

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Seinen Tod verschlafen? Sedierung
am Lebensende im Spannungsfeld
zwischen Abschiednehmen und
Verdrängen**

Salomon F

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2007; 8 (2), 19-22

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Seinen Tod verschlafen? Sedierung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Abschiednehmen und Verdrängen

F. Salomon

Die Einstellung zu Sterben und Tod hatte im Laufe der Geschichte viele Ausprägungen. Heute ist die unmittelbare Erfahrung mit Sterben und Tod durch die gestiegene Lebenserwartung, die angewachsene Leistungsfähigkeit der Medizin und die veränderten Familienstrukturen selten geworden. Dennoch bleibt der Mensch sterblich. Damit kann er unterschiedlich umgehen. Es gibt Wege der Leugnung und Verdrängung, aber auch eine bejahende Haltung, die den Abschied erleichtern kann. Sowohl kurative als auch palliative Medizin sind gleichwertige Ziele ärztlichen Handelns, sodaß auch Sterbebegleitung zur ärztlichen Aufgabe wird. Neben den Wünschen nach einem bestimmten Ort und einer unbelastenden Art des Sterbens tritt zunehmend der Wunsch nach Sedierung am Lebensende. Terminale Sedierung kann zum einen der Todesleugnung und -verdrängung dienen, aber auch eine Hilfe sein, die Sterblichkeit anzuerkennen. Es werden Anregungen gegeben, sie positiv zur Sterbebegleitung und menschenwürdigen Gestaltung des Lebensendes zu nutzen.

Schlüsselwörter: Terminale Sedierung, Sterbebegleitung, Sterbewünsche, Palliativmedizin

Missing One's Death by Oversleeping? Sedation at the End of Life: Area of Conflict between Parting and Suppression. There are different views of dying and death in history. Today, people seldomly have direct experience of dying and death because of risen life expectancy, increase of ability in medical science and structural change of family. In spite of this man remains mortal. This fact can be handled differently. Men may deny and suppress dying or may have a positive attitude towards death, which makes parting easier. Both curative and palliative medicine are aims of equal value in a physician's treatment. So taking care of dying people is a physician's task, too. Besides wishes about where to die and to die without pain there arise requests for sedation at the end of life. On one hand, terminal sedation may help to deny and suppress death but, on the other hand, it may help to accept mortality. Ideas are given using terminal sedation as part of human arrangements at the end of life. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2007; 8 (2): 19–22.

Key words: terminal sedation, wishes to die, palliative medicine

Gewandelte Einstellung zu Sterben und Tod

Die Einstellung zu Sterben und Tod hat sich im Laufe der Jahrhunderte in unserem Kulturkreis gewandelt (Abb. 1) und damit auch die Vorstellung, wie dieser letzte Lebensabschnitt angemessen gestaltet werden sollte [1]. Die Geschichte des Todes liefert sehr unterschiedliche Bilder.



Abbildung 1: Prüfungen der letzten Stunde, ca. 1500. Quelle: cod. marc. Lat. I, 99 (= 2138), Breviarium Grimani, f. 449v. Mit freundlicher Genehmigung der Biblioteca Nazionale Marciana, Venedig.

Aus der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Lippe-Lemgo
Korrespondenzadresse: PD Dr. med. Fred Salomon, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Lippe-Lemgo, D-32657 Lemgo, Rintelner Straße 85; E-Mail: fred.salomon@klinikum-lippe.de

Da ist zum einen die distanziert wirkende Haltung der stoischen Philosophie mit der prägnanten Aussage Epikurs (342–271 v. Chr.): „Der Tod geht uns nichts an. Denn solange wir existieren, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, existieren wir nicht mehr“ (Brief an Menoikeus, Abs. 125). Dann gibt es z. B. im 15. Jahrhundert abschreckende Darstellungen des Todes mit verfallenen und schrecklich von Insekten und anderem Getier zerfressenen Körpern [2]. Demgegenüber stehen die Darstellungen von Liebesszenen mit dem Tod als Liebhaber in der nekrophilen Verbindung von Tod und Erotik im 18. Jahrhundert [3]. Die immens angewachsene Leistungsfähigkeit der Medizin im 20. Jahrhundert hat die derzeitige Haltung geprägt. Der Tod ist medizinisch handhabbar geworden. Er läßt sich verhindern und auch bei schweren Erkrankungen lange aufhalten. Schmerzen als Begleiterscheinungen im Sterben machen Angst und haben den Wunsch nach suffizienter Analgesie laut werden lassen. Der Einsatz der verfügbaren potenten Schmerzmittel wird auch mit dem Argument gefordert, symptomkontrolliert durch Schmerzfreiheit sein Leben würdevoller beschließen und bewußter Abschied nehmen zu können.

