriftführer an die Mitglieder verteilt wurde. Anhand verschiedener Statements von Mitgliedern der Task Force wurde auf den insgesamt drei Treffen ein zusammenfassendes Positionspapier formuliert, das in Sion verabschiedet wurde. Das Positionspapier wurde dem Vorstand der EAPC im April 2002 vorgestellt und nach einigen weiteren Überarbeitungen veröffentlicht. Das Dokument stellt die Auffassungen der Mitglieder der EAPC dar, die

in die Ethics Task Force berufen wurden, und gilt nicht als offizielle Stellungnahme der Gesellschaft.¹

Die Arbeit der Ethics Task Force wurde durch zwei Manuskripte von Nathan Cherny, MBBS, FRACP (Israel), und Henk ten Have, MD PhD (Niederlande), die sehr hilfreich waren, wesentlich unterstützt. Wir danken beiden für ihren wichtigen Beitrag.

Den Gastgebern in Trondheim und in Sion sei für die Bereitstellung exzellenter Arbeitsbedingungen gedankt.

Die EAPC Ethics Task Force bestand aus folgenden Mitgliedern: (nach dem erstgenannten Vorsitzenden angeordnet in alphabetischer Reihenfolge der Nachnamen):

Lars Johan Materstvedt, PhD (Philosophy)
Chair & Secretary, Postdoctoral Research Fellow, The Norwegian Cancer Society, Oslo; Associate Professor, Department of Philosophy, Faculty of Arts, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway

David Clark, PhD (Sociology)
Professor of Medical Sociology, Division of Clinical Sciences (South), Section of Surgical and Anaesthetic Sciences, Academic Unit of Palliative Medicine, University of Sheffield and Associate Director, Trent Palliative Care Centre, Sheffield, UK

John Ellershaw, MA FRCP
Medical Director, Marie Curie Centre Liverpool; Consultant in Palliative Medicine/Honorary Senior Lecturer, Royal Liverpool University Hospitals, Liverpool, UK

Reidun Førde, MD PhD
Professor of Medical Ethics, University of Oslo; Head of the Council of ethics, The Norwegian Medical Association, Oslo, Norway

Anne-Marie Boeck Gravgaard, MD
Specialist in Internal Medicine and Family Medicine, Vice President, SFPM, Swedish Association of Palliative Medicine, Helsingborgs Hospice, Helsingborg, Sweden

Hans-Christof Müller-Busch, MD PhD
Priv.-Doz. Dr., Ltd. Arzt Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe; Abt. für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie, Berlin, Deutschland

Josep Porta i Sales, MD PhD, BA (Bioethics)
Consultant in Internal Medicine, Consultant in the Palliative Care Service, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet L., Barcelona, Spain

Charles-Henri Rapin, MD PhD
Professor of Geriatrics, Médecin-chef de service, Policlinique der Gériatrie, Genève, Switzerland.

¹ Der Vorstand der EAPC erklärte im Juni 2003 die Stellungnahme der Ethics Task Force zur offiziellen Position der EAPC (siehe Hinweis und zudem: <http://www.eapcnet.org/projects/ethics.asp>).

- ¹ Roy DJ, Rapin C-H the EAPC Board of Directors. Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care* 1994; 1: 57 – 59. [http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/Euthanasiastatement94\(E\).pdf](http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/Euthanasiastatement94(E).pdf)
- ² Haverkate I, Onwuteaka-Philipsen BD, Heide A van der, Kostense PJ, Wal G van der, Maas PJ van der. Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *BMJ* 2000; 321: 865 – 866. <http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/865>
- ³ Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996. <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rottiamentmentact96.pdf>
- ⁴ Parliament of Australia. <http://www.aph.gov.au/>
- ⁵ The Oregon Death with Dignity Act. Ballot measure no 16. Oregon Revised Statute § 127.800 – 127.897. <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ors.cfm>
- ⁶ The Netherlands Department of Justice. Press Releases. http://www.justitie.nl/english/press/press_releases/archive/archive_2001/100401Bill.asp
- ⁷ The Netherlands Ministry of Foreign Affairs. Euthanasia Policy. http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ257609
- ⁸ Kimsma G, Leeuwen E van. The new Dutch law on legalizing physician – assisted death. *Cambridge Q Health Care Ethics* 2001; 10: 445 – 450
- ⁹ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ416729&CMS_NOCOOKIES=YES
- ¹⁰ Belgium legalizes euthanasia. *BBC News*, 16 May 2002. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1991995.stm>
- ¹¹ Hume D. *A treatise of human nature*. Selby-Bigge LA ed. Oxford: Oxford University Press, 1958
- ¹² Have H ten, Janssens R (eds). *Palliative care in Europe: concepts and policies*. Amsterdam: IOS Press, 2001
- ¹³ Have H ten, Clark D (eds). *The ethics of palliative care: European perspectives*. Facing death series. Oxford: Open University Press, 2002
- ¹⁴ Clark D, Have H ten, Janssens R. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliat Med* 2000; 14: 479 – 490
- ¹⁵ The EAPC definition of palliative care. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>
- ¹⁶ World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Technical Report Series 804. Geneva: 1990. <http://bookorders.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=10&codcch=804>
- ¹⁷ Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Sympt Manage* 2002; 24: 91 – 96. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- ¹⁸ Materstvedt LJ, Kaasa S. Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia – with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliat Med* 2002; 16: 17 – 32
- ¹⁹ Griffiths J, Bood A, Weyers H. *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998
- ²⁰ Kimsma GK. Euthanasia and euthanizing drugs in the Netherlands. In: Battin MP, Lipman AG (eds): *Drug use in assisted suicide and euthanasia*. New York: The Havorth Press, 1996: 193 – 210
- ²¹ Kimsma GK, Leeuwen E van. Comparing two euthanasia protocols: the Free University of Amsterdam Academic Hospital and the Medical Center of Alkmaar. In: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C (eds): *Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia*. Dordrecht: Kluwer, 1998: 115 – 133
- ²² Seventh EAPC Congress. <http://www.kenes.com/eapc/>
- ²³ Norwegian University of Science and Technology (NTNU). <http://www.ntnu.no/indexe.php>
- ²⁴ Institut Universitaire Kurt Bösch. <http://www.iukb.ch/>