Norbert Mappes

Humanes Sterben?

Seit den Zyankali-Aktionen des Medizinkritikers und Privatklinikchefs Julius Hackethal im Jahre 1984 wird auf verschiedenen Ebenen der Öffentlichkeit — in der Illustrierten-Presse wie in juristischen Fachzeitschriften, Traktaten zur ärztlichen Ethik und im Bundestag (Anhörung vor dem Rechtsausschuß im Mai 1985) — eine Debatte über »Sterbehilfe« geführt. Gemeint ist dabei meistens die Freigabe der Tötung auf Verlangen. Ähnliche Diskussionen gab es schon vor und nach dem ersten Weltkrieg, dann um das Jahr 1940, also parallel zu den Vernichtungsaktionen der Nazis und schließlich im Zuge der Strafrechtsreform um das Jahr 1973. Die Argumente sind dabei nicht neu; sogar der Hinweis, der rapide Fortschritt der Medizin dränge auf eine Neuregelung des Tötungsverbots, ist mindestens achtzig Jahre alt.¹

Die Lockerung des Tötungsverbots erscheint dabei als überfällige Reform. Eine rigorose, antiquierte Ethik, die aus dem Katholizismus stamme, zwingt Schwerstkranke, denen das Leben eine Last sei, zum Weiterleben um jeden Preis. Eine Neuregelung habe das Selbstbestimmungsrecht der Kranken zu respektieren und Barmherzigkeit zu ermöglichen. Solche Argumentation ist nur scheinbar plausibel; sie enthält vielmehr eine Reihe gefährlicher Implikationen.

Ethik-Diskussionen haben es an sich, streng abstrakt geführt zu werden. Der Blick auf die konkreten Umstände, die dabei ausgeblendet werden, verspricht im allgemeinen bessere Ergebnisse.

Das Recht auf den Tod

als ideologischer Begleiter des sozialpolitischen Umbaus

In einer Stellungnahme *Hackethals* für den Bundestag findet sich an herausgehobener Stelle der Satz: »Jeder Mensch hat das Recht, seinen Todeszeitpunkt selber zu bestimmen.« Der Satz ist absurd; gemeint ist das Recht eines jeden, seinen Todeszeitpunkt vorzuverlegen. Eine Verlegung nach hinten erscheint zwar vielen wünschenswert, ist aber nicht einklagbar. Die Forderung nach einem Recht auf Suizid, auf die der Satz sich reduziert, ist makaber. Ihm Geltung zu verschaffen (durch den Anspruch auf die aktive Unterstützung durch andere), bedeutet nichts weiter als die zweifelhafte Freiheit durchzusetzen, aus einem schlechten Leben, das geringer geachtet wird als der Tod, die verzweifelte Konse-

quenz zu ziehen. Die Freiheit, sterben zu dürfen, übersteigt in ihrer ethischen Qualität nicht das von Sartre formulierte Recht eines jeden, auch des Millionärs, nachts unter Brücken zu schlafen. Hackethals Satz ist die Persiflage auf ein bürgerliches Freiheitsrecht.

Der liberale Jurist, engagierter Sterbehilfe-Befürworter und Präsident des Oberlandesgerichts Braunschweig, *Rudolf Wassermann*, spricht, differenzierter als der Praktiker Hackethal, vom Recht auf den eigenen Tod als der »Freiheit, nein zu sagen, nicht mehr mitzumachen, auch und gerade im Tod der Herr seines Geschicks zu sein«. Diese »Erweiterung der Selbstbestimmung des Menschen« qualifiziert Wassermann als »normatives Gestaltungsrecht«. Das »Verlangen nach Todeskontrolle« sei »die Postulierung des Ideals der Mündigkeit im Leben wie im Sterben, des emanzipierten Endes einer Lebensgeschichte, die die Lebens- und Sterbensqualität höher bewertet als den menschlichen Fortschritt (...).«²

Die reale Situation von Sterbenden läßt sich in dieser geradezu hymnischen Apotheose auf den würdigen Abgang des autonomen Individuums kaum wiederfinden. Allenfalls wird man an Grenzfälle wie den viel zitierten Bilanzsuizid des Jean Amery denken, der vor seinem Tod noch dessen Apologie niederschrieb.

