

# ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID

## Reflexionen eines Palliativmediziners

**CHRISTOPH OSTGATHE** || Jeder im Gesundheitsbereich Tätige wird, wenn die Behandlung und Begleitung schwerkranker Menschen zu seinen Aufgaben gehört, mehr oder weniger häufig mit Patienten konfrontiert sein, die den Wunsch äußern, das Sterben zu beschleunigen. Daher ist die gegenwärtig geführte öffentliche Diskussion längst überfällig. In meinem Beitrag möchte ich neben den Definitionen, der (standes-)rechtlichen Situation und der Wirksamkeit der Sorgfaltskriterien, den Umgang mit Todeswünschen von schwerkranken und sterbenden Menschen als Palliativmediziner aus klinisch-praktischer Sicht eines Palliativmediziners reflektieren.

### DEFINITIONEN

Zunächst sollen die Definitionen der sogenannten Sterbehilfe-Debatte konkretisiert werden. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Begrifflichkeiten kommt es immer wieder zu falschen Zuschreibungen und Verwirrungen. Die bisher übliche Terminologie sollte daher aus meiner Sicht verlassen werden.

Selbst in Personenkreisen, die sich von Berufs wegen mit diesen Themen befassen müssen, z. B. bei Betreuungsrichtern, werden die Begriffe häufig falschen Definitionen zugeordnet. Auf die Frage, wie Betreuungsrichter bestimmte Maßnahmen, z. B. den Verzicht auf / Beendigung von künstlicher Beatmung beurteilen würden, antwortete ein signifikanter Anteil der Befragten, dass sie dies als „aktive Sterbehilfe“ einschätzen würden.<sup>1</sup>

Entsprechende Befragungen mit ähnlichen Ergebnissen gibt es auch bei Ärzten.

Der Verzicht respektive die Beendigung einer medizinischen Maßnahme würden wir heute nach Empfehlungen des Nationalen Ethikrates eher als „Sterben zulassen“ (früher „passive Sterbehilfe“) bezeichnen. Die früher so benannte „indirekte Sterbehilfe“ sollte man besser als „Therapien am Lebensende“ bezeichnen. Hiermit werden symptomlindernde, in aller Regel medikamentöse Maßnahmen beschrieben.

Wesentlich ist hier die Intention, die auf bestmögliche Symptomlinderung abzielt; eine potenzielle Lebensverkürzung wird nicht angestrebt, aber als unbeabsichtigte Nebenwirkung in Kauf genommen. Die „Beihilfe zum Suizid“ hat sich in der Nomenklatur nicht wesentlich geändert. Die „aktive Sterbehilfe“ sollte durch den im Gesetzestext genutzten Begriff der „Tötung auf Verlangen“ ersetzt werden. Es hilft sehr, die Diskussion zu versachlichen, wenn wir uns auf diese Begriffe einigen.

Tabelle 1: Terminologie und Definitionen<sup>2</sup>

Alte Terminologie	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Definition
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen (Beenden) lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen.
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	Mögliche Beschleunigung des Todeseintrittes als unbeabsichtigte Nebenwirkung der medikamentösen Symptomlinderung. Im Vordergrund steht die Intention respektive Indikation der genutzten Maßnahmen: Handlungsleitend ist grundsätzlich der Bedarf an Symptomlinderung und nicht eine Beschleunigung des Sterbens.
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung	Einem Menschen, der sich selbst tötet, Beihilfe leisten. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben; sie kann zum Beispiel darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im Ausland zu fahren, Medikamente zu verordnen oder zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen.
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	Tötung auf Verlangen liegt vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt.

