

Dem Tod zur Hand gehen

Seit acht Jahren erlaubt Oregon eine streng reglementierte Form der Sterbehilfe. In der deutschen Diskussion werden die Erfahrungen des US-Bundesstaats mit ihr aber ignoriert.

Diesen Artikel können Sie als Audiodatei beziehen, siehe: www.spektrum.de/audio

Von Edgar Dahl

Patrick C. Robertson ist bereit, seinem Schöpfer gegenüberzutreten. Der 67-jährige Schriftsteller und Katholik aus Portland nimmt seine Krebserkrankung mit nahezu stoischer Gelassenheit hin. Wenn sich sein unheilbares Lungenkarzinom weiter ausbreitet, wird er die vier Fläschchen mit Pentobarbital-Tabletten öffnen und seinem Leben ein Ende setzen. Wann genau er dies tun wird, steht für ihn noch nicht fest. Doch er weiß, es wird ein Tag sein, bevor ihm Atemnot, Erbrechen und Schmerzen das Leben zur Hölle machen. An diesem Schicksalstag, so sagt er, werde er seine engsten Freunde um sich versammeln, seine kostbarsten Bücher verschenken und schließlich von all seinen Weggefährten einzeln Abschied nehmen. Keine Trauerfeier, sondern eine »Feier auf das Leben« soll es werden: »Ich will Satchmos ›What a Wonderful World‹ hören, wenn ich diese Welt verlasse.« Nach der Einnahme der Überdosis Schlafmittel erwartet er, binnen weniger Minuten friedlich einzuschlafen. »Ich habe mein Leben mit Anstand gelebt und will es auch so beenden.«

Dass er Zeit, Ort und Umstände seines Todes so genau planen kann, verdankt Robertson dem Umstand, in Oregon zu leben. In dem relativ kleinen Bundesstaat im Nordwesten der USA ist am 4. November 1997 der so genannte »Death With Dignity Act«, ein

Gesetz zum Sterben in Würde, in Kraft getreten. Hervorgegangen aus einer Bürgerinitiative, erlaubt es unheilbar erkrankten Patienten, sich von ihrem Arzt eine tödliche Dosis eines Medikaments verschreiben zu lassen, mit dem sie sich für den Fall, dass ihr Leiden unerträglich wird, das Leben nehmen können.

Angesichts der anhaltenden Debatten in Deutschland um die Sterbehilfe lohnt sich der Blick auf ein Modell, das sich sowohl von der Praxis in den Niederlanden als auch von der in der Schweiz unterscheidet (siehe Kasten S. 118 und Tabelle S. 119). Ein unbefangener Blick auf Oregon mag helfen, einige der Fragen zu beantworten, die uns in Deutschland quälen: Würde eine Legalisierung des ärztlich-assistierten Suizids das für das Arzt-Patienten-Verhältnis so unerlässliche Vertrauen untergraben? Ließe sich eine Beihilfe zur Selbsttötung mit dem ärztlichen Ethos vereinbaren? Könnten unheilbar erkrankte Patienten möglicherweise dazu gedrängt werden, sich als eine »Belastung« für die Gesellschaft zu empfinden? Und: Würde uns die Legalisierung des ärztlich-assistierten Suizids nicht auf einen gefährlichen Weg führen, an dessen Ende womöglich eine »Pflicht zu sterben« steht?

Als Oregon sein Gesetz erließ, hatte das Department of Human Services, das mit der Überwachung des ärztlich-assistierten Suizids beauftragt wurde, ebenfalls noch keine Antworten auf diese beängstigenden Fragen. Nichtsdestotrotz ist man das Wagnis einge-

gangen, sich dem Willen der Mehrheit der Bevölkerung zu beugen und eine vom Rest der Vereinigten Staaten mit großer Skepsis betrachtete Sterbehilfepraxis einzuführen. Alles, was man hatte, war die Hoffnung, dass die vielen in das Gesetz eingebauten Sicherheitsvorkehrungen hinreichend vor einem möglichen Missbrauch schützen würden.

