

# Almanya'da Ötanaziye Yaklaşım

## DISCUSSIONS ABOUT EUTHANASIA IN GERMANY

Dr. İnci HOT,<sup>a</sup> Dr. Hanzade DOĞAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Deontoloji ve Tıp Tarihi AD, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İSTANBUL

### Özet

Almanya'da İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra tartışılan kavramlardan biri ötanazidir. 1970'li yılların başında ölüme yardım konusu tıbbi etik problemlerden biri olarak yer almıştır. Almanya'da sadece aktif ötanazi yasal olarak düzenlenmiştir. İntihara yardım, indirekt ve pasif ötanazi için mahkeme kararları, tavsiyeler ile önergeler mevcuttur. Hollanda ve Belçika'da aktif ötanazinin uygulanmasına ilişkin yasal düzenlemeler yapılmıştır. Almanya'nın geçmişine baktığımızda tabulaştırılan ve çok az tartışılan ötanazi gelecekte uzun yıllar tartışılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Tıp etiği, ötanazi, Almanya'da ötanazi

**Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2006, 14:92-95**

### Abstract

One of the major ethical discussion topics in Germany after the Second World war has been Euthanasia. At the beginning of 1970s, assisting suicide has been one of the major ethical problems. In Germany only active euthanasia has been legislatively organized. For assisting suicide, active and passive euthanasia, suggestions and court decisions exist. Legislations about active euthanasia exist in Holland and Belgium. In the past, euthanasia has been discussed very little in Germany, but it seems as if it will be discussed a lot in the future.

**Key Words:** Medical ethics, euthanasia, euthanasia in Germany

**A**lmanca literatürde İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan birkaç spesifik problemden biri de ötanazi kavramında yaşanan kargaşa idi. Ötanazi kavramı bir taraftan engelli, istenmeyen insanların ve bazı hastaların sistematik öldürülmesi için kullanılırken, diğer taraftan bireysel hekim-hasta ilişkisi çerçevesinde yapılan ölüme yardım için kullanılıyordu.

Savaş sonrası süreçte, sadece çok az yayında ölüme yardım konusuna rastlanmaktadır. 1947 yılında hukukçular günü nedeniyle hukukçu Arndt konuşmasında bu konudan bahsetmiştir. Konuşması Almanya'da günümüze kadar devam eden ölüme yardım tartışmalarını başlattığı için dikkat çekici bulunmaktadır. Arndt tarafından gelecek tartışmalara ışık tutması için ötanazi ve ölüme yardım kavramları kesin ifadelerle ayrılmıştır.

**Geliş Tarihi/Received:** 16.05.2006

**Kabul Tarihi/Accepted:** 13.06.2006

**Makale;** Uluslar arası Birleşik Biyoetik Kongresi Kültürler Arası Biyoetik :Asya-Batı(14-18 Kasım 2005 Şanlıurfa-Türkiye) sunulmuştur.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. İnci HOT  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Deontoloji ve Tıp Tarihi AD, İSTANBUL  
incihot@yahoo.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

1960 yılında Spiegel Dergisi Nazi tarihinde birkaç hekimin ölüme yardım/ötanazi konusundaki yaklaşımlarını bildirdiğinde geniş kamuoyunun dikkatini çekmiştir. Derginin söz ettiği hekimler, ötanazi süreciyle ilişkili olarak Arndt'ın da bahsettiği kısmen aynı hekimlerle ilgilidir. Böylece bu tarz bir suç hakkındaki hüküm, toplumsal boyutta tartışmayı tahrik etmiştir. Kiel Üniversitesinde çocuk sağlığı profesörü Wernel Catel 1962'de yazdığı kitabıyla tıbbi olarak ölüme yardım ile çocukların sistematik öldürülmesine dikkat çekmiştir.

Altmışlı yılların sonunda yetmişli yılların başında ölüme yardım konusu ilk kez tıbbi etik problemlerin içinde geniş yer almaya başladı. Yaşamın uzatılması için gelişen tıbbi önlemler, organ transplantasyonu, ölüm zamanının kriterleri ve yoğun bakım önlemlerinin kesilmesi ile ilgili sorunlar ötanazi konusundaki tartışmaları kaçınılmaz yaptı.