Wie vor einigen Jahren die Diskussion über Zweckmäßigkeit und Erlaubtheit des »Aussteigens«, begleitet heute die Rede von der Kunstfigur des bewußten Selbstmörders einen sozialen Prozeß. Vom »Aussteigen« war die Rede, als die Arbeitslosigkeit rapide stieg und vor allem Jugendliche aus der Gesellschaft drängte. Der freiwillige Aussteiger war der Arbeitslose als positiver Held. Daß er in Reinform kaum je zu finden war, tut dabei nichts zur Sache. Als glückliches Pendant zum unzufriedenen Erwerbslosen erfüllte er die Funktion, Arbeitslosigkeit als Lebensform einzuführen. Ähnlich muß der falsche Idealtyp des Selbstmörders dazu herhalten, die wirklichen Motive für Suizid zu verdecken.

Falsche Typisierung kennzeichnet besonders deutlich die Debatte um Sterbehilfe im engeren Sinn. Die tragischen Einzelfälle, an denen das Thema vornehmlich diskutiert wird, verleihen der Debatte den Schein, konkret zu sein. In Wirklichkeit werden die Einzelfälle nur als Idealtypen vorgeführt. Ihre Aufgabe ist, ein abstraktes Verhältnis in ihrer Person zu exemplifizieren. Um sie dazu geeignet zu machen, muß man ihnen in der Regel Gewalt antun. Ein in diesem Sinne idealer »Fall« soll: unter im Wortsinn unerträglichen Schmerzen leiden, diese dürfen auch mit dem größtmöglichen medizinischen Aufwand nicht stillbar sein; an einer Krankheit leiden, die in kurzer Zeit zum Tode führt; sich aus die-

sen (und keinen anderen) Gründen den Tod wünschen und physisch nicht in der Lage sein, ihn sich zu geben.

Schon im Fall der Hermy E., der Hackethal Zyankali auf den Nachtschiff stellte, hat *Götz Aly* unter den spärlichen bekannten Bedingungen einen Umstand entdeckt, der Zweifel daran weckt, ob sich selbst dieser von Hackethal zu propagandistischem Zweck sorgfältig ausgesuchte Fall zur Typisierung eignete: Frau E. traute sich wegen ihrer entstellten Gesichtszüge nicht mehr auf die Straße.³

Der Verdacht, daß in nahezu allen Fällen auch andere Motive beim Entstehen des Todeswunschs eine Rolle spielen oder der Todeswunsch auf dem Hintergrund rasch veränderbarer Bedingungen sich bildet, bestätigt unfreiwillig auch die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), die seit ihrer Gründung 1981 mit wachsender Resonanz für eine Lockerung des Tötungsverbots ficht. In Briefen »Betroffener« meist Angehöriger von Schwerstkranken, die die DGHS zur Unterstützung ihres Anliegens verbreitet, wird Sterbehilfe häufig als Ausweg aus Situationen gefordert, die zu Lebzeiten des Betroffenen noch veränderbar wären. So wünscht sich ein Vater eine Blausäurekapsel für die Tochter, der er eine aussichtsreiche Behandlung in der Schweiz nicht finanzieren kann.⁴ Auch die Illustrierte »Stern« erlitt 1974 mit einem »Paradefall« Schiffbruch: Um das Thema Sterbehilfe in die Diskussion zu bringen, präsentierte sie einen 22jährigen völlig Gelähmten, der getötet zu werden wünschte. Die Publizität seines Falls führte dazu, daß der Mann statt des Todes bessere Lebensbedingungen erhielt. Sein Todeswunsch verschwand, wie der »Stern« zwei Jahre später fair protokollierte.⁵

Der Tod als Ausweg lenkt ab von der notwendigen Verbesserung der Bedingungen, unter denen der Todeswunsch entsteht. Er tut dies nicht nur in dem trivialen Sinne, daß jeder ein gewisses Quantum also nur entweder zur Durchsetzung des Rechts auf den Tod oder zur Durchsetzung besserer Bedingungen in den Kliniken aufwenden kann, sondern er steht in prinzipieller Opposition zu allen Forderungen, die Situation der Schwerstkranken zu verbessern. Steht die Tötung als Ausweg offen, erlischt zugleich die zwingende Notwendigkeit, der unerträglichen Situation durch Verbesserung der Umstände beizukommen. Je weniger manipulierbar, vor allem bei steigendem Kostendruck, die Umstände in den Kliniken werden, desto gefährlicher wird die Manipulierbarkeit des Todeszeitpunkts.

