



Suizidbeihilfe: Was soll geregelt werden?

Gesetzesentwürfe im Vergleich

Norbert Arnold

Zum Mitnehmen

- Bisher liegen im Bundestag fünf Anträge zur Suizidbeihilfe vor. Sie reichen vom vollständigen Verbot der Suizidbeihilfe bis zur weitgehenden Legalisierung.
- Dörflinger und Sensburg setzen sich für ein strafrechtliches Verbot jeglicher Suizidbeihilfe ein.
- Brand, Griese u. a. streben ein strafrechtliches Verbot nur der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe an.
- Reimann, Hintze u. a. schlagen die ausdrückliche rechtliche Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe vor.
- Künast, Sitte u. a. fordern, auch die organisierte Suizidbeihilfe zuzulassen, sofern keine kommerziellen Absichten damit verbunden sind.
- Keul, Sütterlin-Waack u. a. sehen keinen strafrechtlichen Handlungsbedarf.
- Das Selbstbestimmungsrecht ist der wichtigste Bezugspunkt für die argumentative Begründung der Anträge. Außerdem wird oft auf den Lebensschutz und die Menschenwürde Bezug genommen. Trotz der Bezugnahme auf ähnliche Leitbegriffe kommen die Anträge zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen.
- Fast alle Anträge fordern eine noch bessere palliative und hospizliche Versorgung sterbender Menschen.

INHALT

2 | Gesetzesvorhaben zum assistierten Suizid: Hintergründe

3 | Gesetzesentwürfe im Vergleich

10 | Ethische Argumente im Vergleich

11 | Anhang: Die Gesetzesentwürfe im Wortlaut

14 | Literaturhinweise

Gesetzesvorhaben zum assistierten Suizid: Hintergründe

In Deutschland wird über ein Verbot der „organisierten“ Suizidbeihilfe diskutiert. Voraussichtlich im Herbst dieses Jahres wird im Deutschen Bundestag über eine gesetzliche Regelung entschieden. Fünf Gruppenanträge liegen derzeit vor, über die ohne Fraktionszwang entschieden werden soll.

„Sterbehilfedebatten“ sind nicht neu. Folgende Hintergründe sind für die aktuelle Diskussion ausschlaggebend:

1. Die Ethik- und Rechtstradition legt eine offene Haltung zum Suizid nahe:

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland seit dem 19. Jahrhundert straffrei. Das hat vor allem rechtssystematische Gründe. Da die Haupttat, die Selbsttötung, nicht strafbar ist, kann auch die Beihilfe nicht strafbar sein. Diese offene Regelung hat sich in der gesellschaftlichen Realität als lebensklug erwiesen. Die staatliche Regulierung und Kontrolle des Sterbens ist weder wünschenswert noch leicht realisierbar. Die Straffreiheit des Suizids und der Suizidbeihilfe wird deshalb mehrheitlich nicht in Frage gestellt.

2. Selbstbestimmung ist ein hoher Wert, der sich unmittelbar aus der Menschenwürde ableitet:

Im Laufe der letzten Jahrzehnte gewann das Selbstbestimmungsrecht in der Wahrnehmung der Menschen an Bedeutung. Dies gilt auch für den medizinischen Bereich, in dem der „informed consent“ mittlerweile zum selbstverständlichen medizinethischen Standard gehört. Ein Meilenstein war die gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung 2009, die ihre Verbindlichkeit und Reichweite klarstellte.

3. Der medizinische Fortschritt hilft kranken Menschen, generiert aber auch neue ethisch-rechtliche Probleme:

Bedingt durch den medizinischen Fortschritt gelangen Leben und Gesundheit immer mehr in den Bereich des Beeinflussbaren. Damit verbindet sich nicht nur die Hoffnung auf ein langes Leben bei guter Gesundheit, sondern auch die Sorge wachsender Abhängigkeit, die zu einem Autonomieverlust des Kranken, und erst recht des Sterbenden, führen kann.

Trotz des medizinischen Fortschritts wächst die Angst vor „unerträglichem Leiden“ bei schwerer Krankheit und im Sterben. Daraus entsteht der Wunsch, – als letzten Ausweg – die Möglichkeit zu haben, vorzeitig aus dem Leben scheiden zu können.