İlk kez hasta, hasta yakınları, hemşireler, hukukçular ve etikçiler yaşamın kısaltılması konusunu tartışarak görüşlerini açıkça ifade ettikleri için 1973 yılında yapılan bir yayın heyecan uyandırdı.

Yetmişli yılların literatürü, önceki periyottan tıbbi davranış kapsamında ötanazi problemine odaklanmasıyla ayrılır. Bu zaman aralığındaki yayınlarda çoğunlukla ötanazi teriminin tıbbi olarak ölüme yardım için kullanıldığı

ğı görülür. Bu arada özellikle hem ötanazinin hukuki boyutunu, hem de bu süreçte hekim hasta ilişkilerini analiz eden doktora tezi de yapıldı. Doksanlı yılların literatüründe paliyatif tıp, hospiz bakımı ve demansla birlikte görülen hastalık problemleri dikkat çekmektedir.

1985 yılında tıp ve ceza hukuku profesörlerinden bir grup tarafından ölüme yardım hakkında bir yasa taslağı ileri sürüldü. Buna karşın bilirkişi ve toplumsal kuruluşların temsilcilerinin çoğunluğu aktif ölüme yardım konusunda yasa değişikliğine ihtiyaç olmadığı fikrini savundu. 56. Alman hukukçular gününde ölüme yardım konusunda yasal düzenlenmeye karşın, şüpheli problemin hukukun yorumuyla çözüldüğü görüşü temsil edildi.

Hukukçu ve diğer bilirkişilerin bu hüküm süren düşünceleri bugüne kadar değişmedi. 1998 yazında Frankfurt Üst Mahkemesinin, komadaki bir hastada yapay beslenmeye ilişkin kararı ölüme yardım konusundaki tartışmaları alevlendirdi.<sup>1</sup>

### Ötanazinin Değişik Formları ve Yaklaşımlar

Almanya'da hayatın sonunda tıbbi kararın dört formu görülür; aktif ötanazi, intihara yardım, indirekt ve pasif ötanazi. Yalnız aktif ötanazi yasal düzenlenmiştir. Diğer alanlar için mahkeme kararları, tıp çevrelerinin tavsiyeleri ve önergeler mevcuttur.

Aktif ötanazi altında öldürülmeye hayatın kısaltılması anlaşılır. Kişinin arzusu üzerine gerçekleştirilse de cezai olarak yasaktır. Yasağa gerekçe olarak kötüye kullanmanın tehlikesi neden olarak gösterilir.

Aktif ötanazinin aksine Almanya'da intihar için yardım cezalandırılmaz. Alman Ceza Yasası yaşamı istemeyerek ve suçsuzca tehlikeye girmiş her kişiye yardım etme zorunluluğı bulunduğunu kabul eder. Hukuken intihar eylemlerinin kaza kabul edilip edilmeyeceğı tartışmalıdır. Bu durumda yaşamın istenmeden ve suçsuz olarak tehlikeye girmesi unsurları yoktur. Kişi, kendini isteyerek bu duruma düşürmüştür. Çok sayıda hukukçu bu durumun yardım yükümlülüğü doğurmadığı görüşündedir. Bu görüşe göre, intihar eylemine kadar sorumluluk kişinin kendisindedir, ama eylem sonucu bilinci kapandığı durumda eylem sahipliğı konumu ortadan kalkarak yardıma ihtiyacı olduğu, bu sebeple herkesin bu kişilere yaşamı kurtarıcı yönde yardım etme yükümlülüğü bulunduğu görüşü vardır. Ancak örneğin çocuğun ebeveyni ya da belli koşullarda hastanın hekimi gibi kişi, intihar girişiminde bulunmuş kişinin himayesinden sorumlu ise yaşamı koruma yönünde davranmakla yükümlüdür. Söz konusu bu durumda sorumluluğı üstlenilen kişinin özerkliğini kullanmada yeterli olmamasından hareket edilmektedir. Alman Ceza Yasası intihar girişiminde bulunana yaşamı kurtarıcı yönde yardım etmeyi açıkça zorunluluk olarak tanımlamamış ve yasaklamamıştır. Ancak özgür iradesiyle davranmamış intihar

