

Sind Suizidprophylaxe und Sterbehilfe miteinander vereinbar?¹

Statement des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für
Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS)

Werner **FELBER** und Manfred **WOLFERSDORF**

unter Mitarbeit des gesamten Vorstandes der DGS²

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) hat sich bisher bewußt mit Beiträgen zur zunehmenden öffentlichen Diskussion um die aktive Sterbehilfe zurückgehalten. Es schien jetzt an der Zeit, die bisherige Zurückhaltung mit einer eigenen Stellungnahme aufzugeben, zumal dazu bereits im Januar 1994 eine Klausurtagung des Vorstandes der DGS stattgefunden hat. Mehrere medizinische und suizidologische Gesellschaften haben zu der Thematik bereits Stellung genommen (General Board of the Royal Dutch Medical Association 1996; GRAHAM 1994; KELLEHER 1992; KELLEHER et al. 1995; KLINKHAMMER 1997; LEENEN 1989; MALTSBERGER 1996). Anhand von Thesen, welche den Hauptgegenstand der Erarbeitung im Vorstand der DGS bildeten, werden die Aussagen gebündelt und kurze Ausführungen daran angeschlossen.

1. Eine Bescheidung bei der öffentlichen Diskussion um die Themen „Beihilfe zum Suizid“ und „Aktive Sterbehilfe“ durch Ärzte erscheint - besonders in Deutschland - angemessen.

Der Arzt braucht in dem ohnehin fragiler werdenden Verhältnis zum leidenden Menschen - dem Patient - Vertrauen und Ruhe, was durch die immer lautstärker werdende Diskussion um das Thema „Aktive Sterbehilfe“ für lange Zeit irritiert werden kann. Man könnte provokatorisch sagen: Jeder in der Gesellschaft hat mehr ein Recht, dieses Thema nachdenkend anzupacken, als der Arzt. Wir als Ärzte können und sollten nur deutlich machen, daß wir den (gegebenen) Tod nicht wollen und nicht töten werden, daß wir aber auch nicht das Recht für uns in Anspruch nehmen können, das

¹ Veröffentlicht in: Suizidprophylaxe 92 (1997) 109-113

² Ruth Bauermeister, Thomas Bronisch, Gert H. Döring, Regula Freytag, Thomas Giernalczyk, Jürgen Kratzenstein, Jürgen Schramm, Michael Witte, Regina Wolf-Schmid

Sterben zu manipulieren. Auf den feinen, aber entscheidenden Unterschied zwischen Tod und Sterben haben FUCHS und LAUTER [1997] hingewiesen: „Ziel des Behandlungsabbruchs ist das Sterben, Ziel des Tötens ist der Tod. Ihn kann der Arzt (nicht nur er; W.F.) erzwingen, nicht das Sterben.“ Es ist jedenfalls moralisch unerträglich, daß Parlamente, wie jüngst in Australien geschehen, in wenigen Wochen hin- und her entscheiden, ob Töten erlaubt sei oder nicht.

2. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS) tritt programmatisch für eine Suizidverhütung mit all ihren Differenzierungen und Schwierigkeiten ein. Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid bleibt deshalb ein durch sie auszuschließender Sachverhalt.

Suizidprophylaxe ist nicht etwas, was man „eben mal tut“. Sie ist sowohl betreffs ihrer praktizierten Hilfe, ihrem ethischen Selbstverständnis als auch ihrer wissenschaftlichen Erkundung eine Herausforderung. Hier sind nicht nur Ärzte tätig, sondern auch Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenschwestern/-pfleger, Theologen, ausgebildete (nichtprofessionelle) Ehrenamtliche u.a. Ein vorrangiges Ziel ist dabei, Helfer durch Ausbildung, Selbsterfahrung und Supervision zu gewinnen, die es bewältigen, mit unmittelbar Suizidgefährdeten und mit Menschen in unterschiedlichen Krisen zu arbeiten. Das ist keine leichte Tätigkeit. Motivation ist in beiden Richtungen vonnöten: auf den Patienten/Klienten und auf sich selbst gerichtet. Die therapeutische Beziehung z.B. bei narzißtischen Krisen, Borderline-Störungen, depressiven Patienten, Identitätskrisen bei Jugendlichen, Vereinsamung im Alter u.a. ist bekanntlich kompliziert und muß gepflegt werden.