Es ist eigenartig und nur mit der falschen Typisierung zu erklären, daß die Schilderung der Lage alter, bettlägeriger Kranker mit Dekubitalgeschwüren — die vor allem bei mangelhafter Pflege entstehen —

oder vereinsamer und verwaarloster alter Leute in Pflegeheimen nicht zur Anklage der Bedingungen führt, unter denen diese Menschen zu leben gezwungen sind, sondern nur zu Kopfschütteln über ein Rechtsempfinden, daß diesen Menschen die Gnade eines schnellen Todes verwehrt. Die Verve, mit der als letztes Recht das auf den Tod eingeklagt wird, ist ungleich größer als die, mit der die vorletzten Rechte auf ein menschenwürdiges Leben auch im Alter gefordert werden. Die »optimalen Bedingungen«, unter denen die Todeswünsche der falschen Idealtypen entstehen, gibt es in der Wirklichkeit nicht.

Die Kritik am unpersönlichen, menschlich kalten Krankenhausbetrieb richtet sich im Alltagsbewußtsein zunehmend weniger auf die zum Teil katastrophale Personalsituation vor allem in der Pflege, die kümmerliche soziale und psychische Betreuung oder die atmosphärische Sterilität der Räumlichkeiten, sondern immer mehr gegen »Übertechnisierung« und »Apparate«. Der kurzschlüssige Vorwurf an die medizinische Technik, sie sei Schuld an der Seelenlosigkeit der Krankenhäuser, trifft sich mit der inzwischen verbreiteten, aus einer anderen (ebenso abstrakten) Ethikdebatte herrührenden und genauso verheerenden Meinung, »der Mensch« sei ohnehin an einem Punkt angelangt, wo es »ihm« nicht mehr gestattet sei, in die »Schöpfung« einzugreifen und die Natur »seinen« Zwecken dienstbar zu machen. Ein meist noch theologisch verbrämter Sozialdarwinismus, der fordert, man solle »der Natur« doch ihren Lauf lassen, ist dabei, sich dem Common sense zu entwickeln. Neben den Gründen, die solchem Denken am nächsten stehen, hat ähnlich Problematisches die SPD erfaßt. Im Irseer Entwurf für ein neues Grundsatzprogramm (in dem im übrigen von den dringend erforderlichen positiven Gesundheitszielen kein Wort zu finden ist) zielt die Kritik am Gesundheitswesen in erster Linie auf »modernste Intensivmedizin« — dann, wenn »sie erkennbar menschliches Sterben verlängert und ihm dabei die Würde nimmt«, auf eine »kostspielige Prestigemedizin« und das Übertreiben von Apparatmedizin und Chemotherapie, wobei »einfache und kostengünstige Behandlungsmethoden außer acht gelassen« würden. Neben der Phrasenhaftigkeit (Verlängerung »menschlichen Sterbens« in Oppotistion zu »Lebensverlängerung«) muß die heuchlerische Verquickung von ethischen und ökonomischen Kriterien erschrecken. Deutlicher läßt sich der Ursprung solcher Kulturkritik aus den Nöten der Kostendämpfung nicht darlegen.⁶

Der Todeswunsch als Einsicht in die Notwendigkeit

Für die liberalen Befürworter einer Lockerung des Tötungsverbots ist der heilige Wille des Kranken nur scheinbar der letzte Maßstab. Ob dem Wunsch nachgegeben werden darf, entscheidet sich an der Frage, ob er vernünftig ist. Wenn der Wunsch aber vernünftig sein kann oder nicht, so ist es auch gegebenenfalls unvernünftig, sich den Tod *nicht* zu wünschen. So erweist sich als entscheidend für die Zuverlässigkeit einer Tötung auf Verlangen nicht die subjektive Wertschätzung des Lebens durch den Todeswilligen, sondern dessen objektiver Wert. Der Wille des Kranken oder Suizidalen ist in Wahrheit nur der subjektive Nachvollzug einer objektiven Entscheidung: Einsicht, daß es besser so ist.

