

Tod auf Rezept?

Medizinethische Überlegungen zur ärztlichen Suizidassistenz

Death on Prescription? Reflections on Physician Assisted Suicide from the Viewpoint of Medical Ethics

Florian Bruns¹, Sandra Blumenthal², Gerrit Hohendorf³

Zusammenfassung: Im Nachgang der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid widmet sich unser Beitrag der ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende. Die wenigen vorhandenen Daten deuten darauf hin, dass Hausärzte nur selten Suizidassistenz leisten. Nach einem Blick auf die aktuelle Rechtslage erläutern wir, welche medizinethischen Argumente gegen eine gesetzliche Liberalisierung der Suizidbeihilfe sprechen. Da Sterbebegleitung zu den genuin hausärztlichen Aufgaben zählt, plädieren wir außerdem für eine stärkere Sichtbarkeit der Allgemeinmedizin in der Diskussion über ärztliches Handeln am Lebensende und den Umgang mit Sterbewünschen von Patienten.

Schlüsselwörter: Ärztlich assistierter Suizid; Medizinethik; Sterbebegleitung; Allgemeinmedizin

Summary: Following the recent debate on physician assisted suicide in Germany we take a look at physicians' end-of-life practices. The few existing data suggest that family practitioners only rarely provide assisted suicide. At first, we outline the current legal situation. Secondly, we argue why we consider an official approval of physician assisted suicide a danger for both medical ethos and social solidarity. Since end-of-life care is a domain of the family practitioner we advocate a stronger involvement of family medicine in the discussion about physician assisted suicide.

Keywords: Physician Assisted Suicide; Medical Ethics; End-of-Life Care; Family Medicine

Hintergrund

Der Umgang mit suizidalen Patienten stellt Hausärzte[#] vor besondere Herausforderungen. Der Besuch beim Hausarzt ist oft der letzte Arztkontakt im Leben eines suizidwilligen Menschen: Etwa jeder zweite Suizident hatte in den vier Wochen vor seinem selbst gewählten Tod Kontakt zu einem Arzt der Primärversorgung [1]. Einen Ausschnitt aus dieser Problematik bilden Patienten, die ihren Arzt mit der Bitte um Beihilfe zum Suizid konfrontieren. Empirische Daten zeigen, dass die

[#] Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet. Es sind stets beide Geschlechter gemeint.

Mehrzahl solcher Wünsche nach Suizidassistenz durch die Angst vor Autonomieverlust, Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit auf dem Boden einer schweren Erkrankung motiviert ist. Subjektiv nicht erträgliches körperliches Leiden spielt quantitativ demgegenüber eine geringere Rolle [2, 3]. Das hausärztliche Verhalten gegenüber Patienten, die den Wunsch nach Suizidassistenz äußern, ist bislang kaum untersucht. Die wenigen vorhandenen Studien zur Situation in Deutschland deuten auf eine eher zurückhaltende Handhabung der Suizidassistenz durch Hausärzte hin. Nur eine Minderheit, so das Ergebnis einer Göttinger Studie aus dem Jahr 2002,

würde tatsächlich Suizidbeihilfe leisten, wobei die prinzipielle Akzeptanz einer solchen Maßnahme höher ist [4]. Eine ähnliche Diskrepanz zwischen grundsätzlicher Bereitschaft zur Suizidassistenz und weitgehender Ablehnung in praxi scheint für die deutsche Ärzteschaft insgesamt zu gelten. In einer nicht repräsentativen Umfrage unter Ärzten aller Fachrichtungen (darunter 14 % Allgemeinmediziner) konnten sich 40 % theoretisch vorstellen, ärztliche Suizidassistenz zu leisten, nur 0,3 % haben dies jedoch bereits praktiziert. 42 % konnten sich eine ärztliche Suizidassistenz unter keinen Umständen vorstellen, 18 % waren unentschieden [5]. Eine Befragung der Deut-

¹ Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

² Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin, Berlin, und Doktorandin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

³ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und Abteilung für Klinische Toxikologie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

Peer reviewed article eingereicht: 07.10.2015, akzeptiert: 03.12.2015

DOI 10.3238/zfa.2016.0024-0027

schen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie ergab, dass von 775 befragten Onkologen lediglich 1 % in ihrem bisherigen Berufsleben einem Patienten ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung ausgestellt haben. 13 % wurden bereits einmal mit einer solchen Bitte konfrontiert [6].