Jeder Dritte nahm das Mittel nicht

Ein Patient kann es nur in Anspruch nehmen, wenn er mehrere Bedingungen erfüllt. Er muss volljährig sein, seinen ständigen Wohnsitz in Oregon haben und an einer unbehandelbaren Erkrankung leiden, die voraussichtlich in weniger als sechs Monaten zum Tod führt. Ein unabhängiger Arzt muss mit dem verschreibenden Kollegen in der Diagnose und Prognose übereinstimmen. Hat auch nur einer der beiden den Verdacht, der Patient sei nicht urteilsfähig, ist ein psychologisches Gutachten einzuholen. Der Patient muss das Medikament bei seinem Arzt zweimal mündlich beantragen, mit mindestens 15 Tagen Bedenkzeit dazwischen, sowie schriftlich, unterzeichnet in Gegenwart eines Zeugen. Der ausstellende Arzt ist verpflichtet, über alle verfügbaren Alternativen zu informieren: wie eine palliativmedizinische Behandlung, die Beschwerden lindert, oder eine Betreuung im Hospiz. Kein Arzt ist aber verpflichtet, einem Patienten eine tödliche Dosis eines Barbiturats zu verschreiben.

In den acht Jahren bis Ende 2005 haben alles in allem 246 Menschen mit Hilfe dieser Regelung ihrem Leben ein Ende gesetzt. Das sind jedes Jahr etwa 30 Patienten (siehe Diagramm S. 120). Damit entfällt bemerkenswerterweise nur rund einer von 1000 Todesfällen in Oregon auf das Sterbehilfegesetz. Noch weit interessanter ist vielleicht dies: Mehr als ein Drittel aller Personen, die sich ein Rezept hatten ausstellen lassen, nutzten das Medikament letztlich gar nicht. Offenbar haben sie es sich einfach »unter das Kopfkissen gelegt« und sich mit dem Wissen begnügt, einem als unwürdig empfundenen Tod jederzeit entfliehen zu können.

Vor dem In-Kraft-Treten des neuen Gesetzes gab es viele Spekulationen über die möglichen Auswirkungen. Gegner hatten beispielsweise prophezeit, dass wohl in erster Linie eher ungebildete, unversicherte und einkommensschwache Patienten vom ärztlich-assistierten Suizid Gebrauch machen würden. Nach acht Jahren ausgezeichnet dokumentierter Praxis lassen sich die meisten der damaligen Vorhersagen nun gut überprüfen.

So ist heute etwa belegbar, dass es keineswegs die sozial Schwachen sind, die das neue Gesetz nutzen. Ganz im Gegenteil: Bei der überwiegenden Mehrheit handelt es sich um gut versicherte und gut ausgebildete Patienten. Von den 246 Menschen, die sich in den acht Jahren mit ärztlicher Hilfe selbst getötet haben, waren 36 Prozent gesetzlich und 63 ▶

▲ In Würde zu sterben bedeutet für die allermeisten Menschen, selbstbestimmt zu sterben. Im US-Bundesstaat Oregon können sich Patienten seit Ende 1997 ein Medikament in tödlicher Dosis verschreiben lassen, wenn strenge Kriterien erfüllt sind.

Ihre Meinung zu diesem kontrovers diskutierten Thema interessiert uns. Die Umfrage finden Sie unter www.spektrum.de/sterbehilfe.

▷ Prozent privat krankenversichert. Ähnlich verhält es sich mit dem Bildungsstand. Nur 9 Prozent hatten keinen High-School-Abschluss, 29 Prozent besaßen einen; 21 Prozent waren auf dem College gewesen und 41 Prozent hatten sogar einen akademischen Titel erworben. Bezogen auf aufgeschlüsselte Vergleichsgruppen von Sterbefällen in Oregon ist die Rate für ärztlich-assistierten Suizid unter Akademikern rund achtmal so hoch wie bei Personen ohne High-School-Abschluss.