### RECHTLICHE SITUATION IN DEUTSCHLAND

Das Sterben zuzulassen ist in Deutschland rechtlich möglich. Viele ärztliche Kollegen tun sich dennoch schwer, auf medizinisch machbare Therapiemaßnahmen, die das Leben verlängern könnten, zu verzichten oder diese zu beenden. Oft steht hier die Angst vor rechtlichen Konsequenzen im Vordergrund. Dies führt nicht selten dazu, lebenserhaltende Maßnahmen fortzuführen, was im Einzelfall den Sterbeprozess verzögern kann. Beispielhaft sei die künstliche Flüssigkeitsgabe in der Sterbephase genannt; hier gilt es abzuwägen, ob der Sterbende von der Maßnahme profitiert oder ob sie gar eine

Belastung darstellt. Es ist rechtlich möglich, in vielen Situationen sogar ethisch geboten, am Lebensende auf künstliche Flüssigkeitszufuhr zu verzichten oder diese zu beenden.

Auch Therapien am Lebensende, die eine unbeabsichtigte, aber potenzielle Lebensverkürzung als Nebenwirkung mit sich bringen können, sind erlaubt, wenn die Intention Symptomlinderung und nicht Lebensverkürzung ist. Aus klinischer Erfahrung ist Letzteres eher ein theoretisches Konstrukt. Es erscheint in der Praxis eher so, dass eine gute Symptomkontrolle sogar lebensverlängernd wirken kann.

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland in aller Regel nicht strafbewehrt. Der Suizid selbst ist nicht strafbar, so kann auch eine Beihilfe zu einer nicht strafbaren Handlung selbst nicht strafbar sein. In Deutschland haben wir somit eine Gesetzgebung, die deutlich liberaler als in vielen anderen Ländern ist. Einschränkend bezogen auf die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ist das ärztliche Standesrecht, auf das später noch eingegangen wird. Tötung auf Verlangen ist gemäß § 216 in Deutschland verboten.

### **DIE RECHTLICHE SITUATION IN ANDEREN LÄNDERN**

In den Niederlanden wird Tötung auf Verlangen (dort Euthanasie genannt) im Falle der Einhaltung definierter Sorgfaltskriterien nicht strafrechtlich verfolgt. Die Möglichkeit zur Tötung auf Verlangen schließt auch Kinder und Jugendliche mit ein. Im Alter 12 bis 15 muss die Einwilligung der Eltern vorliegen; ab 16 Jahre können Jugendliche selbst entscheiden. Die Situation in Belgien stellt sich ähnlich dar. Tötung auf Verlangen bzw. Tötung auf Wunsch der Eltern ist jedoch in jedem Lebensalter, so auch bei Säuglingen, möglich. In der Schweiz ist der assistierte Suizid bzw. der ärztlich assistierte Suizid gesetzlich geregelt. In Luxemburg sind seit 2009 Tötung auf Verlangen und der ärztlich assistierte Suizid geregelt. In Oregon wie auch einigen weiteren Bundesstaaten und Regionen der USA ist unter bestimmten Sorgfaltskriterien eine Durchführung ärztlich assistierten Suizids möglich.

### **EVIDENZ UND EFFIZIENZ VON GESETZLICHEN SORGFALTSKRITERIEN**

In den meisten Staaten, in denen es Öffnungsregelungen zu Tötung auf Verlangen respektive Beihilfe zur Selbsttötung gibt, sind sogenannte Sorgfaltskriterien eingesetzt worden. Auch in Deutschland werden im gegenwärtigen Diskurs von Befürwortern einer gesetzlichen Regelung Sorgfaltskriterien benannt. Sorgfaltskriterien haben zum Ziel, die Handlungspraxis zu kontrollieren und somit den Missbrauch einzudämmen und Fehlgebrauch zu vermeiden. Typische Kriterien sind das informierte Einverständnis,

die Hinzuziehung einer zweiten Meinung durch z. B. Psychiater oder Palliativmediziner, ein definiertes, meist längeres Zeitfenster zwischen Bitte und Durchführung und die eigentliche Durchführung durch einen Arzt.

