



## ASSISTIERTER SUIZID

# Die ethische Verantwortung des Arztes

Das vermeintlich starke Argument der Autonomie führt in der Sterbehilfepaxis vielmehr zu einer Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte. Am Ende steht die Perversion der idealisierten „Freiheit zum Tod“ in eine „Unfreiheit zum Leben“.

Fuat S. Oduncu, Gerrit Hohendorf

**N**ach kontroverser Debatte, aber doch mit klarer Mehrheit hat der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel eine Änderung der (Muster-) Berufsordnung beschlossen, in der es nunmehr heißt: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Damit setzt der Ärztetag den vorläufigen Schlusspunkt unter eine Debatte, in der es nach Veröffentlichung der neuen Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung vom 21. Januar 2011 (1) zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung so schien, als ob eine vorsichtige Öffnung des Standesrechts, das heißt eine Tolerierung des ärztlich unterstützten Suizids in begründeten Einzelfällen, intendiert gewesen sei (2). Die neuen Grundsätze zur Sterbebegleitung enthalten nämlich lediglich den Satz: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

Die Forderung nach standesrechtlicher Zulassung des ärztlich assistierten Suizids wird unter anderem damit begründet, dass die Beihilfe zum Suizid in Deutschland kein Straftatbestand ist (3, 4). Das Strafrecht kann aber keineswegs die notwendigen ethischen Orientierungen für das Handeln von Ärztinnen und Ärzten ersetzen (5, 6). Zu den grundlegenden Normen ärztlichen Handelns gehört nicht nur die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten, sondern auch die Fürsorgepflicht des Arztes, die sich in der

Verantwortung für die Gesundheit, das Leben und das Wohl des Patienten konkretisiert (7–9).

Es ist eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, ob sich der Arzt an Handlungen beteiligen soll, die auf die Herbeiführung des Todes eines Menschen abzielen. Einer solchen Handlung liegt – ob gewollt oder ungewollt – in normativer Hinsicht ein Urteil über den Wert des Lebens, das beendet wird, zugrunde. Es ist zunächst die subjektive Entscheidung dessen, der sein Leben mit Hilfe eines Arztes beenden will. Dabei zeigt die klinische Erfahrung, wie stark diese Todeswünsche durch seelische Erkrankungen, seelische Krisen, Einsamkeit, Verzweiflung und Sinnverlust bedingt sind; es gibt aber immer ein Sowohl-als-auch, neben der Verneinung des Weiterlebens steht zugleich oft der Appell an die Anderen, dem Leben vielleicht doch einen Sinn zuzusprechen, Leiden zu lindern, Not und Verzweiflung gemeinsam zu tragen (10–15). Auch wenn der Wunsch, das Leben zu beenden, nicht Ausdruck einer seelischen Erkrankung im engeren Sinne ist, beruht Suizidalität fast immer auf einer krisenhaften Entwicklung, die eine verzweifelte Antwort auf innere und äußere Zwänge ist. Ob es überhaupt einen freiverantworteten Suizid im Sinne einer wohlwogenen und authentischen Entscheidung im Zustand der Seelenruhe gibt (16–18), muss offenbleiben und hängt letztlich von den zugrunde liegenden Definitionen ab. Aber selbst wenn man einen freiverantworteten Suizid unterstellen will, lässt sich die Frage nicht

umgehen, ob der Arzt – sieht er sich nicht einfach nur als Instrument des Patienten – die Verneinung des Lebenswertes durch den Patienten notwendigerweise teilen muss, wenn er am Suizid mitwirkt. Insofern ist die Suizidassistenz des Arztes (zum Beispiel durch Bereitstellen eines tödlichen Medikaments) etwas anderes als das Zulassen eines Suizids oder der Abbruch vom Patienten nicht mehr gewünschter lebensverlängernder Maßnahmen. Die Suizidassistenz des Arztes geht über das, was die Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten gebietet, deutlich hinaus (19). Sie rührt in der Tat an das, was im Kern das ärztliche Ethos darstellt, sie betrifft das ärztliche Selbstverständnis.