In aussichtslos bleibenden Beziehungen können wir allenfalls *loslassen*. Das bedeutet: Ich akzeptiere die Position des Anderen, seine Intention zur Selbstaufgabe. Das bedeutet aber auch: Ich stehe jederzeit zur Verfügung, bin bereit, mit ihm die Lebensanteile, die es potentiell immer gibt, weiter zu pflegen, *bis zur letzten Stunde*. Es muß jemand geben, der dafür da ist. Das bedeutet jedenfalls nicht: Ich identifiziere mich mit seiner Selbstaufgabe und lasse mich zur Handlungsbestimmung verführen und benutzen.

3. Nicht nur die Mitglieder der DGS, sondern jeder Arzt gerät durch eine Beteiligung an einer aktiven Sterbehilfe in einen unlösbaren Rollenkonflikt, der aus den dann gegensätzlichen beruflichen Handlungszielen erwächst.

Die geschilderte Bereitschaft, dazusein bis zum selbstgewollten Tod eines Menschen, müßte radikal aufgegeben werden, um aktive Sterbehilfe leisten zu können. *Beides zugleich* ist nebeneinander oder nacheinander *nicht möglich*. Wann darf der Umschlag erfolgen? Wo hört das eine Verständnis (für Lebensanteile) auf und wo fängt das andere (für Todesanteile) an? Wieviel benötigt der Einsatz des Suizidenten, um bis zu diesem Punkt zu kommen? Wer von den Helfern bringt wieviel Kraft auf und wie lange hält sein Verständnis durch? Das heißt doch letztlich: Wann brennt er aus? BÖHME (1993, S. 77) kennzeichnet in der gescheiterten Psychotherapie den „Rollenwechsel vom Therapeuten zum Todeshelfer“ als einen Betrug, indem solche Patienten auf der letzten Wegstrecke ihres Lebens einen Gefährten gefunden glauben, „obwohl er an der Schwelle des Tores, das sie durchschreiten, zurückbleibt“, und markiert diesen Rollenwechsel als „Allmachtsphantasien des gescheiterten Helfers“. Die Amerikanische Gesellschaft für Suizidologie (AAS) hat in ihrem „Report of committee on physician-assisted suicide and euthanasia“ (MALTSBERGER 1996) definitiv angemerkt, daß sie auch für mißlungene assistierte Suizide bereitsteht.

Ein Wort noch zum juristischen Hintergrund der „Beihilfe zum Suizid“: Nach altem römischem Rechtsgrundsatz muß ein Straftatbestand einen Täter und ein Opfer in Form von zwei Personen aufweisen, um juristische Relevanz zu erlangen. Deshalb kann Suizid kein solcher sein. Wenn das so ist, kann die Beihilfe zu einem Nicht-Straftatbestand auch nicht strafbar sein. Entscheidend für die justitiable Bewertung ist dabei die ausgeführte eigene Handlung des Suizidenten bzw. die Handlungsaktivität eines Helfers. Die Nähe zur unterlassenen Hilfeleistung, Tötung auf Verlangen oder aktiven Sterbehilfe ist jeweils aus juristischer Sicht aufzuarbeiten. „Beihilfe zum Suizid“ ist damit kein juristisches, wohl aber in hohem Maße ein ethisch-moralisches Faktum, welches u.a. im (z.B. medizinischen) Standesrecht Berücksichtigung findet. Dieses beruft sich dabei auf die Garantenstellung des Arztes gegenüber seinem Patienten.

4. Die DGS betreibt keine militante Suizidverhinderung. Das Thema „Freiheit zum Suizid“ bleibt dem Helfer / Therapeuten im Einzelfall offen, es ins Gespräch mit dem Klienten / Patienten einzubeziehen.

Hier begründet sich eine entscheidende Grenzziehung bzw. Offenheit gegenüber Andersdenkenden hinsichtlich Verfügbarkeit über das eigene Leben. Es gibt keine Leistungsprämierung für verhinderte Suizide (wie bei der DGHS³ für „humane“ Sterbehilfe). Der früh vertretene Standpunkt Ringel's in der These „jeder Suizid ist ein nicht verhinderter Suizid“, der ausgeht von dem durchgehenden Krankheitsparadigma „Suizid als Abschluß einer krankhaften Entwicklung“, ist heute so einseitig nicht mehr aufrechtzuhalten. RINGEL hat sich selbst davon distanziert z.B. in einem Vortrag zum Internationalen Kasseler Gerontologischen Gespräch 1991: „Es ist nicht die Aufgabe der Selbstmordverhütung..., einen Menschen um jeden Preis am Leben zu erhalten... Aber wo uns das nicht gelingt, ...müssen wir in Demut zur Kenntnis nehmen, daß wir schwache Menschen sind und daß wir die letzte Entscheidung über Leben und Tod jedem Einzelnen überlassen müssen...“ (zit. nach POHLMEIER 1993, S. 103f.). Heute erscheint es manchem bereits schwer verständlich und nur als vereinseitigender Motivationsschub zur Suizidprophylaxe begreifbar, daß eine solche Position entstehen konnte.