Die Erfahrung zeigt leider, dass in den Ländern mit einer entsprechenden Gesetzgebung die gesetzten Sorgfaltskriterien nicht in der Lage sind, die in sie gesteckten Ziele zu erreichen. Dies soll an drei Beispielen verdeutlicht werden. Das stärkste Kriterium ist das informierte Einverständnis in jedwede Maßnahme. Die Praxis in den Niederlanden,<sup>3</sup> aber auch in Belgien<sup>4</sup> zeigt, dass dort Euthanasie auch ohne Einverständnis durchgeführt wird. Darüber hinaus sieht Oregon die Einschätzung eines zweiten Experten (Psychiater, Psychologen) vor. Im Jahre 2014 wurden nur 3 der 105 Patienten, die in Oregon durch Assistierten Suizid gestorben sind, formal psychiatrisch respektive psychologisch evaluiert.<sup>5</sup> Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass Menschen mit nicht ausreichend diagnostizierter / behandelter Depression eine Verschreibung für ein todbringendes Medikament erhalten. Auch hierfür gibt es Hinweise in der Literatur. Ganzini / Goy / Dobscha konnten zeigen, dass 1/6 der Patienten, die eine Verordnung für ein todbringendes Medikament erhielten, eine Depression hatten; von den Patienten mit einer Depression haben alle dieses dann auch eingenommen.<sup>6</sup>

In Belgien ist gesetzlich festgelegt, dass insbesondere bei Erkrankungen, die nicht unmittelbar zum Tode führen, zwischen Bitte und Durchführung mindestens ein Monat liegt. Es gibt Hinweise, dass dies beispielsweise in der Intensivmedizin nicht umgesetzt wird. Mit dem Hinweis auf die Benefizienz wird ein deutlich kürzerer Zeitraum beschrieben.<sup>7</sup>

### **ÄRZTLICHES STANDESRECHT IN DEUTSCHLAND UND DEN BUNDESLÄNDERN**

In der Musterberufsordnung wurde 2011 – nach Anpassung der Grundsätze zur Ärztlichen Sterbebegleitung im selben Jahr – der § 16 geändert. Dort heißt es nun: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patien-

ten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Dies kommt einem standesrechtliches Verbot gleich. In den Landesärztekammern, die sich eigene Landesberufsordnungen geben und somit für die Ärzte aus diesem Bundesland gelten, wurde dieser Passus sehr unterschiedlich übernommen, umformuliert oder ganz weggelassen.

Die Kammern in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Hessen, Saarland, Sachsen und Thüringen haben den Passus im § 16 wortwörtlich übernommen. Nordrhein-Westfalen hat zwei Kammerbezirke. Der Kammerbezirk Nordrhein hat den § 16 entsprechend der Muster-Berufsordnung übernommen.

Für Westfalen-Lippe wurde „dürfen keine“ durch „sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ ersetzt. In Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ist inhaltlich ein anderer Schwerpunkt gelegt worden. Dort heißt es in den Landesberufsordnungen: „Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“ Hier wird das „Sterben zulassen“ aufgenommen und die alte Nomenklatur genutzt, wenn davon gesprochen wird, dass der Arzt „das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen“ darf.

Ähnlich ist die Situation in Sachsen-Anhalt; hier heißt es, „der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen“. Darüber hinaus wird Bezug genommen auf die Würde, denn der „Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unbedingter Achtung ihres Willens beizustehen“. Hierbei bleibt unklar, inwieweit dann eine Hilfe beim Suizid aus der unbedingten Achtung des Willens heraus begründbar und somit standesrechtlich möglich wird.

Die Aussagen der Landesberufsordnungen in Bayern und Baden-Württemberg sind sehr allgemein und offen gehalten; hier heißt es, „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen“.