girişimcisine verilmiş olan aktif destek ve kurtulması için yapılması gerekenlerin yapılmaması suçtur. Ancak intihar, intihara girişim, intihara teşvik, intihara yardım da suç olarak sayılmaz.<sup>2</sup> Hekim hastaya ölümcül etkili ilacı verebilir. Hasta hekimin varlığında ölümcül etkili olan ilacı alırsa, ölümü engellemek için hekim hastayı engellemek üzere girişimde bulunmak zorundadır.<sup>3</sup> Alman hukukuna göre hekim intihar girişimcisine yaşam kurtarıcı müdahalede bulunmazsa, istek üzerine adam öldürme suçu islediğı iddiasıyla karşılaşır.<sup>2</sup> Hekim cezai sonuçtan kurtulmak için, intihar girişiminde bulunmuş ölmekte olanı hastayı yalnız bırakmak zorunda kalır. İntihara yardım Hekimler Birliğı tarafından da tıbbi ahlak açısından reddedilir.

İndirekt ötanazi içinde ağrı kesicilerin yüksek dozlarının yan etkisinin ortaya çıkması gibi, istenmeyen her türlü yaşam kısıltıcı araç anlaşılır.

Çoğu sorun pasif ötanazi alanında ortaya çıkmaktadır. Pasif ötanazi, yoğun bakım önlemlerinden vazgeçilerek hastanın ölüme terkidir. 1980'li yılların ortalarında sönen yaşamın korunması için yoğun bakım tedavisinin kesimi veya kabul edilmemesi arasında hukuki fark olmadığı, hukuk sözcüsü tarafından açıklandı. Her iki durumda hasta ölüm yatağındadır ve ilgili yoğun bakım önlemlerine karşı, görüşler kesin olarak ifade edilir. Ölüm süreci başlamadıysa ve hasta tarafından kesin istek açıklaması mevcut değilse karar zor ve tartışmalıdır. Federal Mahkeme 1994'de böyle bir vakada karar vermek zorunda kaldı. Kempten Ülke Mahkemesi 72 yaşında bir kadını tedavi eden hekimi ve bakıcı tutan oğlunu öldürme girişimi yüzünden para cezasına çarptırdı. Federal Mahkeme hükmü kaldırdı ve yeni muhakemeler için ülke mahkemesine örnek gösterdi. Yeni haklı çıkarmalar nedeniyle her iki sanık beraat etti. Bu sonuca göre ölüm olayı başlamazsa yaşamı koruyan önlemlerden vazgeçme caiz olabilir. Hastanın muhtemel istekleri kesindir. Bu muhtemel isteklerin kabulünde her şeyden önce hastanın önceki yazılı ve sözlü ifadesi, dini inancı, diğer kişisel değerleri, yaş koşullarında yaşam beklentisi veya ağrıya katlanma gelir. Bireysel kesin isteklerin tespiti söz konusu olmazsa mahkemenin görüşlerine göre genel değerlere uygun kriterlere bakılır. Federal Mahkeme, Kempten kararıyla ilk 1993 yılında tıbbi ölüme refakat için önergeyi Federal Hekimler Birliğine sevk etti. Mayıs 1997'de yeni yönergenin taslağı interdisipliner kurul tarafından tartışmaya sunuldu ve taslağın temeli bir daha gözden geçirildi. Ocak 1998'de tartışılmak üzere kamuoyuna sunuldu. Tıbbi ölüme refakat için Federal Hekimler Birliğı prensiplerini Eylül 1998'de yayımlandı. Federal Hekimler Birliğinin prensibinin içeriğı: önceki yönergenin paternalistik temel özelliğı kaldırıldı ve hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı vurgulandı. Ölüme kadar hastaya refakat tıbbi görev olarak adlandırıldı. Bunun dışında hekimin kararı tıp ve bakım çevreleriyle birlikte araması gerektiğı vurgulandı. Hastanın temel bakımı ve tıbbi teda-

visi arasında fark vardır. Temel bakım içinde açlık ve susuzluğun giderilmesi, nefes darlığı, bulantı ve ağrının azaltılması, vücut bakımı, barınma sayılır. Bunlar kaçınılmazdır ve her hastanın tedavi hedefinden bağımsız temel bakım hakkı vardır. Tıbbi tedavide farklı davranılır. Hayatı korumak için hekimin yükümlülüğü tüm durumlar altında oluşmaz. Hastanın ağrısının azaltılması ve onurlu ölüm için gerekli tedbirlerin alınması gerekir. Yaşamı uzatmak için önlemlerden hastanın isteğiyle uygun düştüğünde vazgeçilir veya alınan önlemler kesilir.