## Von dem Umgang mit Todeswünschen

Konfrontiert mit Todeswünschen und Suizidgedanken, ist es die Aufgabe des Arztes, die dahinter liegende Not und Verzweiflung des Menschen zu verstehen, seelische Krisen und Erkrankungen zu erkennen, zu behandeln und eine solidarische Antwort zu finden, die dem Wert des Lebens und der Würde des Betroffenen entspricht. Das bedeutet nicht, dass man alle Menschen von ihrem Selbsttötungsvorhaben abbringen kann, aber es ist für den Patienten und die Gesellschaft wichtig zu wissen, ob der Arzt auf der Seite des Lebens oder des Todes steht. Dies gilt nicht nur für psychische Erkrankungen und seelische Krisen, sondern auch für unheilbare körperliche Erkrankungen. Die ganzheitlich orientierte Pallia-

Abteilung Hämatologie und Onkologie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Klinik Innenstadt: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Oduncu, MA, EMB, MBA  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Technische Universität München: Priv.-Doz. Dr. med. Hohendorf



Foto: Laif

tivmedizin zeigt, dass die körperlichen Beschwerden und seelischen Nöte von Menschen mit schweren unheilbaren Erkrankungen gelindert und gemeinsam bewältigt werden können. Darin zeigt sich die notwendige Solidarität, zu der nicht nur der Arzt, sondern auch die Mitmenschen und die Gesellschaft aufgefordert sind. Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, ist insofern ein Scheitern des gemeinsamen Aushaltens von Leid und Verzweiflung und bedeutet immer ein Einverständnis zu einem endgültigen Beziehungsabbruch.

Während sich die Mehrheit der Deutschen in Umfragen für die aktive Sterbehilfe und Suizidbeihilfe im Falle einer unheilbaren Krankheit ausspricht, äußern die betroffenen unheilbar und sterbenskranken Patienten, wenn sie ärztlich, pflegerisch und menschlich gut betreut sind, nur sehr selten ernsthaft den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. Zahlreiche Befragungsstudien bei unheilbar Kranken geben als Gründe für den Wunsch nach frühzeitiger Lebensbeendigung an: Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Depression, Angst vor sozialer Isolation und davor, den Angehörigen zur Last zu

fallen (20). Im Einklang dazu ist auf Therapeutenseite die Ablehnung dieser beiden Formen der Sterbehilfe bei den behandelnden Ärzten und Pflegenden um so größer, je größer ihre Erfahrung in Palliativmedizin, Symptomkontrolle, Schmerztherapie und im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden ist (21, 22). Damit stellt der ganzheitlich aktive Ansatz der Palliativmedizin eine echte „Alternative“ zur Suizidbeihilfe und zur Tötung auf Verlangen dar. Dementsprechend muss die Palliativmedizin in der flächendeckenden Krankenversorgung, aber auch in der Aus-, Weiter- und Fortbildung bei Studierenden, Ärzten und Pflegenden nachhaltig gefördert werden.

### Freiheit zum Tod oder Unfreiheit zum Leben?

Befürworter der Suizidbeihilfe argumentieren mit dem fundamentalen Prinzip der Selbstbestimmung und daraus folgend der Freiheit, den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst wählen zu können (23–28). Allerdings muss bezweifelt werden, ob die mit dem Grundsatz der Autonomie idealisierte „Freiheit zum Tod“ auch tatsächlich realisiert wird (20, 29–33).

Die von dem Neurologen Johann Friedrich Spittler 2004 publizierte Geschichte einer jungen Patientin mit fortschreitender multipler Sklerose verdeutlicht, wie sehr fehlende soziale Beziehungen, die Erfahrung von als entwürdigend empfundener Behandlung durch die Sozialbehörden und die Angst vor fortschreitender Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit die Entscheidung für den assistierten Suizid in der Schweiz prägen können (23). Wie soll der schwerkranke Mensch sein Leben gegen die Erwartung der Gesellschaft verteidigen, wenn diese ihm das Gefühl vermittelt, dass sein Leben im Zustand des Leidens keinen Wert mehr hat und so indirekt eine vorzeitige Lebensbeendigung erwartet (34)? Viele Beispiele der niederländischen Euthanasiepraxis belegen, wie der gesellschaftliche Druck die idealisierte vermeintliche „Freiheit zum Tod“ zu einer „Unfreiheit zum Leben“ pervertiert (20, 32).