In Berlin wird die Berufsordnung ergänzt durch § 1 Abs. 3, in dem es heißt, „die Mitwirkung einer Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Diese sehr unterschiedliche Umsetzung der Musterberufsordnung zeigt auch die Heterogenität der Haltungen innerhalb der (verfassten) Ärzteschaft zu diesem komplexen Thema. Aus meiner Sicht verstärkt das, bei allem Verständnis für den Föderalismus, die allgemeine Verwirrung, wenn nicht sogar die in den Landesberufsordnungen zum Ausdruck gebrachten, sehr voneinander abweichenden Haltungen, die eine öffentliche Diskussion noch katalysieren.

## REFLEXION AUS DER PRAXIS DER PALLIATIVMEDIZIN

Jeder klinisch Tätige wird mit Menschen konfrontiert, die in irgendeiner Art und Weise einen Todeswunsch äußern. Ich bin sehr froh, wenn Patienten den Mut aufbringen, dies offen auszusprechen. Viele haben Angst davor, weil sie denken, dass sie durch das Aussprechen ihren Arzt oder das Team unter Druck setzen könnten oder gar schon was Ungesetzliches tun, wenn sie etwas vermeintlich Verbotenes fordern. Wir freuen uns über jeden, der das Vertrauen hat, diese Dinge mit uns zu besprechen. Wichtig ist es, zunächst einmal herauszufinden, um welche Form des Todeswunsches es sich handelt. Todeswünsche können unterschiedlich ausgeprägt sein, das Kontinuum reicht von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zur maximalen Form der Planung eines Suizids respektive Wünschen nach Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen. Der explizit geäußerte Wunsch nach assistiertem Suizid oder Tötung auf Verlangen ist im klinischen Alltag selten, stellt aber eine besondere Herausforderung für das gesamte therapeutische Team dar, mit der alle in die Behandlung und Begleitung eingebundenen Berufsgruppen in großer Verantwortung und Wertschätzung umzugehen haben.<sup>8</sup> Das Gespräch kann eine große Entlastung („denken dürfen“) für die Betroffenen und eine Bereicherung der Team-Patienten-Beziehung bedeuten.<sup>9</sup>

Darüber hinaus habe ich in den letzten Jahren gelernt, dass Todeswunsch und Lebenswille nicht als Polaritäten einer Dimension, sondern auch als zwei unabhängige und somit grundsätzlich gleichzeitig vorkommende Kategorien konzeptionalisiert werden sollten. Hierdurch kann sich die Situation ergeben, dass parallel zwei Hoffnungen – Hoffnung auf ein baldiges Ende des Lebens und Hoffnung auf mehr Leben – nebeneinander bestehen können, die sich in ihrem Ergebnis vermeintlich ausschließen, sieht man von der religiös geprägten Aussicht auf ewiges Leben ab.<sup>10</sup>

Dies wird in einem Zitat deutlich, das aus einem Forschungsinterview stammt: „Wenn mir jemand was geben und mir sagen würde, in zwei Sekunden ist es vorbei, ich würde es versuchen.“ Ein eindrucksvoll geäußertes Todeswunsch. Derselbe Patient sagt wenige Sätze später: „Ich möchte leben, oh Gott“ und beginnt, als er das sagt, zu weinen. Im Hinblick auf die Grundlagen der Palliativmedizin scheint es nicht unmöglich, hier beide Hoffnungen sinnvoll miteinander verbunden zu sehen. Ziel der Palliativversorgung ist es, durch bestmögliche Unterstützung Menschen im Sterben mehr Leben zu geben und gleichzeitig das Sterben nicht aufzuhalten, sich somit dem „Sterben wollen“ nicht entgegenzustellen.<sup>11</sup>

Ein weiterer wichtiger Aspekt in dieser Diskussion ist, dass Todeswünsche nicht immer gleich ausgeprägt, sondern über die Zeit variabel sind.