5. Persönliche Meinungen von Helfern bzw. Therapeuten der DGS in Sachen Suizidprophylaxe können divergent sein, soweit sie dem satzungsgemäßen Grundanliegen der DGS nicht zuwider laufen.

Grundsätzlich ist die freiwillige Entscheidung des Menschen in einer Krise oder nach einer parasuizidalen Handlung - mit gewissen Ausnahmen (s. 7. These) - für den Helfer/Therapeuten handlungsbestimmend. Die DGS reglementiert ihre Mitglieder nicht, die bisherige 20jährige Geschichte hat kein Beispiel dafür aufgezeigt. In dem Sinne akzeptiert die DGS gerade in Deutschland soviel organisatorische und inhaltliche Pluralität wie kaum in einem anderen Land, was die *Befrienders International* in ihrer Studie über „Suizidprävention in der Europäischen Gemeinschaft“ schon als merkwürdig und z.T. beklagenswert festgestellt haben. Die Freiheit gegenüber dem Grundanliegen kann übrigens in Einzelfällen auch rollenentkrampfend, damit beziehungsfördernd sein und schließlich potentielle suizidprophylaktische Wirkung haben.

6. Suizidverhütung ist das höhere humanistische Gut, das es zu bewahren gilt.

³ Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben

Das größte Leid entsteht immer noch durch den Suizid, nicht durch dessen Nichtunterstützung. Erinnert sei an die Hinterbliebenen nach Suizid (Kinder, Partner, Eltern, Nahestehende), an deren Trauer-Versagens-Schuld-Reaktion und die (langzeitige) Vorbildwirkung via Modelllernen. Wir - Ärzte, Psychiater, Suizidologen und alle Helfer - haben eine Garantenleistung für die angesprochene Gruppe leidender Menschen zu erbringen.

Behandelbare psychische Störungen, deren Erkennung auch heute noch besonders schwierig ist, sowie beratungs- und therapiefähige persönliche und psychosoziale Krisen sind die wesentlichen Auslöser von Suiziden. Beide können verbunden sein mit schweren existentiellen Bedrohungen, langwieriger Therapieerfolglosigkeit und individuellen Grenzerfahrungen. Gerade dort müssen wir Garanten kommunikativer Begegnung bleiben und im Bemühen um Suizidverhütung nicht nachlassen. Verlorene letzte Hoffnungen waren ja der Ausgangspunkt des Suizidanten für den Gedanken an seinen Suizid.

7. Suizidverhütung ist zum Teil unpopulär, weil schwer ausgeprägte psychische Störungen mit der Freiheit zur Selbstbestimmung zeitweilig kollidieren können.

In keinem anderen medizinischen bzw. allgemeinmenschlichen Bereich gibt es so viele Mißverständnisse wie hier. Erinnert sei nochmals an die Kontroversen um RINGEL und AMERY in den 70er Jahren (POHLMEIER 1978), die in ihren Ausgangspunkten beide festgefahren schienen: RINGEL, der den Selbstmord als Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung begriff und einen so Gefährdeten lieber 20 Jahre in einer geschlossenen Einrichtung zu halten trachtete als ihn mit der Entlassung der drohenden Suizidgefahr auszusetzen (RINGEL 1980); und AMERY (1976), der Selbstmordprophylaxe als schweres Mißverständnis ansah und jene, die derartiges betrieben, als partiell anmaßend attackierte.

Nur wer entsprechend psychiatrisch geschult den episodischen Charakter zahlreicher psychischer respektiv psychotischer Störungen verstanden hat, kann den juristischen Akt einer öffentlich rechtlichen bzw. zivilrechtlichen Einweisung in eine womöglich geschlossene psychiatrische Abteilung nachvollziehen. Volksabstimmungen zu diesem Sachverhalt - so in den Niederlanden vorgesehen - sind prinzipiell fragwürdig, wenn man sich z.B. vorstellt, 1938 hätte eine solche in Deutschland stattgefunden.