In den letzten Jahren tritt dazu ergänzend ein weiterer Wunsch in den Vordergrund, der nach palliativer und terminaler Sedierung. In belastenden Phasen das Bewußtsein dämpfen oder ausschalten, auch in seinen Tod hinein schlafen – das Thema kommt zunehmend in den Blick, sowohl für Ärzte und Pflegende als auch für Menschen, die an ihr eigenes Sterben denken [4, 5].

Gestiegene Lebenserwartung

Die gestiegene Lebenserwartung seit Beginn des 20. Jahrhunderts, bedingt durch eine deutlich gesunkene Säuglings- und Kindersterblichkeit einerseits und eine bessere medizinische Versorgung bei lebensbedrohlichen Erkran-

kungen im Erwachsenenalter andererseits, hat neben den sozialen Entwicklungen veränderter Familienstrukturen dazu beigetragen, daß Sterben und Tod immer weniger im üblichen Lebensalltag erfahren werden. Ein großer Teil derer, die ärztliche oder pflegerische Berufe ergreifen, haben zu Beginn ihrer Ausbildung noch keine unmittelbare Berührung mit sterbenden Menschen gehabt.

Wenn der Tod nicht mehr als selbstverständliche Erfahrung in der zwischenmenschlichen Beziehung erlebt wird und die ansteigende Lebenserwartung dazu beiträgt, die eigene Sterblichkeit in immer weiterer Ferne zu sehen, so ist eine Gesellschaft dem individuellen Tod zunehmend entfremdet [6]. In dieselbe Richtung wirkt die Faszination verbreitende Ausweitung der medizinischen Therapiemöglichkeiten des vergangenen Jahrhunderts, die eine nahezu unbegrenzte Reparatur am menschlichen Körper bis hin zum Austausch defekter Teile und Systeme möglich erscheinen läßt, durch z. B. Bluttransfusion, Gefäß- und Nerven-nähte, Antibiotika- und andere Pharmakotherapien, Dialyse, Intensivmedizin, Kardiochirurgie, Neurochirurgie, Organtransplantation, Chemo- und Strahlentherapie, Stammzelltherapie oder Interventionen am Genom.

Daran anknüpfende Visionen beinhalten eine potentielle Unsterblichkeit des Menschen, die sich in makaber anmutenden Bemühungen zu realisieren versuchen, so z. B. sich – erstmals 1967 praktiziert – nach dem Tod in Stickstoff einfrieren zu lassen (Hibernationsschlaf), um tiefgekühlt die Zeit abzuwarten, bis für die tödliche Erkrankung eine Therapie gefunden sein wird, und dann zu dieser Behandlung wieder aufgetaut zu werden [3].

Umgehen mit der Sterblichkeit

Wenn auch die durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen in Deutschland, Österreich und der Schweiz zwischen 76 und 79 Jahren für Knaben und rund 82 und 84 Jahren für Mädchen liegt [7–9], und diese Zahlen kontinuierlich gestiegen sind und voraussichtlich auch noch weiter ansteigen werden, ist damit der Tod dennoch nicht abgeschafft, sondern nur hinausgeschoben. Der Mensch ist und bleibt trotz mancher selbst daran zweifelnden Visionen weiterhin sterblich. Dieser Sterblichkeit müssen wir uns stellen, wie es unsere Vorfahren auch schon immer tun mußten.

Der Soziologe Norbert Elias (1897–1990) differenziert „... verschiedene Möglichkeiten, sich mit der Tatsache auseinanderzusetzen, daß jedes Leben, also auch das der Menschen, ein Ende hat, und das eigene Leben, ein Ende hat“ [6]. Zum einen nennt er die Mythologisierung des Todes durch die in verschiedenen Kulturen und Religionen formulierten Vorstellungen eines gemeinsamen Weiterlebens, sei es im Hades, in Walhall, der Hölle oder im Paradies. Zum zweiten kann man dem Gedanken an den Tod aus dem Wege gehen, ihn verdecken oder verdrängen. Ein dritter Weg ist nach Elias der Glaube an die persönliche Unsterblichkeit, die sich in Haltungen ausdrückt wie „andere sterben, aber ich nicht“. Dazu kann als makaber anmutende Variante auch die Tiefkühlagerung bis zur Heilbarkeit durch eine weiterentwickelte Medizin gezählt werden. Philosophisch steht hinter allen drei Wegen das Problem, sich selbst als tot denken zu können, wie es schon Immanuel Kant (1724–1804) formuliert hat: „Der Gedanke: ich bin nicht, kann gar nicht existieren, denn bin ich nicht, so kann ich mir auch nicht bewußt werden, daß ich nicht bin“ [10].