Es kann sein, dass wir einen Patienten kennenlernen, der uns sagt: „Ich möchte, dass du was tust, damit ich rasch versterbe.“ Derselbe Patient betont einige Zeit später nach suffizienter Unterstützung auf einmal: „Nein, ich möchte nicht sterben, ich möchte leben: Ich will noch so viele Dinge erleben und es gibt noch einiges, was ich zu erledigen habe.“ Diese klinische Erfahrung wird auch durch Forschungsansätze bestätigt. Rosenfeld und seine Arbeitsgruppe, die sich mit der psychometrischen Messung von Todeswünschen (Desire for Hastened Death) befasst, konnten sehr eindrucksvoll zeigen, dass der Todeswunsch bei terminal erkrankten Menschen selbst in den letzten Lebenswochen außerordentlich variabel ist.<sup>12</sup>

Folgende Herangehensweisen können hilfreich sein, um mit einem Todes- beziehungsweise Suizidwunsch angemessen umgehen zu können:<sup>13</sup>

- Darlegung, wie die bestmögliche palliativmedizinische Behandlung unter Einbindung multiprofessioneller und interdisziplinärer Angebote zur Verbesserung der vom Patienten als unerträglich empfundenen Situation aussehen könnte.
- Dem Patienten und seiner Familie sollten konkrete Entlastungsmöglichkeiten im häuslichen beziehungsweise im stationären Umfeld durch die verschiedenen in die Palliativversorgung eingebundenen Professionen aufgezeigt werden.
- Offene und respektvolle Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen über den Todeswunsch, die Motivationen, Bedürfnisse und Ängste des Patienten.
- Konkrete Auseinandersetzung mit den individuellen Problemen und Befürchtungen, die den Patienten belasten und den Todeswunsch motivieren.
- Bei einem Suizidwunsch aufgrund existenzieller innerer Not sollte dem Patienten zusätzliche Unterstützung angeboten werden, zum Beispiel mittels (Krisen-)Intervention durch Psychologen / Psychotherapeuten, Psychiater, Seelsorger, Sozialarbeiter oder andere Therapeuten.
- Immer sollte die Beendigung respektive der Verzicht auf lebenserhaltende Therapien als Möglichkeit, den Todeszeitpunkt nicht weiter hinauszuschieben, besprochen werden.
- Palliative Sedierung kann im Einzelfall, wenn therapierefraktäre Symptome Ursache des Sterbewunsches sind, indiziert sein. Ziel ist nicht die Beschleunigung des Todeseintrittes.
- Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann für einige Patienten eine mögliche Alternative sein. Auf solche Weise das Ende des eigenen Lebens herbeizuführen, dieses Vorhaben aber auch jederzeit unter beziehungsweise abbrechen zu können, ermöglicht diesen Patienten ein selbstbestimmtes Leben und Sterben.
- Aufklärung über die Ziele / Möglichkeiten einer palliativmedizinischen Begleitung.

**FAZIT**

Aus meiner Sicht braucht es in Deutschland dringend einen ernstgemeinten Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Schwerkranke und leidende Menschen brauchen die Verge-  
wässerung, dass ihnen eine umfassende Behand-  
lung und Begleitung zur Verfügung steht – egal,  
wo sie diese brauchen. Das Hospiz- und Pallia-  
tivgesetz, das dieses Jahr verabschiedet werden  
soll, ist hier sicherlich ein wichtiger Meilenstein.  
Es kann aber – selbst bei bestmöglicher Für-  
sorge – sein, dass es einzelne Betroffene gibt,  
bei denen diese Angebote nicht greifen und für  
die eine (Beihilfe zur) Selbsttötung als einziger  
Ausweg erscheint. Dieses Dilemma müssen wir  
anerkennen. Es ist aber meine tiefe Überzeu-  
gung, dass aus den Einzelfällen keine Norm  
entwickelt werden darf. Insofern stehe ich da-  
für, dass im Grundsatz das Gesetz nicht geän-  
dert werden soll; allenfalls sollte der Gesetzge-  
ber Möglichkeiten prüfen, die organisierte Form  
der Suizidbeihilfe zu verbieten. Die Landesärz-  
tekammern sind aufgerufen, sich die Mühe zu  
machen, in diesem so wichtigen Punkt die Be-  
rufsordnungen zu vereinheitlichen. Grundsätz-  
lich ist der Haltung der Bundesärztekammer,  
dass eine Beihilfe zum Suizid keine ärztliche  
Aufgabe ist, zuzustimmen. Auch ein im Grund-  
satz angelegtes Verbot für die Ärztliche Suizid-  
beihilfe ist sinnvoll.