In den Niederlanden, in Belgien und in Luxemburg sind aktive Tötung durch den Arzt und ärztliche Beihilfe zum Suizid straffrei, wenn bestimmte „Sorgfaltskriterien“ (freiwilliges Verlangen nach Tötung, aussichtsloser Krankheitszustand, Bestätigung durch einen zweiten Arzt) eingehalten werden (35). Erst durch die Hinzunahme von Zusatzkriterien (aussichtsloser Zustand) wird der Todeswunsch des Kandidaten rationalisiert und legitimiert. Deshalb ist im Ergebnis weniger die Selbstbestimmung als vielmehr die Rationalität des Todeswunsches ausschlaggebend. Das ist ein moralisches Paradox (20, 36). Wenn Autonomie (Selbstbestimmung durch Freiheit von äußeren Zwängen) gelten soll, dann darf sie nicht an äußere Wirksamkeitsbedingungen geknüpft werden (33).

Setzt man aber die Patientenautonomie absolut, so gibt es kein gutes Argument mehr, die ärztliche Suizidassistenz auf bestimmte Situationen (unheilbare Erkrankungen, Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten) zu begrenzen. Die Ausweitung einer ursprünglich eng gefassten Zulassung von ärztlich assistiertem Suizid und aktiver

Sterbehilfe ist die Konsequenz. Dies zeigt sich auch in den Niederlanden, wo ärztlich assistierter Suizid grundsätzlich auch für psychisch kranke Menschen und Menschen mit einer beginnenden Demenzerkrankung möglich geworden ist (37, 38). Auch in Deutschland bekanntgewordene Fälle von (geplantem) ärztlich assistiertem Suizid zeigen, dass es nicht nur um unheilbar kranke Menschen geht, deren Leiden scheinbar nicht anders als durch den Tod gelindert werden können, sondern um Menschen, die aus Angst vor dem Alter und Einsamkeit ihrem Leben ein Ende setzen wollen (39).

Aber auch in einer zweiten Hinsicht erweist sich die Zulassung des ärztlich assistierten Suizids unter

nach einem langen Krankheitsprozess in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Dieses geregelte und sterile Sterben empfinden die Betroffenen als Fremdbestimmung, als soziale Isolation und als Verlust ihrer Würde. Dadurch geht die über viele Jahrhunderte tradierte Sterbekultur mehr und mehr verloren (48). Die westliche Gesellschaft zeichnet sich durch eine zunehmende Individualisierung mit sozialer Vereinsamung aus. Der Wunsch nach einem „Sterben in Würde“ wird immer lauter. Ein würdevolles Sterben kann heute nur durch eine neue Sterbekultur realisiert werden, die es versteht, Sterben und Tod als eine Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen und umzusetzen. Es braucht viele verschiedene Akteure, um un-

den Stab über diesen Arzt brechen muss; vielmehr können die entsprechenden Gremien die jeweils besonderen Gründe für die Überschreitung bestehender Normen reflektieren.

Gerade für Zeiten ökonomischer und politischer Krisen ist eine klare Bestimmung des ärztlichen Auftrags und des ärztlichen Ethos notwendig. Dazu gehört auch, dass das menschliche Leben für den Arzt einen eigenen Wert und eine eigene Würde hat, unabhängig von seiner medizinischen und sozialen Bewertung.