In Deutschland bieten einzig der Verein „Sterbehilfe Deutschland“ (StHD) sowie einzelne Ärzte oder Laien professionelle Suizidbeihilfe an. Da der Deutsche Bundestag am 6. November 2015 ein Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Suizidbeihilfe beschlossen hat, ist im Bereich der organisierten Sterbehilfe mit Veränderungen zu rechnen. StHD hat ausweislich der publizierten Berichtsbände zwischen 2011 und 2014 in Deutschland 118 suizidwilligen Menschen bei der Selbsttötung geholfen [7: 9]. Wie viele Menschen darüber hinaus die Suizidbeihilfe einzelner Personen oder ausländischer Sterbehilfeorganisationen in Anspruch genommen haben, ist nicht exakt zu bestimmen.

Der Wunsch eines Patienten nach Suizidassistentz stellt Ärzte vor große moralische aber auch juristische Herausforderungen. Wir werden im Folgenden einige grundsätzliche medizinethische Überlegungen zum ärztlich assistierten Suizid anstellen und darüber hinaus mögliche Implikationen für die Allgemeinmedizin diskutieren.

Strafrecht versus Standesrecht

Äußern Patienten den Wunsch nach ärztlicher Beihilfe zum Suizid, tun sich neben ethischen auch juristische Fragen auf, die durch eine widersprüchliche Rechtslage nicht einfacher werden. Anders als die sogenannte „aktive Sterbehilfe“, die als Tötung auf Verlangen einen Straftatbestand darstellt (§ 216 StGB), ist die Beihilfe zum Suizid in Deutschland – anders als in den meisten europäischen Ländern – nicht unter Strafe gestellt. Voraussetzung für die Straflosigkeit ist, dass die Tat freiverantwortlich erfolgt und die Tatherrschaft im Moment der Selbsttötung –

im medizinischen Kontext etwa die Einnahme eines tödlichen Medikaments oder das Starten einer Infusion – allein beim Suizidenten liegt [8]. Psychische Erkrankungen können die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten einschränken. Während bei der Selbsttötung anwesende Angehörige oder Ärzte früher regelmäßig als Garanten des Lebens der Suizidenten angesehen wurden, die spätestens bei Eintreten der Bewusstlosigkeit zur Lebensrettung verpflichtet seien, geht heute die unter Juristen überwiegend vertretene Meinung von einer prinzipiellen Straflosigkeit der Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid aus [9: 40].

Im Kontrast dazu steht eine 2011 vom Deutschen Ärztetag in Kiel beschlossene Änderung der Musterberufsordnung für Ärzte, nach der Ärzten die Beihilfe zum Suizid erstmals ausdrücklich untersagt ist.* Über den dadurch entstandenen Gegensatz zwischen Strafrecht und Berufsrecht wird bis heute intensiv diskutiert, zumal nur die Hälfte aller Landesärztekammern das Verbot der Suizidbeihilfe in dieser strikten Formulierung übernommen haben.

Unstrittig und 2010 durch ein Urteil des Bundesgerichtshofs bestätigt ist die Zulässigkeit der sogenannten passiven Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer Behandlung, sofern dies dem Patientenwillen entspricht.** Unter dieser Bedingung ebenfalls erlaubt ist die Gabe potenziell lebensverkürzender Medikamente mit dem alleinigen Ziel der Symptomlinderung (sogenannte „indirekte Sterbehilfe“), gegebenenfalls auch in Form einer palliativen Sedierung. Diese Formen ärztlicher Sterbegleitung – Symptomlinderung sowie Behandlungsverzicht bei fehlender Indikation oder entsprechendem Patientenwillen – sind inzwischen im stationären wie ambulanten Bereich weit verbreitet. Nichtsdestotrotz treten auch hierbei immer noch erhebliche Unsicherheiten auf, etwa wenn es um die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens geht oder die medizinische Indikation für bestimmte Maßnahmen am Lebensende zu klären ist.