Federal Hekimler Birliğinin görüşlerine göre; yaşamı tehdit eden durumlarda, hastada şayet hastalık çok ilerlemişse, tedavi hedefinin değişikliği ve hayatı koruyan önlemlerin bırakılması hastanın isteğiyle uygun olarak dikkate alınır. Tedavi için hak ve yükümlülük hastadan alacağı rıza ile gerçekleşir. Hastanın isteğinin aksine hayatı koruyan bir önlemin alınması, hastalık durumunda bağımsız hukuka aykırıdır. Hasta isteğinin araştırılması hakkındaki bölümde hastanın isteğinin, tıbbi açıdan faydasından önce geldiği Federal Hekimler Birliği tarafından bildirilir.

Hasta rıza verecekse, hasta isteğinin araştırılmasında karar hiyerarşisi takip edilir. Hekim uygun olarak ifade edilen hastanın isteğini dikkate alır. Rıza yeteneğinde olmayan hastada yasal temsilcinin, ailenin veya vekilin açıklaması önemlidir. Ne hasta ne de yasal temsilci bulunmazsa veya bu anda tedarik edilmezse hekim somut durumda hastanın tahmin edilen isteğine uygun davranır.

Tedavi için gerekli onayı, karar yeteneğine sahip hastanın yazılı ve sözlü ifadesi gösterir. Somut durumda ifade edilen isteğin değişip değişmeyeceği kontrol edilmelidir. Bakımın yürütümü için vesayet mahkemesi aracılığıyla alınan karar hastaya bakım olanağı sağlar. Bakımın yürütümü için bakıcı ve hekim bağımlıdır, bakım arzusuna muhalefet etmediği sürece hasta, bakıcı talep edebilir. Bakıcı bir hasta kararını, bakım kararı gibi dikkate almamalıdır.

Birkaç yıl öncesine kadar yetki kararı için velayet mahkemesinin onayına lüzum duyulmuyordu. Bu sebepten birçok kişi yetki kararı bilinçli olarak imzalamıyordu. 1 Ocak 1999'dan sonra durum farklılık gösterdi. Bu tarihten itibaren bakım hakkı değişikliği yürürlüğe girdi. Hastanın önlemler nedeniyle öldüğü veya ağır ve uzun süreli sağlık problemlerinden acı çektiği dönemlerde, onaya ihtiyaç olduğu ifade edildi.

### Yapılan Araştırmalar

Yapılan bir ankette; hastaların sadece çeyreğinin yakınları, arkadaşları veya ev doktorlarıyla karar yeteneği durumunda; tıbbi olarak nasıl davranılacağını ve nasıl bakılmak istediği üzerine konuştuğu bildirildi. Benzer görüntüyü geropsikiyatri bölümünden 206 hastanın anketinin de verdiği bildirildi. Sadece 11 hasta (%5.4) hasta

kararını ve yetkisini gösterdi. 128 hasta (%62.7) bu tarz dokümanların hazırlanmasını tavsiye etti.

Şaşırtıcı olan buna karşın hasta kararında hekimin durumudur. Almanya'da 2002 yılında yapılan 1500 hekimin katıldığı ankette hasta kararını hekimlerin %84.5'i yardımcı, %14.5'i kısmen yardımcı olarak tanımladı. Ankete katılan doktorların %99'u hasta dosyası için hasta kararını almaya hazırlıklı olduğunu gösterdi.

Pratisyenlerin yarısı (%48.3) ve dahiliyecilerin yarısı (%50.4) tarafından son iki yılda tedavi kararlarında hasta kararının yol gösterdiği bildirildi.

Diğer bir sorun da, izin verilen pasif ve yasaklanan ötanazi arasındaki sınırdaki hekimler arasında önemli bir bilgisizlik ve güvensizlik olduğu gerçeğidir. 1995-1999 yılları arasında Rheinland-Pflanz'da onkoloji ve paliyatif tıp bölümündeki hekimlere uygulanan ankette, katılan 1058 hekimden %25.1'i katekolamin alan yoğun bakım hastalarında, katekolamin veriminin bitirilmesini, %48.8'i yapay solunumun kesilmesini genel olarak aktif ötanazi olarak tanımladı. Fedaral Hekimler Birliği açlık ve susuzluk hissinin giderilmesini yapay sıvının aynısı saydığını belirterek tıbbi ötanazi için prensipleri yazdığı esnada, hekimlerin %45.4'ü sonda ile sıvı verilmesini ve %30.2'si sonda üzerinden beslenmeyi vazgeçilmez temel bakım olarak tanımladı.