8. Die Gefahr der inflationären Folgen einer aktiven Sterbehilfe drängt Schwächere weiter an den Rand der sozialen Gemeinschaft.

Diese Befürchtung kann sehr schnell zu einem beängstigenden Szenario werden, wenn 120-Jährige nicht mehr gefeiert, sondern als besonders hartnäckig und widerborstig am Leben hängend angesehen werden. Die tötenden Kriminellen gewisser Alten- und Pflegeheime würden dann zu Vorreitern einer nachträglich sanktionierten Entwicklung. Das Thema ist virulent. In den Niederlanden ist ein steter Anstieg (seit 1990 um 40%) aktiver Euthanasiefälle zu beobachten, es sollen ca. 3000 Menschen pro Jahr (was 1,8% der jährlichen Todesfälle ausmacht) sein. 2/3 der Fälle, so wird vermutet, werden nicht mehr gemeldet. Ein überprüfbares Einverständnis liege nur noch von einem Bruchteil vor. Inzwischen sind mißgebildete Säuglinge, körperlich unversehrte psychisch Kranke getötet worden. Hauptmotive sind längst nicht mehr unerträgliche Schmerzen, sondern vielmehr Beziehungsprobleme, wie Angst vor Abhängigkeit von Mitmenschen, Entstellung und Würdelosigkeit. In knapp der Hälfte der Fälle waren übrigens zwischen geäußertem Todeswunsch und Tötung erst wenige Tage oder sogar nur Stunden vergangen. Mittlerweile werden ca. 1 000 Menschen im Jahr getötet ohne oder mit nur mutmaßlicher Zustimmung⁴.

9. Die gegenwärtige Rechtssituation in Deutschland bietet ausreichenden Spielraum im Ermessen von Leidenslinderung versus Lebensverlängerung um jeden Preis.

Als Beispiel wurde schon genannt die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen bzw. Schmerzbekämpfung bei mit Sicherheit zu erwartendem baldigen Tod ggf. unter Zugrundelegung des mutmaßlichen Willens des Kranken bzw. seiner Angehörigen. Die daraus erwachsenden Möglichkeiten ärztlichen Handelns spiegeln auch die Befragungsergebnisse von Teilnehmern des Werkstattgespräches der *Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen* in Zusammenarbeit mit der *Akademie für Ethik in der Medizin* und der *Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention* am 25./26. September 1992 in Bad Nauheim

⁴ Wir reflektieren auf die Niederlande nicht, um dortige Verhältnisse zu kritisieren sondern um diese Erfahrungen für uns in Deutschland zu nutzen.

(Akademie für ärztliche Fortbildung... 1993) wider, die ganz überwiegend mehrheitlich Fragen einer aktiven Euthanasie ablehnten, die einer passiven und indirekten Euthanasie aber befürworteten. Mit letzterer sind vor allem die Ablehnung grenzüberschreitender lebensverlängernder Maßnahmen und eingreifende, eine potentiell lebensverkürzende Wirkung einschließende Schmerztherapie gemeint, wofür nicht zwingend der Euthanasie-Begriff verwendet werden muß, weil er in diesem Zusammenhang eher mißverständlich aufgefaßt werden kann.

10. Eine überengagierte Medizin mit ihren bald schon fehlenden technischen Grenzen ignoriert potentiell Würde und Wahrung von Individualität und Schöpfung, weshalb ihre Begrenzung zwingend wird.

Dies ergibt sich aus einem wachsenden Widerspruch zwischen einerseits grenzenloser Lebensverlängerung und Normenanpassung und andererseits der latenten Bereitschaft zur Suizidassistenz und aktiver Euthanasie. Beide stehen in der Gefahr, Angst unter jeweils anderen Gruppierungen medizinischer Laien zu verbreiten: Auf der einen Seite Organspende, vorgeburtliche genetische Analyse, unkontrollierte kosmetische Operationen, Geschlechtsumwandlungen, Penis- und Vaginal-Optimierungen, Gentherapie, Tierorganersatz, maschinelle Lebenserhaltung, bald schon vielleicht Ganzkörper-Einfrierungen und Duplikate klonen - jedoch: den Tod wird man nicht abschaffen; auf der anderen Seite straffreie aktive Sterbehilfe, Tötungsanstalten, Euthanasie-Tourismus, Überredung zum assistierten Suizid, Vernichtung lebensunwerten Lebens - jedoch: eine optimale Gesellschaft läßt sich auch damit nicht erreichen. Grenzen für den Mediziner liegen vielmehr zwischen Schmerz- und Angstreduktion vs. Todesrisiko. Grenzen für die Gesellschaft müssen sich aus deren Definitionen ergeben. Die Medizin kann diese nicht oder nur einseitig definieren. Die Diskussion in der Kirche kommt allenfalls schleppend in Gang (MÜLLER-OERLINGHAUSEN 1997).