Bewertung ärztlicher Suizidbeihilfe aus ethischer Sicht

Die moralische Bewertung der Selbsttötung und der Beihilfe hierzu beschäftigt die Ethik seit der Antike [10]. Manchen gilt der Suizid als Zeichen persönlicher Freiheit, gleichsam als letzter Ausdruck von unbeschränkter Autonomie und Unabhängigkeit des gesunden ebenso wie des kranken Menschen. Der Kantischen Philosophie folgend sehen andere in der Selbsttötung gerade eine radikale Absage an die eigene Freiheit, da der Mensch mit seinem Leben und seiner Zukunft zugleich die Grundlage seiner Freiheit zerstöre. So unterschiedlich die Meinungen über den Suizid auch sind, so wenig wird doch bestritten, dass er stets auch als soziales Phänomen zu betrachten ist. Kaum jemand stirbt für sich allein, und in vielen Fällen lässt ein Suizid traumatisierte Angehörige oder anderweitig Involvierte mit quälenden Fragen zurück. Ob diese Begleitfolgen ein moralisches Urteil über den Suizidenten und seine Tat rechtfertigen, lässt sich keineswegs pauschal beantworten. Entscheidend für die ethische Beurteilung der ärztlichen Suizidassistentz ist denn auch weniger die Selbsttötung an sich, sondern die Tatsache, dass hier ein ärztlicher „Helfer“ hinzutritt, der die Handlung unterstützt, anleitet und dadurch zumindest implizit auch gutheißt [11: 347]. Eine ärztliche Intervention bedarf stets einer medizinischen Indikation, die nur durch einen Arzt zu stellen ist. Der Patientenwille allein kann keine ärztliche Handlung begründen. Um eine Indikation zur ärztlichen Suizidassistentz stellen zu können, wäre die Übernahme und Bestätigung der negativen Lebensbewertung des Patienten durch den Arzt unvermeidlich. Die Autonomie des Patienten, die oft zur Verteidigung ärztlicher Suizidbeihilfe ins Feld geführt wird, trägt zur Indikationsstellung nichts bei [12]. Erst die Umwandlung der Selbsteinschätzung des Suizidenten in eine medizinische Indikation würde die formale Voraussetzung für eine ärztliche Handlung schaffen. Alternativ könnte der Arzt versuchen, die Indikation objektiv aus der Situation des Patienten

* „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ § 16 der Musterberufsordnung für Ärzte in der Fassung des 118. Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main, abrufbar unter www.bundesaeztekammer.de.

** Vgl. die Leitsätze im Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25.6.2010, BGH 2 StR 454/09.

ten abzuleiten, indem er diese Situation als nicht lebenswert einstuft. In beiden Fällen stünde am Ende aber ein aus ethischer Sicht grundsätzlich problematisches Urteil über den Wert bzw. den Unwert menschlichen Lebens.

Hinzu kommt die Gefahr, dass allein die fachliche Autorität und der Expertenstatus eines Arztes, der sich zur Suizidassistentz bereit erklärt, die Motive des sterbewilligen Patienten verstärken bzw. eventuelle letzte Zweifel beseitigen könnten [11: 348].