Die Frage, ob organisierte Suizidbeihilfe tatsächlich zu einem „menschewürdigen“ Sterben beitragen kann und ethisch-rechtlich legitimierbar ist, führte zur aktuellen politischen Debatte. Mittlerweile stehen nicht mehr nur die „organisierte“, sondern auch die ärztliche Suizidbeihilfe, der ein standesrechtliches Verbot entgegensteht, und sogar die Suizidbeihilfe insgesamt zur Diskussion.

Gesetzesentwürfe im Vergleich

Die bisher von vier Abgeordnetengruppen vorgelegten Gesetzesvorschläge spiegeln die gesamte inhaltliche Breite wieder: Sie reichen vom Verbot jeglicher Suizidassistenz bis zu ihrer weitgehenden Freigabe. Die wichtigsten inhaltlichen Kernpunkte werden im Folgenden skizziert. Ein weiterer Antrag beinhaltet keinen Gesetzesentwurf; er zielt auf die Beibehaltung des jetzigen Zustandes.

Tabelle 1: Was soll geregelt werden?

Anträge	Dörflinger, Sensburg	Brand, Griese u. a.	Reimann, Hintze u. a.	Künast, Sitte u. a.	Keul, Sütterlin-Waack u. a.
Ziel	Umfassendes Verbot der Suizidbeihilfe.	Verbot nur der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe. Vermeidung von „Überregulierung“.	Ausdrückliche Ermöglichung der ärztlichen Suizidbeihilfe: Rechtssicherheit für Ärzte und Stärkung der Selbstbestimmung schwerkranker und sterbender Menschen.	Suizidbeihilfe soll weiterhin straflos bleiben. Dies gilt explizit auch für Sterbehilfeorganisationen. Nur die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe soll verboten werden.	Keine gesetzliche Regelung. Keine neuen Straftatbestände bei Sterbehilfe schaffen.
Kontext der Neuregelung	§ 217 StGB	§ 217 StGB	§ 1921a BGB		
„organisierte“ Suizidbeihilfe	Verbot.	Verbot der geschäftsmäßigen, auf Wiederholung angelegten Suizidbeihilfe.	Keine explizite Regelung: Bisherige Situation bleibt unverändert.	Erlaubt, sofern sie nicht gewerbsmäßig (kommerziell) ist.	Bleibt straffrei.
Suizidbeihilfe durch Nahestehende im Einzelfall	Verbot.	Bleibt straffrei.	Bleibt straffrei.	Erlaubt.	Bleibt straffrei.
Ärztliche Suizidbeihilfe	Verbot.	Nicht explizit geregelt: Bleibt im StGB straffrei.	Wird ausdrücklich erlaubt.	Erlaubt.	Bleibt straffrei.
Weitere Regelungen	Verbot jeglicher Suizidbeihilfe.	Grundsätzliche Straflosigkeit der Suizidbeihilfe wird nicht in Frage gestellt.	Kriterien für die ärztliche Suizidbeihilfe.	Kriterien für die Durchführung von Suizidbeihilfe. Verbot der Werbung und Verbot der Verleitung zum Suizid.	Ergebnisoffene Beratung und Unterstützung für Suizidwillige.

Tabelle 2: Wie werden die Gesetzesvorschläge begründet?