Hat das Gesetz dazu geführt, dass sich sterbende Menschen zunehmend als »sozialen Ballast« empfinden? Nein! Die meistgenannten Gründe für eine Inanspruchnahme sind: Verlust der Autonomie (86 Prozent), Verlust der Würde (83 Prozent) und Verlust der Fähigkeit, Dinge tun zu können, die das Leben lebenswert machen (85 Prozent). Die Sorge, eine Last für andere – insbesondere für Familie und Freunde – zu sein, tritt mit 37 Prozent deutlich dahinter zurück, zumal wenn man bedenkt, dass dies kaum jemals der einzige oder gar ausschlaggebende Grund für den Todeswunsch darstellt.

Palliativmediziner sagen gern: »Wer keine Schmerzen hat, will nicht sterben.« Wie die Erfahrung aus Oregon zeigt, könnte nichts weiter von der Wahrheit entfernt sein. Mit 22 Prozent rangieren »nicht kontrollierbare Schmerzen oder die Angst davor« an vorletzter Stelle der sieben aufgelisteten Gründe. (Dahinter folgen »befürchtete finanzielle Belastungen« mit 3 Prozent.) Weit stärker als die Angst vor nicht zu lindernden Schmerzen ist offenbar der Wunsch, nach seinen eigenen Vorstellungen sterben zu dürfen. Wie Patrick C. Robertson wollen die Patienten vor allem Kontrolle über ihr Sterben haben und die Zeit und den Ort ihres Todes selbst bestimmen. Vermutlich dürfte ihnen der New Yorker Rechtsphilosoph Ronald Dworkin aus dem Herzen gesprochen haben, als er schrieb: »Nichts ist demütigender, als von anderen vorgeschrieben zu bekommen, wie man zu sterben habe.«

Noch deutlicher wird dies, wenn man einmal genauer untersucht, wer diese Menschen

eigentlich sind, die sich ein Rezept für ein tödliches Medikament aushändigen lassen. Gibt es irgendwelche gemeinsamen Eigenschaften? Wie bereits erwähnt, ist die überwiegende Mehrheit von ihnen gebildet. Es verwundert daher nicht weiter, wenn Ärzte sie als redegewandt und dabei geradeheraus beschreiben. Andere Attribute lauten beeindruckend, interessant oder leidenschaftlich, aber auch hartnäckig, eigensinnig oder fordernd.

Kontrolle über das eigene Sterben

Was diese Patienten jedoch vor allem miteinander teilen, ist ihr ausgesprochenes Bedürfnis, Herr der Lage zu sein. Nichts scheinen sie so sehr zu fürchten, wie durch geistigen Verfall oder Schmerzen auf andere angewiesen zu sein und die Kontrolle über ihre Körperfunktionen, insbesondere Blase oder Darm, zu verlieren. Typische Bemerkungen über diese Patienten lauten: »Er wollte Kontrolle über sein Sterben haben. Er sagte: Ich will nicht in Tränen aufgelöst, von Schmerzen gezeichnet und mit zugeschissener Hose abtreten. Ich will diese Welt mit Anstand und Würde verlassen.« Eine Frau, die auf Grund ihrer Erkrankung ein unwürdiges Sterben befürchten musste, wird von ihrem Arzt folgendermaßen zitiert: »Ich will nach meinen eigenen Vorstellungen und nach meinen eigenen Vorgaben sterben. Ich will die Zeit und den Ort bestimmen können. Ich will meine Freunde um mich haben. Und ich will nicht vor meinen eigenen Augen verrotten.« Wie Ärzte berichten, betrachteten diese Patienten die Vorstellung, Freunde und Verwandte müssten sie versorgen, mit Horror, und zwar selbst dann, wenn diese glaubhaft versicherten, sie täten es gerne.