Almanya'da ötanazi nasıl görünüyor? Alman hekimler aktif, pasif ve indirekt ötanaziyi nasıl buluyor? Bu araştırma 1996'da Stern Dergisi tarafından yapıldı. Bu çalışmaya katılan pratisyen, dahiliye, cerrahi ve yoğun bakım grubundan 466 hekim intihara yardım, aktif ötanazi ile ilgili soruları yanıtladı.

Hollanda modeline hakkında hekimlere sorular yöneltilti. Bu model klinisyenlerin %65.5'i ve pratisyenlerin %51.2'si tarafından ret edildi. Çalışma sonucuna göre; Hollanda'da uygulanan ötanazi modelini klinisyenlerin %3.8'i ve pratisyenlerin %6.3'ü onayladığını bildirdi.

Ölüme yardım teması için tartışma ihtiyacı hekimlerin yarısından fazlası tarafından bildirildi. Kliniklerde tartışma ihtiyacının daha yüksek oranda olduğu gözlemlendi. Ayrıca pasif ve aktif ötanazi arasındaki sınırın ihlal edilmesi tehlike olarak gösterildi.

Aşağı yukarı her on hekimden biri Almanya'da aktif ölüme yardım olmadığını resmi olarak ifade etse de, meslek çevresinden aktif ötanazi vakası olduğunu bildirdi. Klinisyenlerin %1'i ve pratisyenlerin %8'i aktif ötanazi yapıldığını bildirdi. Buna karşın aktif ölüme yardım özellikle kişisel tanınan akraba, meslektaş veya arkadaşına verilen ayrıcalık olarak tanımlandı. Klinisyenlerin %39'u ve geri kalan hekimlerin %24'ü pasif ve aktif ölüme yardım arasındaki sınırın açıkça ayrılmadığını ve pratikte sorun yaşadığını bildirdi.

### Tartışma ve Sonuç

Özet olarak iyi bir palyatif bakıma rağmen dayanılmaz acılı, durumlarda yaşam kısaltıcılarla ötanazi oluşur. Aktif ötanazi veya intihara yardım için öneri hasta veya yakını tarafından yapılabilir. Fakat bu zaman zaman hekim tarafından da sezilebilir. Kural olarak bu arzuya uyulmaz. Hastalar acıyı bitirmek için tıbbi yöntemlerle öldürülemezler.

Aktif ötanazi ağır hastalar söz konusu olduğunda Almanya'da tartışılmaktadır. Aktüel tartışma çok uzun süreden beri özellikle Hollanda ve Belçika'da yapılmaktadır. Hollanda'da yirmi yıllık tecrübe ile ötanazi mevcuttur ve bu konuda 90'lı yıllarda yasal düzenleme yapılmıştır, Belçika 2002 Mayıs'ında bir ötanazi yasası çıkarmıştır. Bu yasa, hastanın özerklik ve zarar vermeme, yararlılık etik ilkelerine dayanmaktadır. Aktif ötanazi konusunda Almanya'da hekim, kilise ve politikacıların görüşleri Belçika ötanazi yasasının ve uygulamasından farklıdır. Hollanda tıbbi öldürme isteğini ve tıbbi intihara yardımı yerine getirmektedir. Hollanda'da ölüme yardım için gereken koşullar: çaresiz tıbbi bir durumun olması, dayanılmaz uzun süreli fiziksel ve psikolojik baskı, hastanın yazılı isteği, reşit ve yeterli zeka, ölüm arzusunun defalarca ifadesi, tıbbi danışmanlık, hastalığın dayanılmazlığı hakkındaki hüküm, hastalığın çaresizliği hakkında hekimlerin kararıdır. Bu gelişmeler Almanya'daki tartışmayı da etkiledi. Hıristiyan kilisesi yeni yasa düzenlemesini ret etti. Alman Federal Hekimler Birliği başkanı Belçika ötanazi yasasına tepki gösterdi. Tıbbi ötanazi için Federal Hekimler Birliğinin prensibi: "Aktif ötanaziye izin verilmez ve cezalandırılır" şeklinde ifade edildi.