Die Befürworter des ärztlich assistierten Suizids begründen ihre Haltung in erster Linie mit der Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten. Gleichzeitig knüpfen auch sie die Suizidbeihilfe an bestimmte Voraussetzungen wie etwa das Vorliegen einer tödlichen Erkrankung. Doch wie selbstbestimmt ist ein Suizid, der am Ende auf die Zustimmung und die Dienste eines Arztes angewiesen ist? Es ist ein Widerspruch, die Suizidassistentz als Förderung der Patientenautonomie zu bezeichnen, sie aber gleichzeitig von einem ärztlichen Urteil bzw. bestimmten Diagnosen abhängig zu machen [13: 130–132].

Nicht zuletzt gilt es, die gesellschaftliche Dimension ärztlicher Suizidbeihilfe zu beachten. Wer den Suizid als nachvollziehbaren Akt deklariert, wer ihn gar per Gesetz zur wählbaren ärztlichen Leistung macht, sendet ein fatales Signal an alte, schwache oder depressive Patienten. Wie ließe sich ausschließen, dass Menschen in Lebenskrisen, die zweifeln, ob ihr Leben noch einen Wert hat und ob sie anderen nicht nur noch zur Last fallen, dann nicht erst recht in die Verzweiflung getrieben würden?

Diese und andere Bedenken gegen eine Liberalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe müssen nicht in ein kategorisches Verbot münden. Es sind Situationen denkbar, in denen es angesichts unerträglichen körperlichen Leidens moralisch vertretbar sein mag, Patienten, die von ihrer Selbsttötungsabsicht nicht abgebracht werden können, auf ihrem letzten Weg zu begleiten. Für diesen Handlungsspielraum plädiert etwa der Deutsche Ethikrat. Wenn ein Arzt die Suizidhilfe in solchen Ausnahmefällen nach gründlicher Überlegung vor seinem Gewissen rechtfertigen kann, sollte dies weder straf- noch berufsrechtlich geahndet werden. Einen An-

spruch auf ausdrückliche Legitimation solcher Einzelfälle durch den Gesetzgeber verneint der Ethikrat. Ärztliche Suizidassistentz würde damit zu einer therapeutischen Option und damit zur Normalität erklärt [14].

Nicht nur Patienten, auch Ärzte gilt es, vor einer solchen Normalität zu schützen. Der Impuls, angesichts eigener therapeutischer Ohnmacht das Leben des Patienten zur Disposition zu stellen, führt auf einen gefährlichen Weg – auch dann, wenn der Kranke selbst der Impulsgeber sein sollte. Das am 6. November 2015 vom Deutschen Bundestag beschlossene Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Suizidbeihilfe geht einen Mittelweg: Es erteilt dem auf Wiederholung und Regelmäßigkeit ausgerichteten Suizidhilfeangebot von Sterbehilfeorganisationen und einzelnen Sterbehelfern eine Absage und soll so einer gesellschaftlichen Normalisierung von Suizidbeihilfe entgegenwirken. Zugleich werden Angehörige und nahestehende Personen von der Strafbarkeit der Suizidbeihilfe ausgenommen. Ärzten, die im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung trotz der oben genannten prinzipiellen Gegenargumente in Einzelfällen die Suizidbeihilfe in Erwägung ziehen, bleibt Raum für individuelle Gewissensentscheidungen [13: 47–58].

In der Medizinethik ist die Patientenautonomie zwar ein wichtiges, aber kein absolutes Prinzip. Sie ist stets gegenüber anderen Prinzipien, wie etwa dem ärztlichen Nichtschadensgebot (*primum nil nocere*), abzuwägen. Auch das Gerechtigkeits- bzw. Gleichbehandlungsgebot wäre im Kontext ärztlicher Suizidbeihilfe zu berücksichtigen. Patienten, die körperlich oder geistig nicht mehr in der Lage sind, eine Suizidhandlung zu begehen, etwa weil sie das Glas mit der tödlichen Substanz nicht mehr selbst trinken können, wären zumindest formal benachteiligt. Solche Fälle zögen unweigerlich die Forderung nach sich, auch die aktive Sterbehilfe, also die Tötung durch Ärzte, zu legalisieren, um auch gelähmten oder anderweitig beeinträchtigten Menschen ihren Todeswunsch erfüllen zu können. An dieser Stelle tritt die kaum zu verhindernde Ausweitungstendenz einer weiteren Liberalisierung der ärztlichen Suizidassistentz deutlich hervor.