Anträge	Dörflinger, Sensburg	Brand, Griese u. a.	Reimann, Hintze u. a.	Künast, Sitte u. a.	Keul, Sütterlin-Waack u. a.
Menschenwürde	Aus dem Schutzgebot, Art. 1 Abs. 1 GG, leiten sich Grenzen der Autonomie ab.		Aus dem Schutzgebot, Art. 1 Abs. 1 GG, folgt Anspruch auf Achtung der Autonomie.	Würde als Schutzgut: Würdiges Sterben muss individuell entschieden werden.	
Lebensschutz	Suizidbeihilfe ist mit einem Unwerturteil verbunden und daher mit dem Lebensschutz nicht vereinbar.	Leitbild: Achtung vor dem Leben. Stärkung durch Ausbau von Hospizen und Palliativmedizin – und durch Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe.	Große Bedeutung des Lebensschutzes (deshalb enge Grenzen für die ärztliche Suizidbeihilfe). Aus dem Lebensrecht folgt keine Lebenspflicht.	Leben als Schutzgut.	
Selbstbestimmungsrecht	Suizidbeihilfe ist Ausdruck von Willkür und nicht von Autonomie. Sie konterkariert das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit.	Recht auf Selbstbestimmung schließt Entscheidung über den eigenen Tod ein. Verbot geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe: autonomiesichernde Regelung. Stärkung durch Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.	Autonomie und Freiheit des Einzelnen: Gebot des Grundgesetzes. Ausgeprägter Wunsch vieler Menschen nach Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase.	Selbstbestimmung als Schutzgut: Recht auf individuelle Entscheidungen. Selbstbestimmung als Gebot der Menschenwürde.	Recht auf eigene Entscheidung ohne Vorschriften durch den Gesetzgeber.
Hilfe für Sterbende	Ziel muss es sein, das Leiden, und nicht das Leben zu beenden. Daher: Stärkung der Palliativmedizin; Solidarität und Ermutigung.	Angst vor unerträglichem Leiden. Daher: Verbesserung der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.	Palliativmedizin und Hospize stärken. Ärzte als Vertraute des Patienten. Gewissheit, dass Ärzte im Sterben helfen können, gibt Patienten Sicherheit.	Suizidbeihilfe ist Teil der Zuwendung und Hilfe in schweren Lebenssituationen.	Forderung nach „uneingeschränktem Zugang zu ergebnisoffener Beratung und Unterstützung“ für Sterbewillige.
Zwänge auf Sterbende	Einengung Sterbender durch Suizidbeihilfe: Weiterleben wird begründungspflichtig.	Risiko: Verleitung zum Suizid durch geschäftsmäßige Suizidbeihilfe. Deshalb Verbot. Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe gefährdet Autonomie und das menschliche Leben.		Keine wissenschaftlichen Belege für Zwänge auf Sterbende. Im Gegenteil: Ergebnisoffene Gespräche werden ermöglicht und sind hilfreich.	Kommerzielle Ausbeutung im Gewererecht verhindern. Unseriöse durch Sicherstellung professioneller Angebote verhindern.
Einstellungswandel	Suizide geschehen außerhalb der Norm. Suizidbeihilfe widerspricht dem gesellschaftlichen Rechtsempfinden.	Sorge Kranker und Sterbender, anderen zur Last zu fallen. Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe erweckt den Anschein von Normalität.	Durch die Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe wird der organisierten Suizidbeihilfe die Grundlage entzogen.	Keine wissenschaftlichen Belege für gesellschaftliche Dammbrüche durch Legalisierung der Suizidbeihilfe.	

Antrag von Thomas Dörflinger (CDU) und Patrick Sensburg (CDU): Gesetz zur Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung

Generelles Verbot der Suizidbeihilfe

Thomas Dörflinger und Patrick Sensburg befürworten ein generelles strafbewährtes Verbot der Suizidbeihilfe und schlagen dafür eine Änderung im Strafgesetzbuch vor. Dieser Ansatz geht weit über die ursprüngliche Intention der derzeitigen politischen Debatte hinaus, lediglich die „organisierte“ Suizidbeihilfe zu regulieren. Er zielt darauf ab, jede Form der assistierten Selbsttötung zu unterbinden und bricht damit mit der bisherigen Rechts-tradition in Deutschland. Auch Angehörige dürften von einem solchen Verbot der Suizidbeihilfe nicht ausgenommen werden, um Missbrauch zu vermeiden. Lediglich der Abbruch medizinisch nicht indizierter Behandlungen sowie vom Patienten gewünschte Behandlungsabbrüche bleiben davon unberührt.

Gefahr für den Lebensschutz

Die beiden Autoren sehen in der Zulässigkeit der Suizidbeihilfe ein Lebensunwerturteil, in dem das mit Leiden verbundene Lebensende sowohl vom Patienten selbst, der für sich eine Selbsttötung in Anspruch nehmen will, als auch vom Suizidhelfer als nicht lebenswert angesehen wird. Suizidhelfer verletzen danach nicht nur das Recht auf Leben, sondern auch das in Art. 2 Abs. 1 GG gewährte Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und enthalten sterbewilligen Patienten „Solidarität und Ermutigung“ vor, zumal in vielen Fällen Selbstmordabsichten oft nur Hilferufe seien und eigentlich nicht die Beendigung des Lebens, sondern des Leidens gewollt werde.

Jenseits gesellschaft- licher Normen

Der Suizid wird „als ein Geschehen außerhalb der Norm begriffen“. Daher stehe die jetzige Straffreiheit der Suizidbeihilfe dem „gesellschaftlichen Rechtsempfinden“ entgegen. Eine ausdrückliche Erlaubnis der Suizidbeihilfe würde diesem Rechtsempfinden widersprechen.