Dazu gehört, daß der Tod seinen Platz in der therapeutischen Rationalität findet. Der südafrikanische Herzchirurg und Sterbehilfe-Befürworter *Christiaan Bernard* definiert den Kampf gegen das Leiden zum obersten Ziel der Medizin und erkennt den Tod als geeigneten Verbündeten dabei an: »Oft ist der Tod die einzig wirksame Therapie, mit der erreicht wird, was die Medizin nicht zustand bringt — das Ende der Leiden.«⁷ (Aus dieser Perspektive ist der Tod sogar der ideale Arzt: Er heilt alle Leiden zuverlässig und in Rekordzeit.)

Barnards Zweckbestimmung der Medizin hilft, ein Dilemma der Gesundheitsökonomien zu lösen: Die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen läßt sich nicht bestimmen. Kosten und Nutzen lassen sich nicht ins Verhältnis setzen, da der Nutzen nicht definiert ist. Das einzig meßbare und damit ökonomisch handhabbare Datum ist die Lebenszeit. Sie eignet sich auch deshalb, weil sie an das Datum der Lebensarbeitszeit erinnert, mit der in einem Teilbereich des Gesundheitswesens, der Rehabilitation, der Nutzen exakt zu definieren ist.

Da das Leben nach allgemeinem Rechtsempfinden nicht verfügbar und damit nicht austauschbar ist, eignet sich seine Dauer nicht als geldwertes Äquivalent. Nimmt man Lebenserhaltung zum Maßstab medizinischen Handelns, so bewirkt das Tötungsverbot, daß die Ausweitung medizinischer Leistungen tendenziell bis zum »Grenznutzen« geht: Dieser Punkt ist dann erreicht, wenn ein noch so hoher Aufwand an Mitteln zu keiner Steigerung des Ertrags mehr führt. An diesem Punkt ist nach einhelliger Meinung jede Therapie abzubrechen, weil sie nicht mehr hilft, sondern nur noch quält.

Diese Grenze gilt neuerdings als zu hoch, weil zu teuer. In Kreisen der Gesundheitsökonomien macht die Aussage die Runde, die Hälfte der Krankheitskosten seines Lebens verursache ein Mensch in den letzten

zwei Jahren vor seinem Tod.⁸ Der Grenznutzen wird über grenzwertige Näherung von Kosten und Nutzen immer weiter zugunsten der Kosten.

An einem bestimmten Punkt, an dem die Effizienz der Therapie und Pflege in bezug auf das Ziel der Lebensverlängerung nachläßt, kann dem Kranken mit den Argumenten der Sterbehilfe-Befürworter ein Tausch angeboten werden: Wenn er auf ein Stück Lebensverlängerung verzichtet, erhält er dafür ein Stück »Lebensqualität«, etwa Schmerzfreiheit oder einen »würdigen« Tod. Das Angebot setzt auf die ökonomische Rationalität: Die Lebensverlängerung ist der Ertrag, die Qual ist der Aufwand, der dazu geleistet werden muß. Der Tod ist vernünftig, wenn das Verhältnis von Aufwand und Ertrag nicht mehr stimmt. Was hier als »Aufwand« definiert ist, die Qual, nimmt genau die Stelle der Kosten von Gesundheitsleistungen ein. Der Tausch ist aber betrügerisch: Länge und Qualität des Lebens sind keine Alternativen, und medizinischer Aufwand ist auch nicht gleichbedeutend mit Qual. Das Angebot hat aber die Funktion, scheinbar noch ethisch sauber die Kriterien ökonomischer Rationalität in den Umgang mit Leben und Tod einzuführen.

Ehrlicher und ohne für früheren Tod einen Preis anzubieten, hat der Papst der bundesdeutschen Sozialmedizin, *Hans Schäfer*, selbstlose Einsicht in die Notwendigkeit gefordert:

»Es muß sich die Einsicht durchsetzen, daß niemand das Recht hat, um des geringen Vorteils sehr kurzer Lebensverlängerung willen hohe Opfer der Solidargemeinschaft zu verlangen. Zur Eigenverantwortung gehört auch die Bescheidenheit, die sich u.a. auf das freiwillige Opfer von Lebenszeit erstreckt.«⁹

Die Einsicht, die Schaefer fordert, gilt der Irrationalität des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Eine Tugend, die Bescheidenheit, ist dem Kranken so lange abzufordern, wie das Solidarprinzip seine spontane Einsicht in die Unvernunft des kostenspieligen Weiterlebens behindert. Der Sozialversicherte sieht sein Leben nun einmal nicht mit dem wägenden Blick des Kaufmanns. Solche Perspektive bleibt den Hinterbliebenen von Privatpatienten überlassen. Ein schönes Beispiel dafür liefert die DGHS mit einem der zitierten Briefe »Betroffener«. Mit der Erregung eines Kunden über die den Zeitwert übersteigende Reperaturrechnung an seinem schrottreifen Auto schreibt dort ein Mann nach dem Tod seiner Schwester:

»Die Bezahlung der letzten beiden Rechnungen des Krankenhauses, die in bekannter Überbewertung ihrer Tätigkeit unverschämterweise mir anheimgestellt wurden, habe ich abgelehnt.«¹⁰

In einem Aufsatz über »Ökonomische und sozialpolitische Aspekte der Intensivmedizin« hat der weitsichtige Generalsekretär der CDU, *Heiner*

Geißler, schon 1978 »Würde« als Preis für den Abbruch ineffizienter Therapie angeboten. Ebenso wie das Leben wird ihm dabei unter der Hand die »Würde«, die dem Grundgesetz als unantastbar gilt, verfügbar: Sie wird von einer Eigenschaft qua Menschsein zu erlang- und verlierbarer Geistigkeit oder Beseeltheit:

»Die Grenze für das Handeln des Arztes bzw. für unterlassene Hilfeleistung liegt danach dort, wo von einer Erhaltung der Menschenwürde, d.h. von einer mit Geist besetzten Person, nicht mehr gesprochen werden kann und jede Aussicht auf eine Wiedererlangung erloschen ist.«¹¹

Dort ist für Geißler zugleich die Grenze, »wo von Persönlichkeit und Person, also menschlicher Existenz nicht mehr gesprochen werden kann.«¹²

Um von der Vernunft des Todes und der Unvernunft des Weiterlebens zu sprechen, brauchen Geißler, Schaefer und der ungenannte Bruder nicht die Krücke des Selbstbestimmungsrechts. Geißlers Formulierungen machen zugleich klar, daß die Nazis mit der Vernichtung von geistig Behinderten der hier gemeinten Rationalität vorbildlich gehorcht haben.

Selbst Wassermann, der ausdrücklich eine scharfe Grenzziehung zwischen Selbst- und Fremdtötung verlangt, bemängelt an dem Vorschlag, die Tötung auf Verlangen freizugeben, daß er bei Apallikern und »sonst schwer Bewußtseinsgestörten, die dahinsiechen«, nicht greife.¹³ Zur scheinbaren Leitidee des freien Willens paßt auch nicht, daß die echten wie konstruierten Einzelfälle, die durch die Diskussion um das Recht auf den Tod geistern, fast durchweg alte Leute sind. Dabei ist doch gerade deren Wille, besonders wenn sie krank, bettlägerig und auf fremde Hilfe angewiesen sind, noch am leichtesten manipulierbar. Ihr zum Maßstab erhobener Wille bildet sich auf dem Hintergrund maximaler Fremdbestimmung. Ginge es wirklich vorrangig um Autonomie und Selbstbestimmung, müßte der Suizid junger Menschen die höhere Anerkennung genießen. Niemand mag aber die Verzweiflung etwa eines arbeitslosen Jugendlichen als »vernünftiges« Todesmotiv unterstellen.

Daß die Grenze zwischen Selbst- und Fremdtötung im öffentlichen Bewußtsein rasch passierbar und die Freiwilligkeit nur nachrangig ist, illustriert zudem die Tatsache, daß die Euthanasie-Morde der Nazis propagandistisch mit einem Sterbehilfe-Film vorbereitet wurden. Um die Bevölkerung auf die Mordaktionen einzustimmen, war es nicht nötig, zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Tötung zu differenzieren. Es genügte die Verbreitung der Erkenntnis, daß der Tod nicht immer die schlechteste Lösung sei und es entsprechend Menschen

gebe, die besser nicht lebten. Eine umfassende und kenntnisreiche Darstellung findet sich bei Götz Alv.¹⁴ Ich möchte sie hier nicht referieren und empfehle dringend die Lektüre seines Buches.