Hat die Medizin in den vergangenen Jahrzehnten oft versäumt, den Tod und das Sterben der Menschen zuzulassen, so droht die Machtlosigkeit angesichts von Leid und Tod umzuschlagen in die Illusion, der ärztlich herbeigeführte oder der ärztlich gemachte Tod garantiere ein besseres Sterben. Die gängige Sterbehilfepraxis im Ausland belegt die Aufweichung der Krite-riologie, die eine selbstbestimmte Lebensbeendigung begründen soll. Das vermeintlich starke Argument der Autonomie führt in der Sterbehilfepraxis vielmehr zu einer Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte. Am Ende steht die Perversion der idealisierten „Freiheit zum Tod“ in eine „Unfreiheit zum Leben“. Dagegen wird ein „Sterben in Würde“ heute nur durch einen Bewusstseinswandel und eine neue Sterbekultur erreicht. Diese Sterbekultur muss sich als eine Gemeinschaftsaufgabe verstehen, die den Umgang mit Sterben und Tod wieder mehr in die Mitte der Gesellschaft und in die Familien (zurück) zu holen sucht. Und wir alle tun gut daran, uns dieser Aufgabe zu stellen, wollen wir doch selbst einmal in Würde sterben.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2011; 108(24): A 1362–4

**Anschrift für die Verfasser**  
PD Dr. med. Gerrit Hohendorf  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Technische Universität München  
Ismaninger Straße 22  
81675 München  
hohendorf@gesch.med.tum.de

@ Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit2411](http://www.aerzteblatt.de/lit2411)

## Die Suizidassistenz geht über das, was die Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten gebietet, deutlich hinaus. Sie rührt in der Tat an das, was im Kern das ärztliche Ethos darstellt.

bestimmten einschränkenden Bedingungen als problematisch. Über die Rationalität des Wunsches, das Leben zu beenden, entscheiden dann nämlich Dritte (Ärzte) in stellvertretender Wahrnehmung des „wohlverstandenen Interesses“ des Patienten. Dabei ist ein ärztliches Urteil über den Wert oder Unwert des Lebens, das beendet werden soll, unvermeidlich. Und genau hier wird die schiefe Ebene betreten, die die historische und die aktuelle Debatte um die Sterbehilfe kennzeichnet (40–42). In den Niederlanden meinen Ärzte, in stellvertretender Wahrnehmung der vermeintlichen Interessen der Betroffenen, auch in den Fällen entscheiden zu können, in denen die Todeskandidaten nicht einwilligen (können) (43). Genau hier liegt der Übergang von der Tötung *auf* Verlangen zur Tötung *ohne* Verlangen (44). Dieser Übergang wird mit den Tötungen ohne Verlangen, die jährlich in mehreren Hundert Fällen in den Niederlanden durchgeführt werden, dokumentiert (45–47).

Heute sterben mehr als 80 Prozent der Menschen hochbetagt und

heilbar kranken und sterbenden Mitmenschen eine hinreichend stabile Brücke der Zuversicht und Geborgenheit zu bauen, die ihnen den notwendigen Halt beim Übergang vom Diesseits zum Jenseits ermöglicht (20, 49). Erst eine so verstandene neue Sterbekultur wird jedem einzelnen Patienten ein personenbezogenes „Sterben in Würde“ ermöglichen.

Die Neufassung der (Muster-) Berufsordnung für Ärzte stellt klar, dass Tötung auf Verlangen und ärztliche Suizidbeihilfe standesrechtlich unzulässig sind. Darüber hinaus bedürfen die neuen Grundsätze zur Sterbebegleitung jedoch einer klaren Orientierung an einem ärztlichen Ethos, das die Mitwirkung des Arztes an aktiver Lebensbeendigung im Grundsatz ausschließt. Sie müssen demjenigen Arzt, der aus Gewissensgründen im Ausnahmefall meint, keine andere Lösung als eine Suizidassistenz zu sehen, bewusst machen, dass er sein Handeln an der klar formulierten Grenze des ärztlichen Ethos zu überprüfen hat. Das bedeutet nicht, dass das Standesrecht im Einzelfall

## ASSISTIERTER SUIZID

# Die ethische Verantwortung des Arztes

Das vermeintlich starke Argument der Autonomie führt in der Sterbehilfepraxis vielmehr zu einer Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte. Am Ende steht die Perversion der idealisierten „Freiheit zum Tod“ in eine „Unfreiheit zum Leben“.