In den wenigen, oben schon genannten Dilem-  
mata, dann, wenn ein einzelner Arzt seinen  
Patienten gut kennt, länger begleitet hat und  
sich in einer persönlichen Gewissensentschei-  
dung für eine Suizidbeihilfe entscheidet, würde  
ich dafür plädieren – so wie es gängige Praxis  
ist –, dass im Einzelfall von einer berufsrechtli-  
chen Sanktionierung abgesehen werden kann.  
Vielleicht würde eine Ergänzung im § 16, die  
lauten könnte: „[Ärztinnen und Ärzte] dürfen  
*grundsätzlich* keine Hilfe zur Selbsttötung lei-  
sten“ das Verbot anzeigen, aber die Dilemma-  
situation anerkennen.

**|| PROF. DR. MED. CHRISTOPH OSTGATHE**

Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung in  
der Anästhesiologischen Klinik, Universitäts-  
klinikum Erlangen, Vizepräsident der Deutschen  
Gesellschaft für Palliativmedizin

**ANMERKUNGEN**

- <sup>1</sup> Simon, A. / Lipp, V. / Tietze, A. u. a.: Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: Erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, in: MedR 6/2004, S. 303-307.
- <sup>2</sup> Nach Nauck, F. / Ostgathe, C. / Radbruch, L.: Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben, in: Dtsch Arztebl 3/2014, A-67 / B-61 / C-57.
- <sup>3</sup> Onwuteaka-Philipsen, B. D. / Brinkman-Stoppelenburg, A. / Penning, C. u. a.: Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey, in: Lancet 380/2012, S. 908-915.
- <sup>4</sup> Chambaere, K. / Vander, Stichele R. / Mortier, F. u. a.: Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium, in: New England Journal of Medicine 12/2015, S. 1179-1181.
- <sup>5</sup> Oregon Department of Human Services. Death with Dignity Act Annual Reports, <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>, Stand: 11.5.2015.
- <sup>6</sup> Ganzini, L. / Goy, E. R. / Dobscha, S. K.: Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying, in: cross sectional survey, in: BMJ 2008; 337:a1682.
- <sup>7</sup> Cohen-Almagor, R.: Belgian euthanasia law: A critical analysis, in: J Med Ethics 35/2009, S. 436-439.
- <sup>8</sup> Ostgathe, C. / Galushko M. / Voltz R.: Hoffen auf ein Ende des Lebens? Todeswunsch bei Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung, in: Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Band 3: Hoffnung und Verantwortung: Herausforderungen für die Medizin, hrsg. von A. Frewer, F. Bruns und W. Rascher, Würzburg, 1. Aufl., 2010, S. 247-257.
- <sup>9</sup> Nauck / Ostgathe / Radbruch: Ärztlich assistierter Suizid.
- <sup>10</sup> Voltz R. / Galushko M. / Walisko J. u. a.: Issues of „life“ and „death“ for patients receiving palliative care – comments when confronted with a research tool, in: Supportive Care in Cancer 6/2011, S. 771-777.
- <sup>11</sup> Ostgathe / Galushko / Voltz: Hoffen auf ein Ende des Lebens?
- <sup>12</sup> Rosenfeld B. / Pessin H. / Marziliano A. u. a.: Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients?, in: Social Science & Medicine 111/2013, S. 35-40.
- <sup>13</sup> Siehe auch Nauck / Ostgathe / Radbruch: Ärztlich assistierter Suizid.