Neben diesen Möglichkeiten, den Tod zu leugnen, gibt es auch die bejahende Haltung, nämlich dem Tod als Gegebenheit der menschlichen Existenz ins Auge zu sehen und sein Leben danach zu konzipieren. Auf dieser Basis kann man sich darum bemühen, den unvermeidlichen Abschied „so leicht und angenehm zu machen wie möglich“. Als Elias 1982 diese Gedanken veröffentlicht, hält er die Frage, wie das zu erreichen ist, für eine in der Gesellschaft kaum gestellte.

Das hat sich geändert. Die Literatur dazu ist umfangreich und eine Recherche im Internet unter dem Stichwort „terminale Sedierung“ oder „terminal sedation“ ergibt eine nicht mehr überschaubare Menge von Beiträgen.

Warum hat das Thema so an Bedeutung gewonnen? Ist es Ausdruck einer Haltung, die dem Tod als Gegebenheit ins Auge sieht, oder dient Sedierung am Lebensende letztlich nicht auch den drei bei Elias erstgenannten Möglichkeiten, nämlich die Sterblichkeit zu verdrängen, den Tod in einen Schlaf umzudeuten und ihm so die Bedrohlichkeit zu nehmen, wie es der euphemistische Begriff „entschlafen“ auch versucht?

Das Konzept der Verdrängung, in der Psychoanalyse nach Vorarbeiten von Sigmund Freud (1856–1939) von seiner Tochter Anna Freud (1895–1982) ausgearbeitet [11], erfaßt einen von mehreren Abwehrmechanismen, mit dem bedrohliche Erlebnisse oder Vorstellungen aus dem Bewußtsein ausgegliedert werden. Da Sterben und Tod zu den größten Bedrohungen für den Menschen gehören, mobilisieren sie zum Selbstschutz Abwehrmechanismen.

Ziele ärztlichen Handelns

Nachdem lange als Ziel ärztlichen Tuns verstanden wurde, Leben und Gesundheit zu erhalten sowie Krankheit und Tod zu verhindern, wird seit wenigen Jahren auch die Sterbebegleitung als ärztliche Aufgabe begriffen. So formulierte die Bundesärztekammer in Deutschland 2004 erstmals: „Aufgabe des Arztes ist es, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“ [12]. Wurden in der Medizingeschichte Heilungsbemühen und Sterbebegleitung immer wieder voneinander getrennt („Wenn der Pfarrer kommt, geht der Arzt“), so ist mit dem neuen Denkansatz die palliative Medizin gleichrangig neben die kurative gestellt, beide als ärztliche Aufgabe. Es geht um die adäquate Anpassung des Therapieziels, nicht um Rückzug aus der ärztlichen Zuständigkeit.

Auch Klinikleitbilder beinhalten inzwischen das Angebot der Sterbebegleitung, z. B. heißt es in unserem Klinikum: „Die Achtung des menschlichen Lebens bedeutet für uns auch, Schmerzen, Leiden und Tod miteinander zu tragen und auszuhalten, wenn Heilung trotz unserer weit entwickelten Medizintechnologie und -fachkunde nicht erreichbar ist.“ Hinter einer solchen Formulierung verbergen sich Angebot und Erwartung eines begleiteten Sterbens, wie es in der Hospizidee oder bei Kübler-Ross dargestellt ist [13].

Wo sterben?

Begleitetes Sterben in vertrauter Umgebung – das ist ein Wunsch, der in unterschiedlichen Erhebungen von der Mehrheit der Befragten in verschiedenen Ländern

geäußert wird, möglichst zu Hause in Anwesenheit von nahestehenden Menschen [14–16]. Die Zahlen bewegen sich zwischen 75 % und 97 %, die sich dieses Umfeld für den Abschied wünschen.