Es zeigt sich zudem, dass gerade diejenigen Patienten, auf die in der öffentlichen Debatte um den ärztlich assistierten Suizid in erster Linie verwiesen wird, nämlich Patienten am Lebensende mit schwer behandelbaren Symptomen, vergleichsweise selten Suizidbeihilfe nachfragen oder in Anspruch nehmen. Daten aus Oregon, wo Ärzte Medikamente zur Selbsttötung verschreiben dürfen, belegen, dass es vor allem psychosoziale Motive sind, mit denen Betroffene ihren geplanten Suizid begründen. Dazu zählen der Verlust von Lebensperspektiven, die Angst, anderen zur Last zu fallen oder die Sorge vor Autonomieverlust. Die unzureichende Kontrolle von Schmerzen oder die Angst davor findet sich dagegen deutlich seltener als Motiv [2]. Kritisch diskutiert werden auch die möglichen Auswirkungen des sogenannten „Death with Dignity Acts“ auf vulnerable Bevölkerungsgruppen [15].

Unter den Menschen, die in Deutschland auf Sterbehilfevereine zugehen, leidet ebenfalls nur eine Minderheit an palliativmedizinisch unzureichend behandelbaren Symptomen oder befindet sich in Todesnähe. Häufiger finden sich Motive wie Angst vor Pflegebedürftigkeit, die Ablehnung unwürdiger Zustände in Alters- und Pflegeheimen, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit oder eine generelle Lebensmüdigkeit [3, 7].

Zur Rolle des Hausarztes am Lebensende

Bislang fehlt es an hausärztlichen Perspektiven zur ärztlichen Suizidbeihilfe. Dabei sind es vor allem Hausärzte, die Menschen beim Sterben begleiten, sei es in häuslicher Umgebung oder – zunehmend häufiger – in Pflegeheimen [16, 17]. Mehr als bisher und unabhängig vom Problem der Suizidbeihilfe sollte herausgestellt werden, dass der von den Befürwortern einer liberalen Regelung oft zitierte „Qualtod“ [18] glücklicherweise eine Ausnahme darstellt [19: 25]. Diese Tatsache wieder stärker im öffentlichen Bewusstsein zu verankern, könnte dazu beitragen, Ängste in der Bevölkerung abzubauen und dem Eindruck entgegenzuwirken, ein Sterben ohne Leiden sei nur mit vorzeitiger Lebensbeendigung möglich.

Dr. med. Florian Bruns, M.A. ...



... war als Arzt in der Inneren Medizin und in der Klinischen Ethikberatung tätig. Seit 2012 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Berliner Charité.

Trotzdem muss die in den letzten zehn Jahren vielfach schon deutlich verbesserte, qualifizierte multiprofessionelle Palliativbetreuung durch miteinander vernetzte Pflegenden, primär behandelnde Ärzte (und wo nötig Spezialisten) künftig weiter entwickelt und lückenlos verfügbar werden, im ambulanten wie im stationären Bereich und insbesondere auch in Heimeinrichtungen.

Insgesamt findet die Perspektive der Hausärzte, obwohl gerade sie die ganzheitliche Betreuung älterer, chronisch kranker, nicht selten lebensmüder Pa-

tienten sicherstellen, in der öffentlichen Debatte über den ärztlich assistierten Suizid zu wenig Berücksichtigung [20]. Mit ihrer häufigen Kenntnis des psychosozialen Hintergrunds der Patienten kommt Hausärzten zudem eine wichtige Rolle in der Suizidprävention zu.