Willkür statt Freiheit

Die Selbsttötung ist nach Dörflinger und Sensburg kein Ausdruck von Autonomie, sondern „Willkür des Einzelnen“. Nach Art. 1 Abs. 1 GG sei der Gesetzgeber gefordert, „den Bereich geschützter Autonomie als begrenzt anzusehen“. Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe vernichteten Autonomie endgültig, sie stünden dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit entgegen.

Unter pragmatischen Gesichtspunkten wird außerdem bezweifelt, dass die Freiwilligkeit des Sterbenwollens tatsächlich sicher bewiesen werden kann.

In der Begründung zum Gesetzesvorschlag werfen die Autoren die Frage nach der tatsächlichen Tatherrschaft beim assistierten Suizid auf und bezweifeln damit die vorherrschende Sicht, die Tatherrschaft liege beim Suizidenten. Sie liege in Wirklichkeit in vielen Fällen beim „Gehilfen“.

Dammbruch

Als weiteres Argument wird die Sorge vor einem möglichen Dammbruch genannt: Anstelle des „Willens“ zum vorzeitigen Sterben könne im Laufe der Zeit schleichend der „mutmaßliche Wille“ und schließlich das gesellschaftlich geforderte „Sollen“ treten. Im Hintergrund dieses Argumentes stehen die Erfahrungen in den Niederlanden, wo die sogenannten Sorgfältigkeitskriterien bei der aktiven Sterbehilfe offensichtlich in immer mehr Fällen nicht korrekt eingehalten werden.

Die Autoren weisen auf die Folgen für das soziale Umfeld hin: „Bestürzung und Fassunglosigkeit“ und „oft schwere gesundheitliche, gesellschaftliche aber auch finanzielle Folgen“. Außerdem komme es zu Nachahmungen.

Dem rechtssystematischen Einwand, dass die Beihilfe zu einer Tat nicht strafbar sein kann, wenn die Tat selbst nicht strafbar ist, wird entgegen gehalten, dass es beim

Suizid um das „eigene Leben“ als Rechtsgut gehe, bei der Suizidbeihilfe jedoch um ein „fremdes Leben“. Bei unterschiedlichen Rechtsgütern sei das o. g. rechtssystematische Argument nicht stichhaltig.

Ärztliches Ethos

Bezüglich der ärztlichen Suizidbeihilfe betonen die Autoren, dass sie mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar sei. Das Suizidbeihilfeverbot für Ärzte müsse im Strafrecht verankert werden. Das Standesrecht reiche in diesem Fall – insbesondere mit Blick auf die uneinheitlichen Regelungen der Landesärztekammern – nicht aus.

Dörflinger und Sensburg befürworten den weiteren Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung, um unnötiges Leid für Menschen zu vermeiden.

Gruppenantrag von Michael Brand (CDU), Kerstin Griese (SPD) u. a.: Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Grundsätzliche Straffreiheit der Suizidbeihilfe

Im interfraktionellen Gruppenantrag, der von Michael Brand, Kerstin Griese u. a. vorgelegt wurde, wird die bisher bewährte grundsätzliche Straffreiheit des Suizids und der Suizidbeihilfe nicht in Frage gestellt. Ein vollständiges Verbot ist politisch nicht gewollt. Es sei mit „den verfassungspolitischen Grundentscheidungen des Grundgesetzes kaum zu vereinbaren“. Eine „allgemeine, erzwingbare Rechtspflicht zum Leben“ gebe es nicht.

Verbot der geschäfts- mäßigen Suizidbeihilfe

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf wird nur dort gesehen, „wo geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe als normale Behandlungsoption erscheinen ... und Menschen dazu verleiten können, sich das Leben zu nehmen“. Ziel ist es deshalb zu verhindern, dass die Suizidbeihilfe „zu einem normalen Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung“ wird und dass es zu gesellschaftlichen „Gewöhnungseffekten“ kommt. Vorgeschlagen wird daher ein strafrechtliches Verbot der „geschäftsmäßigen“ Suizidbeihilfe. Die Suizidbeihilfe im Einzelfall („singuläre Situation“) soll strafrei bleiben.

Der Gruppenantrag steht im verfassungsrechtlichen Spannungsfeld zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmungsrecht und versucht beiden Aspekten gerecht zu werden.