Menschen, die Sterben und Tod eines nahen Angehörigen auf einer Intensivstation erlebt haben, danach gefragt, ob der Angehörige nicht doch besser zu Hause gestorben wäre, bejahen diese Frage aber nur zu weniger als 50 % [16]. Darin kann sich die Belastung des Sterbens und Abschiednehmens für die Überlebenden ausdrücken, die man sich als Begleitende nicht zumuten möchte, wenn man sie für sich als Sterbende auch bevorzugt. Oder sie ist eine positive Beurteilung des ermöglichten und erlebten Abschieds inmitten der Intensivstation.

In Gesprächen und vielen Mediendarstellungen wird als Ideal das Sterben im Familien- und Freundeskreis früherer Zeiten auch mit Teilnahme der Nachbarschaft beschworen [2, 17]. Dagegen wird vielfach mit Bedauern für die Gegenwart angenommen, daß nur ein verschwindend geringer Anteil von Menschen so stirbt, die Überzahl dagegen in Institutionen, Kliniken und Pflegeheimen. Wie sieht die Realität aus?

Seit vielen Jahren liegt der Anteil derer, die in Kliniken sterben, in Deutschland bei ca. 50 % der Todesfälle [7]. Die anderen Sterbeorte werden in Deutschland trotz der sonstigen Dokumentationsakribie nicht zentral erfaßt und differenziert. Das kann Indiz dafür sein, daß sich die Gesellschaft dieser Frage nicht stellen möchte. Einzelne Erhebungen aus unterschiedlichen Regionen und Zeiten geben aber Hinweise. Dabei fällt auf, daß doch ein nicht unerheblicher Anteil der Menschen in Deutschland zu Hause ihr Leben beschließt: Stadt Frankfurt/M. (2000) ca. 30 % [18], Bundesland Rheinland-Pfalz (1995) ca. 40 % [15], Kreis Lippe (1999) 30 % [19]. Das wird durch ambulante Palliativ- und Hospizdienste unterstützt und erleichtert. Eine differenzierte Betrachtung zeigt Unterschiede nach Altersstufen, Geschlecht und sozialem Umfeld.

Wie sterben?

Repräsentative Umfragen in Deutschland zeigen, daß kein langer Abschied gewünscht, sondern von ca. 60 % der plötzliche Tod als Ideal gesehen wird. Nur ca. 12 % möchten bewußt und begleitet Abschied nehmen, 25 % haben sich darüber keine Gedanken gemacht [20]. Während in früheren Jahrhunderten der plötzliche Tod als Strafe Gottes galt, gilt heute der akute Herz-Kreislauf-Tod als gut. Wenn es auch für die Hinterbliebenen traumatisierend ist, weil sie sich nicht darauf einstellen können, wird der schnelle Tod für den Verstorbenen positiv gewertet, weil er „nicht lange leiden“ oder belastende Abhängigkeiten ertragen mußte. Reinhard Mey bringt das in einem Lied auf den Punkt: „Ich möcht' im Stehen sterben – wie ein Baum, den man fällt.“ Man muß diesen Wunsch allerdings danach differenzieren, ob es sich um ein im weiteren Sinne natürliches Sterben infolge tödlicher Erkrankungen oder um Sterben durch Unfall, Tötung oder bei Katastrophen handelt.

Bei absehbarem Lebensende infolge unheilbarer Erkrankung steht in der Thüringer Befragung [14] der Wunsch nach Schmerzfreiheit im Vordergrund (89 %), aber auch der Wunsch, in Ruhe zu sterben (46 %). Ein großer Teil der Befragten möchte, daß dann jemand auf Bitte den Tod herbeiführen kann, zum einen durch Verzicht (72 %), aber

auch durch aktives Tun (66 %). 21 % würden sich auch selbst das Leben nehmen wollen.

Die Wünsche zielen unabhängig von ihrer ethischen und rechtlichen Bewertung alle darauf ab, ein möglichst kurzes oder wenig belastendes Sterben zu haben. Das drückt sich auch in der lebhaften Diskussion um die Fragen von Sterbehilfe und assistiertem Suizid in Europa aus.