Das Bedürfnis, Herr der Lage zu sein, spiegelt sich auch in der Art und Weise wider, in der solche Menschen nach einem Rezept verlangen. Sie werden von den Ärzten als entschlossen, kompromisslos und unnachgiebig beschrieben. Ein Mediziner meinte: »Sie sind nicht die Art von Patient, die ins Sprechzimmer kommt und fragt: Was soll ich tun? Vielmehr sagen sie: Lassen Sie mich Folgendes klarstellen. Ich brauche keinen Doktor, der mir wohlgemeinte Ratschläge gibt, sondern einen, der mir ein Rezept ausstellt.« Einer der Patienten, der sich offenbar des Unterschieds zwischen ärztlich-assistiertem Suizid und aktiver Euthanasie nicht bewusst war, ging so weit zu sagen: »Ich will, dass Sie mir eine Spritze setzen, ... nun ja, ... nach der nächsten Jagdzeit.« Er wollte offenbar noch eine letzte Saison der Hirschjagd erleben.

Wie gehen Ärzte mit der Bitte um Beihilfe zur Selbsttötung um? Die allermeisten be-

trachten es als eine Ultima Ratio, ein Mittel, zu dem man erst greift, wenn alles andere versagt hat. Andere Mediziner sehen darin ein Recht des Patienten. Einer dieser Ärzte meinte: »Ich bin der festen Überzeugung, dass der Entschluss zur Selbsttötung – ähnlich wie der zu einer Scheidung oder einer Abtreibung – ein schmerzlicher ist. Sofern jemand diese Entscheidung nach langer und reiflicher Überlegung trifft, habe ich keine Wahl, als sie zu akzeptieren, denn letztlich ist es sein Leben.« Trotz der verständnisvollen Haltung vieler Mediziner wollen jedoch nur wenige persönlich in eine Beihilfe zur Selbsttötung verwickelt werden. Einige fürchten um ihre Reputation: »Ich will nicht, dass man mich hinter vorgehaltener Hand »Dr. Tod« nennt.« Andere fühlen ihre Kompetenz in Frage gestellt: »Ich komme nicht umhin, mich wie ein Verlierer zu fühlen, wenn ein Patient nach allem, was ich für ihn getan habe, plötzlich um ein Rezept bittet.« In den allermeisten Fällen überwiegt jedoch das Gefühl der Pflicht, einen Patienten nicht im Stich lassen zu dürfen: »Ich würde mich schrecklich fühlen, wenn ich einen Patienten, dessen Lage wirklich aussichtslos ist, einfach abwiese.«

Eine Entwicklung war zunächst völlig unerwartet, erscheint aber im Nachhinein nur folgerichtig: Die Legalisierung des ärztlich-assistierten Suizids hat die palliative Versorgung in Oregon nicht etwa verschlechtert, sondern eindeutig verbessert. Sowohl Befürworter als auch Gegner des neuen Gesetzes sind sich darin einig, dass es die Notwendigkeit einer optimalen Versorgung sterbender Patienten stärker bewusst gemacht hat. Bei einer Umfrage im Jahr 2001 antworteten zwei Drittel aller Ärzte, die mit Todkranken zu tun haben, dass sie sich seit In-Kraft-Treten genauer als je zuvor über alle verfügbaren Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung informieren. Von den 246 Patienten, die ihrem Leben ein Ende setzten, hatten denn auch 213 die Betreuung durch ein regionales Hospiz genutzt.