Angst vor unerträg- lichem Leid

Brand, Griese u. a. beziehen sich in der Begründung zum Gesetzesentwurf auf die Angst vieler Menschen vor einem langen Sterbeprozess und vor belastenden Symptomen in der Sterbephase, wie starke Schmerzen und Atemnot, sowie auf die oft geäußerte Sorge, anderen zur Last zu fallen. Sie betonen die Potenziale der Palliativmedizin, Leidenssymptome in der Sterbephase wirkungsvoll zu mindern, und heben die Notwendigkeit hervor, die gesundheitlichen, pflegerischen, palliativen und hospizlichen Versorgungsangebote zu verbessern. Hospize und Palliativmedizin dienen dem Lebensschutz – ebenso das durch den vorgelegten Gesetzesentwurf angestrebte Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung seien hilfreich, das Recht auf Selbstbestimmung zu stärken.

Selbstbestimmung am Lebensende

Aus dem Recht auf Selbstbestimmung folgt nach Brand, Griese u. a. das Entscheidungsrecht des Patienten über medizinische Behandlungen, einschließlich des Rechts, „über den eigenen Tod zu entscheiden“. Deshalb soll eine gesetzliche Überregulierung vermieden und die Möglichkeit der straflosen Suizidbeihilfe im einzelnen Konfliktfall nicht eingeschränkt werden. Ein strafrechtliches Verbot soll sich deshalb nur auf jenen Bereich beschränken, der nach Auffassung der Abgeordnetengruppe zu Fehlentwicklungen führt.

Vermeidung von neuen Zwängen

Nach Einschätzung der Abgeordnetengruppe besteht die Gefahr, dass durch ein reguläres Angebot von geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe Sterbende unter Druck gesetzt werden könnten, von diesem Angebot Gebrauch zu machen und vorzeitig aus dem Leben zu scheiden. Schon heute steige die Anzahl der Suizidbeihilfen durch Organisationen und Einzelpersonen an. Eine weitere gesellschaftliche Ausbreitung könne den „fatale(n) Anschein einer Normalität“ hervorrufen, die Menschen zur Selbsttötung verleiteten. Dies müsse „aus Gründen des Integritäts- wie des Autonomieschutzes“ kranker und sterbender Menschen vermieden werden.

Nicht alleine eine mögliche Kommerzialisierung der Suizidbeihilfe ist nach Auffassung der Abgeordnetengruppe entscheidend, sondern „jedes Eigeninteresse“ der Suizidhelfer, ihr „Geschäftsmodell“ umzusetzen und ihre Dienstleistungen anzubieten. Ein Verbot der „gewerbsmäßigen“ Suizidbeihilfe greife daher zu kurz, notwendig sei auch das Verbot der „geschäftsmäßigen“, die auch die wiederholte „nicht kommerzielle“ Suizidbeihilfe einschließt.

Nach Brand, Griese u. a. beeinträchtigt die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe „die personale Eigenverantwortlichkeit“. Sie ist damit eine „abstrakte Gefährdung höchst-rangiger Rechtsgüter, nämlich des menschlichen Lebens und der Autonomie des Individuums“. Deshalb sei ein strafrechtliches Verbot angezeigt. Dieses Verbot stärke ein eigenverantwortliches Gestalten des Lebensendes.

Gruppenantrag vom Dr. Carola Reimann (SPD), Peter Hintze (CDU) u. a.: Gesetz zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidbeihilfegesetz)

Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe

Der von Carola Reimann, Peter Hintze u. a. Abgeordneten vorgelegte interfraktionelle Gruppenantrag zielt auf die ärztliche Suizidbeihilfe und verzichtet auf Regelungen aller anderen Formen der Suizidbeihilfe. Der vorgelegte Gesetzesentwurf hat Erlaubnis- und keinen Verbotscharakter; er betrifft folglich nicht das Strafgesetzbuch (wie die beiden vorher skizzierten Gesetzesentwürfe), sondern das Bürgerliche Gesetzbuch.

Leidminderung

Ausgangspunkt der Überlegungen sind die Fälle, in denen Palliativmedizin und Hospize nicht in der Lage sind, die Schmerzen von Sterbenden auf ein von den Betroffenen akzeptiertes Maß zu reduzieren, bzw. in denen das unerträgliche Leiden außerhalb der Behandlungsmöglichkeiten von Palliativmedizin und Hospizen liegt (z. B. Ekel vor sich selbst und damit verbunden die „Ablehnung der eigenen Person“).