Fuat S. Oduncu, Gerrit Hohendorf

## LITERATURVERZEICHNIS

1. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Dtsch Ärztebl 2011; 108 (7): A 346–8
2. Lipp V, Simon A: Beihilfe zum Suizid. Keine ärztliche Aufgabe. Dtsch Ärztebl 2011; 108 (5): A 212–6
3. Schöch H, Verrel Th: Alternativ-Entwurf Sterbegleitung (AE-Stb). Goltdammer's Archiv für Strafrecht 2005; 152: 553–86
4. Deutscher Juristentag: Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages Stuttgart 19.-22. September 2006. [www.djt.de/media/66\\_DJT\\_Beschluesse-1265647648.pdf](http://www.djt.de/media/66_DJT_Beschluesse-1265647648.pdf), S. 12
5. Duttge G: Der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht. „Menschenwürdiges Sterben“ zwischen Patientenautonomie, ärztlichem Selbstverständnis und Kommerzialisierung. Zeitschrift für Medizinische Ethik 2009; 55: 257–70
6. Hoppe J-D, Hübner M: Der ärztlich assistierte Suizid aus medizin-ethischer und aus juristischer Perspektive. Zeitschrift für Medizinische Ethik 2009; 55: 303–17
7. Reich WT, Nancy S, Becker: Care. In: Post SG: Encyclopedia of Bioethics Vol. 1 A – C. 3. Aufl. Detroit, New York, San Francisco u. a.: Gale 2004: 349–74
8. Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende – Stellungnahme. Berlin 2006
9. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics, 4. Aufl. New York, Oxford: Oxford University Press 2009, S. 197–239
10. Ringel E: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern (= Wiener Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie 3). Wien u. Düsseldorf: Maudrich 1953
11. Shneidman ES: Suicide as Psychache. A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Northvale NJ u. London: Aronson 1993
12. Kelleher MJ, Keeley HS, Chambers D, Corcoran P: Suizid. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N: Psychiatrie der Gegenwart Bd. 6. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York u. a.: Springer 2000: 227–45, S. 235
13. Kelleher MJ, Keeley HS, Lawlor M, Chambers D, McAuliffe C, Corcoran P: Parasuizid. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N: Psychiatrie der Gegenwart Bd. 6. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York u. a.: Springer 2000: 247–72, S. 253f.
14. Bronisch Th: Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 5. Aufl. München: C. H. Beck 2007
15. Bauer EJ, Fartacek R, Nindl A: Wenn das Leben unerträglich wird. Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung (= Forum Systematik 40). Stuttgart: Kohlhammer 2011
16. Wittwer H: Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Paderborn: mentis 2003
17. Fenner D: Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit. Eine medizin-ethische Untersuchung. Freiburg/München: Alber 2008
18. Bormuth M: Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert. Göttingen: Wallstein 2008
19. Beckmann J: Suizidassistenz aus philosophisch-ethischer Sicht. In: Ritzel G. (Hrsg.): Beihilfe zum Suizid. Ein Weg im Streit um die Sterbehilfe. Regensburg: Roderer 1998: 16–29
20. Oduncu FS: In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbegleitung und Patientenverfügung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2007, S. 83, 99 / S. 145–149 / S. 157–170
21. Müller-Busch HC, Klaschik E, Oduncu FS, Woskanjan S: Euthanasie bei unerträglichem Leid? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002. Zeitschrift Palliativmed 2003; 4: 75–84
22. Müller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik E: Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation. A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. Med Health Care Philos 2004; 7: 333–9
23. Spittler JF: Die präsuizidale Entwicklung zu einem assistierten Suizid. Nervenheilk. 2004; 23: 292–6
24. Birnbacher D: Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik. Aufklärung und Kritik 2006; 13 (Sonderheft 11 Selbstbestimmtes Sterben): 7–19
25. Schöne-Seifert B: Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner 2007, 129–9
26. Bardola N: Der begleitete Freitod. Ein Plädoyer für die Selbstbestimmung über das eigene Leben. München: Südwest-Verlag 2007
27. de Ridder M: Wie wollen wir sterben? Ein Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. München: Deutsche Verlags-Anstalt 2010
28. Taupitz J, Montgomery FU: Sind Ärzte geeignete Suizidhelfer? Streitgespräch. Dtsch Ärztebl 2009; 106 (15): A 693–5
29. Oduncu FS: Euthanasia: Killing as Due Care? W Med Wschr 2003; 153: 387–91
30. Oduncu FS: Euthanasie bei unheilbarem Leid? Stimmen der Zeit 2003; 221: 121–30
31. Oduncu FS: Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. Teil 2: Palliativmedizinische und medizin-ethische Aspekte. Medizinrecht 2005; 23: 516–24
32. Oduncu FS: Freiheit zum Tod oder Unfreiheit zum Leben? Stimmen der Zeit 2006; 224: 597–610
33. Oduncu FS, Sahm S: Doctor-cared dying instead of physician-assisted suicide: a perspective from Germany. Med Health Care Philos 2010; 13 (4): 371–81
34. Spaemann R: Es gibt kein gutes Töten. In: Spaemann R, Fuchs T (Hrsg): Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg i. Br., Basel, Wien: Herder 1997: 12–30
35. Fischer E: Recht auf Sterben?! Ein Beitrag zur Reformdiskussion der Sterbehilfe in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach der Übertragbarkeit des Holländischen Modells der Sterbehilfe in das deutsche Recht (= Frankfurter Kriminalwissenschaftlicher Studien 84). Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang 2004
36. ten Have H: Euthanasia: moral paradoxes. Palliative Medicine 2001; 15: 505–11
37. Fuchs T, Lauter H: Der Fall Chabot. Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht. Nervenarzt 1997; 68: 878–83
38. Sheldon T: Dutch approve euthanasia for a patient with Alzheimer's disease. British