Traten im Verlauf der Selbsttötungen irgendwelche Komplikationen auf? Von den 246 Patienten hatten 229 keinerlei Schwierigkeiten mit der Einnahme des Barbiturats, zu fünf liegen keine Auskünfte vor. Zwölf erbrachen ein Drittel oder gar die Hälfte des Medikaments. Bei allen trat die erwünschte Bewusstlosigkeit nach spätestens 38 Minuten ein, in der Hälfte der Fälle bereits binnen 5 Minuten. Die Hälfte der Personen starb innerhalb von 25 Minuten nach der Einnahme. Einige wenige Patienten sollen noch bis zu 9,5 Stunden, einer für 31 und ein weiterer sogar für 48 Stunden, am Leben gewesen sein, ohne jedoch aus ihrer Bewusstlosigkeit zu erwa-

	passive Sterbehilfe	ärztlich-assistierter Suizid	aktive Sterbehilfe
US-Bundesstaat Oregon	✓	✓	○
Belgien	✓	✓	✓
Schweiz	✓	✓	○
Niederlande	✓	✓	✓
Deutschland	✓	○	○

SPEKTRUM DER WISSENSCHAFT, NACH E. DAHL

chen. Nie kam es zu Krämpfen und nie musste ein Notarzt gerufen werden.

Anfang letzten Jahres ereignete sich jedoch ein Fall, der eindeutig als Komplikation bewertet werden muss. Nachdem der 42-jährige David E. Prueitt am 30. Januar 2005 die verschriebenen 10 Gramm Secobarbital, mit Apfelsaft und Zimt vermischt, geschluckt hatte, erwachte er nach dreitägiger Bewusstlosigkeit am 2. Februar 2005 plötzlich wieder. Laut seiner Frau waren seine ersten Worte: »Was zum Teufel ist passiert? Warum bin ich nicht tot?« Prueitt verstarb 14 Tage später an den Folgen seines Lungenkrebses, zählt daher statistisch nicht zu den 246 Selbsttötungen. Der Wissenschaftliche Beirat der Pharmakologischen Gesellschaft von Oregon beschäftigt sich nach wie vor mit diesem Zwischenfall, der einen gesonderten Eintrag erhielt. Es könnte sein, dass die etwas eigenwillige Mixtur die Wirkung des Schlafmittels aufgehoben hat.

Was ist mit Missbrauch?

Die zweifellos wichtigste Frage lautet freilich: Ist das Gesetz jemals nachweislich missbraucht worden? Tatsächlich gibt es zwei Todesfälle, bei denen zumindest die Gegner dies behaupten. Beide Male handelte es sich um Patienten, die möglicherweise unter einer klinischen Depression litten und demzufolge kein Rezept hätten erhalten dürfen. In einem dieser Fälle ging es um eine 80-jährige Frau mit Brustkrebs, die ein Internist für depressiv, ein Psychiater aber für urteilsfähig erklärt hatte. Vier weitere Ärzte, die ebenfalls mit der Betreuung dieser Patientin betraut waren, stimmten mit dem Psychiater überein. Dennoch halten Gegner der neuen Gesetzgebung bis heute daran fest, man habe die Diagnose des Internisten wissentlich und willentlich ignoriert.

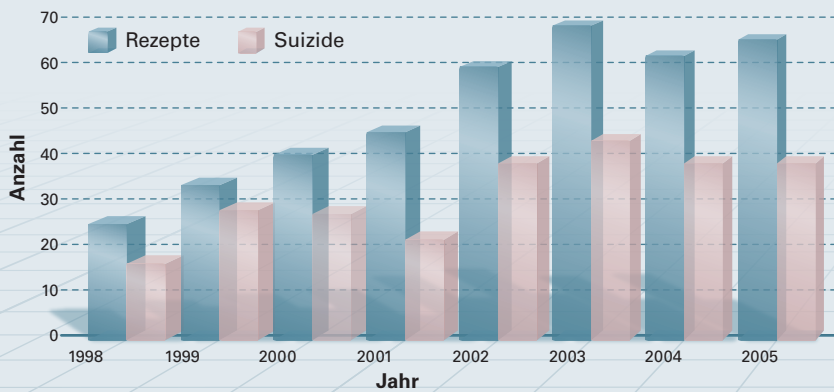
Der zweite Fall betraf eine 85-jährige Frau mit inoperablem Magenkrebs. Als ihr behandelnder Arzt das Ausstellen eines Rezepts ablehnte, konsultierte sie einen anderen – und ▷

▲ Die einzelnen Länder unterscheiden sich in dem, was von ärztlicher Seite an prinzipiellen Formen der Sterbehilfe zulässig ist, aber auch in den Details. Oregon hat bei seinem »Death with Dignity Act« zahlreiche Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um vor Missbrauch zu schützen.