Sedierung – Pro und Kontra

Ein kurzes, wenig belastendes Sterben, ein plötzlicher Tod, der Leiden gering hält, aber auch lange Überlegungen, Lebensbilanzen, Konflikte und Belastungen für den Verstorbenen verhindert, möglichst in vertrauter Umgebung – das ist das Ideal, wenn man die Sterblichkeit schon nicht abschaffen kann. Abends sich zur Ruhe legen und morgens nicht mehr aufwachen. Oder wie es mir wiederholt unheilbar Erkrankte bei Anästhesiebeginn vor einer Operation sagten: „Am liebsten möchte ich aus der Narkose nicht mehr aufwachen.“

Norbert Elias favorisiert, der Sterblichkeit ins Auge zu sehen, um den Abschied leicht und angenehm zu machen, die Bundesärztekammer nennt als Therapieziel auch „Leiden lindern“. Ist Sedierung am Lebensende damit auch legitimiert? Sie erfüllt ja ohne Zweifel die formulierten Ziele von Erleichterung und Linderung. Oder ist Sedierung am Lebensende gerade Ausdruck davon, die Augen vor der Sterblichkeit zu verschließen, also ein nächster Schritt in der Kulturgeschichte des Todes im Abendland [1], mit Hilfe medizinischer Möglichkeiten den handhabbaren Tod nicht wahrhaben und ihn pharmakologisch assistiert verdrängen zu wollen?

Welche Richtung in der Kulturgeschichte des Todes die terminale Sedierung eröffnet, hängt davon ab, mit welchem Motiv und wie sie eingesetzt wird [21]. Sie ermöglicht es, den Tod nicht wahrhaben zu wollen, sich der Belastung des endgültigen Abschieds für Sterbende und Weiterlebende nicht zu stellen. Sie ermöglicht das Abschieben, das Hinausschicken des Sterbenden aus der aktuellen Beziehung. Sie kann so den Sterbenden in die von Elias beklagte Einsamkeit führen [6]. Sie hilft damit, das Bedrohliche des Sterbens und Todes zu verdrängen und die konstruktive Auseinandersetzung mit unserer Sterblichkeit zu verhindern. Und sie ermöglicht neben allen psychosozial problematischen Aspekten außerdem eine verdeckte Tötung, weil die Grenze nicht scharf zu ziehen ist [22, 23].

Die Sedierung kann aber auch so genutzt werden, daß sie den von Elias und der Bundesärztekammer angestrebten Zielen entspricht. Dazu ist es wichtig, daß sie kritisch, transparent und gut dokumentiert eingesetzt wird [5, 24]. Ihr vorausgehen muß die bestmögliche Therapie der belastenden Symptome und sie muß eingebettet sein in eine gute psychosoziale und zugewandte Umgebung. Sie ist an die Autonomie des Sterbenden geknüpft und muß daher einvernehmlich mit ihm oder nach seinem mutmaßlichen Willen erfolgen. Das beinhaltet auch, daß offene Angelegenheiten für den Sterbenden zuvor befriedigend geregelt worden sind und ein Abschiednehmen möglich ist.

Die Sedierung ist unter diesen Voraussetzungen im Unterschied zu dem Algorithmus bei Beck [24] auch vertretbar, wenn Symptome optimal beherrscht werden und die

„ganzheitliche Umsorgung“ effektiv ist. Dem Sterbenden darf sein Wunsch nach Schlaf in den Tod nicht verwehrt werden, wenn er – auch nach Regelung aller Angelegenheiten – weiter diesen Wunsch hat. Eine Verweigerung könnte ihm den Abschied erschweren. Terminale Sedierung muß nicht nur auf Situationen beschränkt sein, bei der körperliche Symptome nicht anders beherrschbar sind. Sie ist nicht *ultima ratio*, sondern eine Facette von Sterbegleitung.

Zu einer positiv zu wertenden Sedierung am Lebensende gehört dann aber auch, den Sterbenden nicht zu verlassen. Wie man einem einschlafenden Kind durch die Nähe am Bett Aufmerksamkeit widmet und Zuwendung zeigt, so kann ein sterbender Mensch in der Gewißheit der Nähe vertrauter Menschen in Ruhe in seinen Tod hineinschlafen. Diese vertrauten Menschen können auch die sein, die sich ihm in den letzten Stunden beruflich, fürsorglich zugewandt haben, wenn andere nicht da sind.

Terminale Sedierung ist menschenwürdig, wenn sich in ihr ausdrückt, daß der Sterbende seine Bedeutung für andere Menschen nicht verloren hat und er nicht in die Einsamkeit abgeschoben werden soll. Angenommenes Sterben kann auf diesem Weg durch terminale Sedierung unterstützt werden.