- Med. J. 2005; 330: 1041
39. Holzhaider H: Umkehr ins Leben. Wie die Landrätin Bruni Mayer durch intensive Gespräche die Selbsttötung einer 76jährigen verhinderte. Süddeutsche Zeitung 1./2.12.2007; Nr. 227: 49
40. Hohendorf G: Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen "Euthanasie" bei psychisch Kranken – mit Anmerkungen zu aktuellen ethischen Fragestellungen. Habilitationsschrift Technische Universität München 2008, S, 164–66
41. Wunder M: Des Lebens Wert. Zur alten und zur neuen Debatte um Autonomie und Euthanasie. In: Rotzoll M, Hohendorf G, Fuchs P, Richter P, Mundt C, Eckart WU (Hrsg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh 2010: 391–401
42. Hohendorf G: Die nationalsozialistischen Krankenmorde zwischen Tabu und Argument. Was lässt sich aus der Geschichte der NS-Euthanasie für die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe lernen? In: Westermann S, Kühl R, Ohnhäuser T (Hrsg.): NS-„Euthanasie“ und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven (= Medizin und Nationalsozialismus 3). Münster: LIT Verlag 2011: 211–229
43. Pijnenborg L, van der Maas PJ, van Delden JM, Looman CWN: Life-terminating acts without explicit request of patient, *Lancet* 1993; 341: 1196–99
44. Oduncu FS: Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. Teil 1: Medizinische und rechtliche Aspekte. *Medizinrecht* 2005a; 23: 437–45
45. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, Graaff de CLM, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Bosma JM, Willems DL: Euthanasia, physician assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995. In: *N Engl J Med* 1996; 335: 1699–1705
46. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML, Vrakking AM, Georges JJ, Muller MT, van der Wal G, van der Maas PJ: Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands 1990, 1995, and 2001. *Lancet* 2003; 362: 395–99
47. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van der Delden JJM, Hanssen-de Wolf JE, Janssen AGJM, Pasma HRW, Rietjens JAC, Prins CJM, Deerenberg IM, Gevers JKM, van der Maas PJ, van der Wal G: End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356 (19): 1957–65
48. von Engelhardt D: Euthanasie in Geschichte und Gegenwart – im Spektrum zwischen Lebensbeendigung und Sterbebeistand. *Acta Historica Leopoldina* 2010; 55: 187–212
49. Oduncu FS: Medizin am Ende des Lebens aus der Sicht des Palliativmediziners. Sterben in Würde ist eine Gemeinschaftsaufgabe. *Münchener Med Wochenschrift – Fortschr Med* 2006; 20: 35–8