Bei den Befürwortern der Sterbehilfe herrscht durchweg ein bemerkenswerter Umgang mit den Erfahrungen des Faschismus. Es läßt an die neueren Bestrebungen rechter Politiker und Historiker denken, sich des unbequemen faschistischen Erbes zu entledigen, wenn selbst der liberale *Wassermann* in der Erinnerung an die Morde der Nazis nur eine lästige Bürde sieht:

»Nachdem das Tabu, das infolge der nationalsozialistischen Vernichtungsaktionen gegen 'lebenswertes Leben' der unbefangenen Erörterung der Problematik weitgehend gewichen ist, sind die Chancen für eine vorurteilsfreie Diskussion gestiegen.«¹⁵

Die DGHS meint gar, es sei eine »Gewissenslosigkeit«, wie vor (!) ihrer Gründung »jedes humanitäre Engagement für die Sterbehilfe mit dem 'Schreckensgespenst Hitler' verhindert worden« sei.¹⁶

Gegen die vorstehenden Thesen pflegen vor allem Ärzte einzuwenden, daß sie nicht hilfreich sind. Die falsche Typisierung, die Gefährlichkeit der Argumentation, die finsternen Absichten der Kostendämpfer — das sei alles zugestanden. Aber es gebe dennoch Kranke, deren Lebensbedingungen wenigstens der Arzt nicht mehr ändern könne, denen das Leben eine Qual sei und denen der Hinweis wenig helfe, daß es ihnen besser ginge, wenn die Verhältnisse besser wären. Es sei auch nicht statthaft, den einzelnen leiden zu lassen, um ihn sozusagen als Menetekel gegen die schlechten Bedingungen vorzuführen. Der Arzt stehe vor dem Dilemma, auch unter den schlechten, aber nun einmal existenten und kurzfristig nicht veränderbaren Bedingungen handeln zu müssen.

Das stimmt. In diesem Dilemma steht der Arzt aber immer. Sein Spielraum ist vorgegeben, er kann ihn nicht beliebig erweitern. Das führt ihn in Situationen, in denen er im Sinne verantwortlicher Ethik nicht richtig handeln kann. Der Satz Adornos, es gebe kein richtiges Handeln im falschen, läßt sich nicht dahingehend auflösen, daß man das falsche Handeln zum richtigen deklariert. Der Widerspruch zwischen dem einzelnen und der Gesellschaft, zwischen individueller und kollektiver Emanzipation ist für den einzelnen unauflösbar. Er ist es gerade, der zur Veränderung der Verhältnisse treibt. Wer unter den gegebenen Verhältnissen handeln muß (und das ist nicht nur der Arzt) und nicht rigoros auf die eine oder die andere Seite des Widerspruchs setzen will, muß seinen Weg finden. Hoffentlich halten eines Tages alle diesen Zustand für unerträglich.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Haeckel, S.89
- 2 Wassermann, S.383
- 3 Vgl. Alv, S.12
- 4 DGHS, I, S.9
- 5 Stern 45/74 und 49/76
- 6 SPD, S.66
- 7 Barnard, S.44
- 8 Vgl. Schwarz,
- 9 Medical Tribune, 29. Augustv 1983
- 10 DGHS, II.
- 11 Geißler, S.134f.
- 12 Geißler, S.141
- 13 Wassermann, S.399
- 14 Vgl. Alv, S. 9-13
- 15 Wassermann, S.400
- 16 DGHS, I, S.4

Literaturverzeichnis

- Aly, Götz, Medizin gegen unbrauchbare, in: Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren, Berlin 1985, S.9-33
- Barnard, Christiaan, Glückliches Leben — würdiger Tod, Bayreuth 1981
- Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (Hrsg.), Unsere Verstorbenen klagen an... Berichte über das Sterben in der Bundesrepublik Deutschlands, (DGHS I)
- Geißler, Heiner, Ökonomische und sozialpolitische Aspekte der Intensivmedizin, in: Eid, Volker und Rudolf Frey (Hrsg.), Sterbehilfe oder Wie weit reicht die ärztliche Behandlungspflicht? Mainz 1978, S.133-145
- Hackethal, Julius, Antworten zu dem Fragenkatalog »Sterbehilfe«. Anlage zum Protokoll über die Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 15. Mai 1985
- Haeckel, Ernst, Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie, Leipzig 1923. (1.Aufl. 1904)
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Entwurf zu einem Grundsatzprogramm (Irseer Entwurf), Bonn-Bad Godesberg 1986
- Wassermann, Rudolf, Das Recht auf den eigenen Tod, in: Winau, Rolf und Hans-Peter Rosemeier, Tod und Sterben. Mit einem Geleitwort von Jörg Zink. Berlin und New York 1984.