Formen der Sterbehilfe

- ▶ Bei der **passiven Sterbehilfe** darf ein unheilbar erkrankter Patient seinen Arzt darum bitten, auf lebensverlängernde medizinische Maßnahmen zu verzichten oder sie abzubrechen.
- ▶ Bei der **aktiven Sterbehilfe** darf ein unheilbar erkrankter Patient seinen Arzt darum bitten, ihm ein Medikament zu spritzen, das ihn tötet.
- ▶ Beim **ärztlich-assistierten Suizid** darf ein unheilbar erkrankter Patient seinen Arzt darum bitten, ihm ein Medikament zu verschreiben, mit dem er sich selbst töten kann.

Rezepte und Suizide



EMDE-GRAFIK / SPEKTRUM DER WISSENSCHAFT, NACH 8TH ANNUAL REPORT ON OREGON'S DEATH WITH DIGNITY ACT DHS 2006

▲ In Oregon haben sich 390 Patienten ein tödliches Mittel verschreiben lassen, mehr als ein Drittel hat es nicht eingenommen.

▷ der versprach ihr zu helfen. Da der neue Arzt für das Kaiser-Hospiz-Programm arbeitete, war er jedoch durch eine interne Regelung verpflichtet, sie zunächst an einen Psychiater zu überweisen. Dieser stellte zwar nicht ihre Urteilsfähigkeit in Frage, doch war er sich nicht ganz sicher, ob sie sich der Tragweite ihres Entschlusses auch wirklich bewusst war. Daraufhin suchte sie einen Psychologen auf, der ihr schließlich attestierte, bei klarem Verstand zu sein und die Folgen ihres Entschlusses durchaus zu verstehen. Gegner des ärztlich-assistierten Suizids betrachten diesen Fall als einen Beweis dafür, dass das neue Gesetz das Leben der Bürger Oregons nicht hinreichend schützt, weil es Patienten ein »doctor shopping« erlaube: Sie könnten so lange von Arzt zu Arzt gehen, bis ihnen endlich einer mehr oder weniger unbesehen ein Rezept ausstellt.

Die Frage, ob bei diesen beiden Todesfällen tatsächlich ein Missbrauch der neuen Gesetzgebung vorlag, lässt sich vermutlich niemals zufrieden stellend beantworten. Als sich eine Delegation des britischen Oberhauses bei den zuständigen Behörden über die Zuverlässigkeit der Sicherheitsvorkehrungen erkundigte, antwortete die Direktorin der Oregoner Hospizvereinigung, Ann Jackson, laut dem offiziellen Bericht: »Oregon ist ein sehr kleiner Bundesstaat mit einer Vielzahl wachsender Hospize. Ich glaube, wenn es Fälle von Missbrauch gegeben hätte, wüssten wir davon.«

Da die Praxis des ärztlich-assistierten Suizids alle Unheilspropheten Lügen zu strafen scheint, wächst die Zahl der US-Amerikaner, die das Oregoner Modell befürworten, stetig. Nach einer Umfrage der Zeitschrift »Time« vom 4. April 2005 sind mittlerweile 52 Prozent aller US-Bürger für die Einführung eines Gesetzes nach dem Vorbild des Death With Dignity Act. Nach einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Harris Interactive vom 27. April 2005 votieren sogar 67 Prozent dafür. Und in Kalifornien, wo derzeit ein am

Oregoner Modell orientierter Gesetzentwurf im Parlament diskutiert wird, liegt die Zustimmung nach einer Umfrage des Field-Instituts vom 2. April 2005 gar bei 70 Prozent.