Bu gelişmeler Almanya'da tıbbi ölümün klinik ve etik probleminin, hastanın isteğinin, kamuoyunda tartışılmasına yol açtı.<sup>4-7</sup>

Günümüzde Nazi Almanyası'nda yaşama arzusuna karşı uygulanan ötanazinin cinayet olarak değerlendirilmesi gerektiği konusunda bir uzlaşma söz konusudur.<sup>8</sup>

Son zamanlarda tıp teknolojisinde ulaşılan gelişmelere bağlı olarak ölüm denetlenebilen ve yönetilebilen bir süreç durumuna gelmiştir. Bu nedenle insanlar yalnız doğacak çocuklarının değil bedenlerinin biçimini, hastalıklarını ve ölümün zamanını da denetleme çabasıdadır. Ölüm yaklaşımında önemli rol oynayan tıp hem iyi bir yaşam hem de sakin bir ölüm sağlamalıdır.<sup>9</sup>

Dünyada ötanazi hareketi birtakım görüşlere göre kişilerin kendi kaderleri konusunda daha fazla söz sahibi

olmaları esasına dayanmakta iken, bazıları terminal dönemde olmayan hastaların ve dayanılmaz ızdırapları olanların da bu haktan faydalanması görüşünü savunmaktadır.<sup>10</sup>

Ülkemizde ötanazi yeni tartışmaya başlayan bir konudur. Türkiye'de ötanazi kavramının bugünkü anlamıyla gündeme gelmesi 1960'lı yıllara rastlamaktadır. Tıp teknolojisinde yaşanan hızlı gelişmeler ve yaşam destek sistemlerinin etkin kullanılmasına başlaması ile tartışmalar önem kazanmıştır. Şu anda geçerli yasalar çerçevesinde ötanazi ülkemizde adam öldürme kapsamı içinde kabul edilmektedir.<sup>11</sup>

Tedavi ve ölüme yardımın sınırı hakkında açıkça tartışmalar devam edebilir, ancak bu durum kavramsal sınırlama ve toplumsal tabu arkasında gizlenmez. Almanya'da 1945 yılından beri devam eden ve nasıl olduğunu belirlemedikleri korku, ne hastaya ne de tedavi eden hekimlere yardım etmektedir.

Almanya'nın tarihi sürecine baktığımızda çok az tartışılan ve bazılarınca korkuyla bakılan ötanazi konusu geçmişte olduğu gibi gelecekte de uzun süre tartışılan konulardan biri olmaya devam edecektir.

### KAYNAKLAR

1. Lunshof JE, Simon A. "Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland von 1945 bis in die Gegenwart". Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. In: Frewer CA, ed. Eickhoff Campus; 2000. p.237-49.
2. Simon A. End-of-Life decision Making in Germany. End-of-Life Decision Making A Cross-National Study. In: Blank-RHJ. C. Merrick. MIT; 2005. p.61-78.
3. Namal A. Etik Açısından Bireysel İntihar Karşısında Hekim. Uluslararası Katılımlı I. İstanbul: Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyum Kitabı; 2005. p.57-71.
4. Vollmann J. Patientenselbstbestimmung und aktive Sterbehilfe Klinische und ethische Probleme. Medizin und Ethik Aktuelle ethische Probleme in Therapie und Forschung. Universitätsbund Erlangen; 2003. p.107-23.
5. Csef H. Aktive Euthanasie oder bessere Palliativtherapie?. Schmerz. Springer-Verlag 1998;12:1-7.
6. Kutzer K. Sterbehilfe-Rechtsprechung und Folgen für Klinische Praxis. Gynakologe, Springer-Verlag 2001;34:568-9.
7. Salinger F. Sterbehilfe und Betreuungsrecht. MedR 2004;5:237-44.
8. Oğuz NY. Tıp Etiği Açısından Ötanazi 3P, 1996;4:5-8.
9. Dekkers W. "Neye 'ölüm' deriz? Batı kültüründe yaşamın sonu hakkında bazı düşünceler". Çev:Y. Oğuz. 3P Dergisi 1996;4:9-16.
10. Oral U. Ötanazi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik 1995;3:8-11.
11. Oğuz NY. Pediatrik Ötanazi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1996;39:767-76.