11. Die ökonomisch perhorreszierte, sozial-darwinistische These von der Unbezahlbarkeit des Alters gehört zu den Paradoxien unserer Gesellschaft.

Historisch gesehen: Noch nie konnte die Menschheit soviel Reichtum produzieren wie heute, doch noch nie hat die Gesellschaft ihre Ärzte beauftragen wollen, die sich überflüssig Fühlenden zu töten. Geografisch gesehen: Nirgends ist in der Breite so viel

Reichtum angehäuft wie in den Industrieländern Europas, Nordamerikas und in Australien, doch in keinem Armuts-, Entwicklungs- oder Schwellenland kommen die Ärzte auf die Idee, ihren subjektiv vermeintlichen Versagern die Todesspritze zu geben.

12. Wir halten die Diskussion über eine aktive Sterbehilfe für den Beginn eines kollektiven Burn-Out-Syndroms im Gefolge der enttäuschten Utopie vom sozialen Modell des Menschen und seiner Gesellschaft.

Mit Leid und Elend war der Mensch in der Gesellschaft und in ihren Bemühungen die Medizin von Anbeginn bis in die jüngste Vergangenheit immer schon konfrontiert. Es ist wohl eher das Problem der Abnormenschranke - jener imaginären Grenze, die den Wert einer Sache, eines Verhaltens oder Gefühls, z.B. einer Beziehung oder einer Schmerztoleranz, als innerhalb oder außerhalb einer Norm kennzeichnet - , welche immer enger definiert wird und damit Unerträglichkeit anders begreift. Offensichtlich kann auch der Bereich somatischer Therapie Utopien enthalten, die allzu schnell auszubrennen vermögen.

Literatur:

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (Redaktion H.-L. Wedler u. G. Rieck): Suizidprävention und Sterbehilfe: Indikation - Kontraindikation. Selbstverlag, Bad Nauheim 1993

AMERY, J.: Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Klett-Cotta, Stuttgart 1976

BÖHME, K.: Möglichkeiten und Grenzen der Suizidprävention. In: Akademie f. ärztliche Fortbildung u. Weiterbildung d. LÄK Hessen (Redaktion H.-L. Wedler u. G. Rieck): Suizidprävention und Sterbehilfe: Indikation - Kontraindikation. Selbstverlag, Bad Nauheim 1993, S. 66 - 81

FUCHS, T.; LAUTER, H.: Kein Recht auf Tötung. Dt. Ärztebl. 94 (1997) A - 220 - 224

General Board of the Royal Dutch Medical Association: Vision on euthanasia. Ital. J. Suicidol. 6 (1996) 9 - 29

GRAHAM, G.: Suicide and voluntary euthanasia: a moral philosophical perspective. Divergent perspectives on suicidal behaviour. In: M.J. Kelleher (ed.): Fifth European Symposium on Suicide. Cork September 1994, pp. 120 - 127

KELLEHER, M.J.: Euthanasia, suicide and assisted suicide. Irish Med. J. 85 (1992) 125

KELLEHER, M.J.; CLARK D.; GOLDNEY, R. et al.: IASP Task Force on euthanasia and assisted suicide. *Crisis* 16 (1995) 111 - 115, 120

KLINKHAMMER, G.: Die Würde des Menschen wahren. Kongreßbericht zum Presseseminar der BÄK „Anfang und Ende menschlichen Lebens“, Köln, 15. 3. 1997. *Dt. Ärztebl.* 94 (1997) B - 651 - 652

LEENEN, H.J.J.: Dying with dignity: developments in the field of euthanasia in the Netherlands. *Med. Law* 8 (1989) 517 - 526

MALTSBERGER, J.T.: Report of the committee on physician-assisted suicide and euthanasia. *Suic. Life-Threat. Behav.* 26, Suppl. (1996) 1 - 19

MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B.: Euthanasie und aktive Sterbehilfe. Gesprächs- u. Vortragsreihe „Prinzip Verantwortung - wissenschaftlicher Fortschritt und menschliche Würde“, Berlin 7. 2. 1997