In Deutschland steht der ärztlich-assistierte Suizid leider so sehr im Schatten der Debatte um die aktive Sterbehilfe, dass es kaum irgendwelche verwertbaren Meinungsumfragen gibt. Aus einer Vielzahl allgemeiner Erhebungen zur Sterbebegleitung wissen wir jedoch, dass sich eine zunehmende Zahl der Deutschen eine Legalisierung der ärztlichen Sterbehilfe wünscht. Nach mehreren vom Meinungsforschungsinstitut Forsa durchgeführten Umfragen ist die Zahl der Befürworter der aktiven Sterbehilfe beispielsweise von 78 Prozent im Jahr 1999 über 81 Prozent im Jahr 2001 auf 84 Prozent im Jahr 2003 gestiegen, wobei zwei Drittel dies auf Extremfälle beschränkt sehen möchten. Würden die Zustimmenden aber persönlich eine aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen? Nach einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Usama können sich dies nur etwa 20 Prozent der Befürworter vorstellen.

Es geht um unser aller Leben

In Großbritannien hat eine vom Oberhaus eingesetzte Kommission kürzlich errechnet, dass jährlich etwa 650 Menschen die Möglichkeit des ärztlich-assistierten Suizids nutzen würden, wenn man ihn legalisierte. In Deutschland müsste man wegen der größeren Bevölkerung wohl mit einer etwas höheren Zahl rechnen. Manchen mag dies unzumutbar hoch erscheinen. Doch wir sollten uns in Erinnerung rufen, dass vermutlich bereits weit mehr Personen jedes Jahr illegal aktive Sterbehilfe erhalten. Denn wie wir spätestens seit der berühmten »Stern«-Umfrage von 1996 wissen, haben gut 10 Prozent der befragten deutschen Ärzte schon Fälle von aktiver Sterbehilfe in ihrer Klinik erlebt.

Dank der Umfragen von Forsa wissen wir, dass sich eine überwältigende Mehrheit der Deutschen eine Legalisierung der Sterbehilfe wünscht. Dank des Experiments in Oregon wissen wir, dass sie sich ohne große Gefahren praktizieren lässt. Alles, was wir jetzt noch wissen müssen, ist, warum wir das Oregoner Modell nicht in Deutschland einführen können. Möglicherweise gibt es gute Gründe dafür anzunehmen, dass das, was in Oregon erfolgreich zu sein scheint, in Deutschland kläglich scheitern würde. Doch ganz gleich, auf welcher Seite wir stehen – ob wir uns nun als Verfechter oder Verächter des ärztlich-assistierten Suizids betrachten –, wir sollten uns zumindest auf die Suche nach diesen Gründen machen, statt über Jahrzehnte auf der Stelle zu treten. Denn letztlich geht es um unser aller Leben. ◀



Dr. Edgar Dahl

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Dermatologie und Andrologie der Justus-Liebig-Universität Gießen. Nach dem Studium der Philosophie und Biologie an der Georg-August-Universität Göttingen spezialisierte er sich auf Fragen der Bioethik und arbeitete unter anderem am Murdoch Institute in Melbourne und am Hastings Center in New York. Er ist Autor des Buches »Xenotransplantation: Tiere als Organspender für Menschen?« und Herausgeber der Anthologie »Brauchen wir Gott? Zeitgenössische Texte zur Religionskritik«.

Sterbehilfe im säkularen Staat. Von Norbert Hoerster. Suhrkamp, Frankfurt 1998

Oregon Department of Human Services Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. DHS, Portland 2006 (für eine PDF-Datei siehe Weblinks)

Ending life: ethics and the way we die. Von Margaret Papst Battin. Oxford University Press, New York 2005

Weblinks zum Thema finden Sie bei www.spektrum.de unter »Inhaltsverzeichnis«.