Angesichts dessen besteht unseres Erachtens nicht allein weiterer Forschungsbedarf zur hausärztlichen Handlungspraxis am Lebensende. Wir sehen auch die Notwendigkeit, die Bedeutung des hausärztlichen Wissens

und Wirkens bei der Betreuung Sterbender vermehrt ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Auch nach der Entscheidung des Deutschen Bundestages, die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung zu verbieten, wird die Auseinandersetzung über ärztliches Handeln am Lebensende und den Umgang mit Sterbewünschen von Patienten wichtig und notwendig sein.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Florian Bruns, M.A.
Institut für Geschichte der Medizin und
Ethik in der Medizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Thielallee 71
14195 Berlin
Telefon: 030 450529045
florian.bruns@charite.de

Literatur

1. Luoma JB. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909–916
2. Oregon Health Authority. Death with Dignity Act Annual Reports. Years 1–16 (1999–2014). <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx> (letzter Zugriff am 20.11.2015)
3. Hohendorf G. Auf der schiefen Ebene: Zur Praxis von Sterbehilfeorganisationen in Deutschland. *Z Lebensr* 2014; 23: 52–57
4. Maitra RT, Harfst A, Bjerre LM, Kochen MM, Becker A. Do german general practitioners support euthanasia? Results of a nation-wide questionnaire survey. *Eur J Gen Pract* 2005; 11: 94–100
5. Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J. Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 2015; 140: e1–e6
6. Freund M, Lüftner D, Wilhelm M (Hrsg.). Ärztlich assistierte Selbsttötung. Umfrage zur ärztlichen Versorgung von Krebspatienten. Ethische Überlegungen und Stellungnahme. Berlin: Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, 2015
7. Kusch R, Spittler JF. Der Ausklang. Leitfaden für Selbstbestimmung am Lebensende. Norderstedt: Books on Demand, 2014
8. Hillenkamp T. Suizidbeihilfe im Nahfeld – Der strafrechtliche Hintergrund. In: Anderheiden M, Eckart WU (Hrsg.). *Handbuch Sterben und Menschenwürde*. Band 2. Berlin: Walter de Gruyter, 2012: 1033–1053
9. Gavela K. Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe. Heidelberg: Springer, 2013
10. Höffe O. Der Tod von eigener Hand: Ein philosophischer Blick auf ein existentielles Problem. In: Bormann FJ, Borasio GD (Hrsg.). *Sterben*. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Berlin: Walter de Gruyter, 2012: 411–427
11. Maio G. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 2012
12. Sahm S. Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. Das Spannungsfeld medizinischer Entscheidung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg.). *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende. Stuttgart: Schattauer, 2008: 121–131
13. Spaemann R, Hohendorf G, Oduncu FS. Vom guten Sterben. Warum es keinen assistierten Tod geben darf. Freiburg: Herder, 2015
14. Deutscher Ethikrat. Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. Ad-hoc-Empfehlung. Berlin, 18.12.2014. www.ethikrat.org/dateien/pdf/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf (letzter Zugriff am 20.11.2015)
15. Finlay IG, George R. Legal physician-assisted suicide in Oregon and The Netherlands: evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups – another perspective on Oregon’s data. *J Med Ethics* 2011; 37: 171–174
16. Götze H, Perner A, Gansera L, Brähler E. „Da kann man nicht auf die Uhr gucken“ – Interviews mit Hausärzten zur ambulanten Palliativversorgung von Tumorpatienten. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 351–355
17. van Oorschot B, Schweitzer S. Ambulante Versorgung von Tumorpatienten im finalen Stadium. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 2295–2299
18. Hintze P. Kein Zwang zum Qualtod (13.11.2014). www.sueddeutsche.de/news/leben/gesellschaft-peter-hintze-kein-zwang-zum-qualtod-dpa-urn-news-m1-dpa-com-20090101-141113-99-02637 (letzter Zugriff am 20.11.2015)
19. Borasio GD. Über das Sterben. München: C.H. Beck, 2011
20. Abholz HH. Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie? *Z Allg Med* 2015; 91: 160–165