RINGEL, E.: Selbstmordverhütung im Wandel. In: W. Pödingner, M. Stoll-Hürlimann (Hrsg.): *Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis*. Huber, Bern / Stuttgart / Wien 1980, S. 16 - 25

POHLMEIER, H.: Vorwort des Herausgebers und Standortbestimmung einer öffentlichen Diskussion. In: H. Pohlmeier (Hrsg.): *Selbstmordverhütung - Anmaßung oder Verpflichtung*. Keil, Bonn 1978

POHLMEIER, H.: Praxis der Sterbehilfe in Deutschland: derzeitige Möglichkeiten und Grenzen. In: Akademie f. ärztliche Fortbildung u. Weiterbildung d. LÄK Hessen (Redaktion H.-L. Wedler u. G. Rieck): *Suizidprävention und Sterbehilfe: Indikation - Kontraindikation*. Selbstverlag, Bad Nauheim 1993, S. 100 - 116

WEDLER, H.: Ärztliches Handeln der Zukunft - Abschließende Diskussion. In: Akademie f. ärztliche Fortbildung u. Weiterbildung d. LÄK Hessen (Redaktion H.-L. Wedler u. G. Rieck): *Suizidprävention und Sterbehilfe: Indikation - Kontraindikation*. Selbstverlag, Bad Nauheim 1993, S. 169 - 177

WEDLER, H.: Suizidprävention in Europa. Bericht über die jetzt erschienene Studie der *Befrienders International* über Suizidprävention in der Europäischen Gemeinschaft. *Suizidprophylaxe* 22 (1995) 99 - 103

Weitere interessierende Literatur:

BIRNBACHER, D.: *Medizin-Ethik. Forum Philosophie, Materialien für den Unterricht*, hrsg. v. D. Birnbacher, T. H. Macho u. E. Martens. Hannover, Schroedel Schulbuchverlag GmbH 1986

BIRNBACHER, D.: Ethische Aspekte von Suizid und Suizid-Intervention. *Suizidprophylaxe* 23 (1996) 97 - 100

GROPP, W.: Zur Freiverantwortlichkeit des Suizids aus juristisch-strafrechtlicher Sicht. In: H. Pohlmeier, H. Schöch, U. Venzlaff (Hrsg.): Suizid zwischen Medizin und Recht. G. Fischer, Stuttgart / Jena / New York 1996, S. 13 - 31

KELLEHER, M.J.: Editorial: Assisted suicide and Euthanasia. Ital. J. Suicidol. 6 (1996) 7 - 8

MINOIS, G.: Geschichte des Selbstmords. Artemis & Winkler, Düsseldorf / Zürich 1996 (orig. franz. 1995)

MUNNICH, J.M.A.: Selbsttötung im Alter, eine geplante Wahl? Niederländische Erfahrungen und Betrachtungen. In: I. Friedrich, R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.): Suizid im Alter. Steinkopff, Darmstadt 1992, S. 19 - 30

POHLMEIER, H.: Freiverantwortlichkeit des Suizids aus medizinisch-psychologischer Sicht. In: H. Pohlmeier, H. Schöch, U. Venzlaff (Hrsg.): Suizid zwischen Medizin und Recht. G. Fischer, Stuttgart / Jena / New York 1996, S. 33 - 51

SCHÖCH, H.: Strafrechtliche Verantwortlichkeit von Ärzten bei Suizidhandlungen. In: H. Pohlmeier, H. Schöch, U. Venzlaff (Hrsg.): Suizid zwischen Medizin und Recht. G. Fischer, Stuttgart / Jena / New York 1996, S. 81 - 94

SCHÜLER-SPRINGORUM, H.; NEDOPIL, N.: Suizid oder von der Freiheit zu sterben, ein unterschiedlich medizinisch-juristisches Dilemma für Psychiater, Internisten und Chirurgen. In: H. Pohlmeier, H. Schöch, U. Venzlaff (Hrsg.): Suizid zwischen Medizin und Recht. G. Fischer, Stuttgart / Jena / New York 1996, S. 53 - 63

SIMSON, G.: Die Suizidtat. Eine vergleichende Betrachtung. C.H. Beck, München 1976

Sterbehilfe in der Diskussion. Report der Ärzte Zeitung 1996, Nr. 210, 216, 220; 1997, Nr. 21, 22, 23, 29, 37, 43, 52

SUTORIUS, E.P.R.: How euthanasia was legalized in Holland. Arnhem, 1984