Literatur:

1. Ariès P. Geschichte des Todes. Carl Hanser Verlag, München, 1980.
2. Grof S. Totenbücher. Bilder vom Leben und Sterben. Kösel, München, 1994.
3. Condrau G. Der Mensch und sein Tod. 2. überarb. Aufl. Kreuz-Verlag, Zürich, 1991.
4. Kaldjian LC, Jekel JF, Bernene JL, Rosenthal GE, Vaughan-Sarrazin M, Duffy TP. Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care. J Med Ethics 2004; 30: 499–503.
5. Müller-Busch H. „Terminale Sedierung“ – Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene? Ethik Med 2004; 16: 369–77.
6. Elias N. Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen (1982). In: Elias N. Gesammelte Schriften. Bd 6. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M., 2002; 9–69.
7. Statistisches Bundesamt. <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php>. Gesehen 22.2.2007.
8. Statistik Austria. http://www.statistik.at/fachbereich_03/bevoelkerung_tab6.shtml. Gesehen 22.2.2007.
9. Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/lebenserwartung.html>. Gesehen 22.2.2007.
10. Kant I. Anthropologie in pragmatischer Hinsicht (1798). In: Weischedel W (Hrsg). Immanuel Kant. Werke in sechs Bänden. Bd IV. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1998.
11. Freud A. Das Ich und die Abwehrmechanismen (1936). Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M., 1984.
12. Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Dtsch Ärztebl 2004; 101: B 1076–B 1077.
13. Kübler-Ross E. Leben bis wir Abschied nehmen. Kreuz-Verlag, Stuttgart-Berlin, 1979.
14. Dreßel G, Erdmann B, Hausmann C, Hildenbrand B, Oorschot B. Sterben und Tod in Thüringen. Friedrich-Schiller-Universität Jena, 2001. http://pflege.sw.fh-jena.de/hospiz/pdf/sterben_und_tod.pdf
15. Ochsmann R, Slangen K, Feith G, Klein T, Seibert A. Sterbeorte in Rheinland-Pfalz: zur Demographie des Todes. In: Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie (Hrsg). Beiträge zur Thanatologie 1997; 8. <http://www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft08.pdf>.
16. Salomon F. Leben und Sterben in der Intensivmedizin. 2. Aufl. W. Pabst, Lengerich, 1996.
17. Göring-Eckardt K (Hrsg). Würdig leben bis zuletzt. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2007.
18. Inbas-Sozialforschung Frankfurt/M. 22.2.2007. <http://www.inbas-sozialforschung.de/download/Sachstandsbericht-FFM-6.pdf>
19. Koch G. Analyse von Todesbescheinigungen in einem abgegrenzten ländlichen Gebiet in der Peripherie eines rechtsmedizinischen Einzugsbereiches im Kreis Lippe, Dissertation Universität Münster, 2004. <http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1482/promotion.pdf>
20. Deutsche Hospiz Stiftung. Meinungen zum Sterben (Emnid Umfrage 2001). 27.2.2007. <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/08.pdf>
21. Neitzke G, Frewer A. Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinethischen Kultur am Lebensende. Ethik Med 2004; 16: 323–33.
22. Jochemsen H. Sterbehilfe und Palliativpflege in den Niederlanden. In: Göring-Eckardt K (Hrsg). Würdig leben bis zuletzt. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2007; 87–98.
23. Den Hartogh GA. Zur Unterscheidung von terminaler Sedierung und Sterbehilfe. Ethik Med 2004; 16: 378–91.
24. Beck D. Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar? Ethik Med 2004; 16: 334–41.



PD Dr. med. Fred Salomon

Geboren 1948, Studium und Staatsexamina Evangelische Theologie und Humanmedizin. Facharzt für Anästhesie. Habilitation für Ethik in der Medizin 1990 an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Seit 1990 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Lippe-Lemgo. Lehrauftrag für Ethik in der Medizin an den Universitäten Gießen und Ulm. Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin und der Arbeitsgruppe Pflege und Ethik. Publikationen und Vorträge zu ethischen Fragen von Organtransplantation, Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin, zum Menschenbild in der Medizin, zur Wahrheit am Krankenbett, zu Grenzfragen zwischen Theologie und Medizin und zur Vermittlung von Ethik im Unterricht.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)