Die Abgeordnetengruppe weist auf die hohe Bedeutung der Selbstbestimmung hin und auf die damit einhergehende Sorge vor einem „unwürdigen“ Sterben, vor allem aufgrund starker Schmerzen, körperlicher und seelischer Belastungen, sowie auf den Wunsch, gegebenenfalls ärztliche Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen zu können.

Keine Lebenspflicht

Sie verweisen darauf, dass es keine rechtliche Pflicht zum Leben gebe, sondern eine „umfassende Dispositionsfreiheit im Hinblick auf das eigene Leben“. Suizid und Suizidbeihilfe seien daher aus gutem Grund nach dem Strafrecht erlaubt, das ärztliche Standesrecht untersage jedoch Ärzten derzeit die Mitwirkung an der Selbsttötung.

Besondere Rolle des Arztes

Um Ärzten Rechtssicherheit zu geben und das Selbstbestimmungsrecht unheilbar kranker Menschen zu stärken, legen Reimann, Hintze u. a. einen Gesetzesentwurf vor, in dem die ärztliche Suizidbeihilfe ausdrücklich ermöglicht wird. Es wird auf das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient hingewiesen und hervorgehoben, dass Ärzte die „Gesamtsituation des Patienten“ am besten kennen und daher im konkreten Fall das medizinisch Indizierte und Verantwortbare am besten

beurteilen könnten. Die ärztliche Suizidbeihilfe soll allerdings nur unter folgenden Bedingungen gesetzlich ausdrücklich erlaubt sein: Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit des Patienten, Freiwilligkeit des Arztes, umfassende Beratung, ernsthafter und endgültiger Sterbewunsch, unheilbare und unumkehrbar zum Tode führende Erkrankung sowie Bestätigung durch einen zweiten Arzt.

Aus dem Gebot, die Menschenwürde zu schützen in Art. 1 Abs. 1 GG, folgt nach Reimann, Hitze u. a. der Anspruch auf Achtung der Autonomie. Für die Sterbephase ist dies nach Ansicht der Abgeordnetengruppe nur dann in ausreichender Weise möglich, „wenn die staatliche Rechtsordnung gewährleistet, dass Ärzte in Ausübung ihrer Gewissensfreiheit sich dafür entscheiden können, unheilbar kranken Menschen auf deren Wunsch bei der selbstvollzogenen Lebensbeendigung Hilfe zu leisten“.

Die Arzt-Patient-Beziehung bilde den geeigneten Rahmen, um über Sterben und Tod sowie medizinische Maßnahmen unter Berücksichtigung der „Gesamtsituation des Patienten“ zu sprechen. Die Fallzahlen ärztlicher Suizidbeihilfe seien gering. Für viele Menschen reiche die Gewissheit aus, „im Falle eines als unerträglich empfundenen Leidens (ihr) Leben beenden zu können“, häufig werde diese Möglichkeit dann doch nicht in Anspruch genommen. Entscheidend sei die Sicherheit für die Patienten, dass der Arzt im Zweifel helfen könne. Eine explizite gesetzliche Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe wirke daher suizidpräventiv. Außerdem verbinden Reimann, Hintze u. a. mit ihrem Vorschlag, die ärztliche Suizidbeihilfe explizit zuzulassen, die Hoffnung, den Einfluss von Sterbehilfeorganisationen zu schwächen.

Im Hinblick auf ein „möglichst hohes medizinisches Schutzniveau“ bezieht sich der Gesetzesentwurf ausschließlich auf die von Ärzten durchgeführte Suizidbeihilfe, nichtärztliches Personal ist ausgeschlossen.

Leben als Grundwert

Dem grundgesetzlich verankerten Gebot des Lebensschutzes wird von der Abgeordnetengruppe eine „überragende“ Bedeutung zugemessen. Deshalb sei es das Ziel des Gesetzesentwurfs, „hohe Hürden“ für den ärztlichen Suizid zu schaffen, andererseits aber ein „übermäßiges bürokratisches Verfahren“ zu vermeiden, um die starke Belastung Sterbender nicht noch weiter zu erhöhen.

Unstrittig bleibe die Ausrichtung des ärztlichen Handelns auf die „Erhaltung des Lebens“. Deshalb ziele der Gesetzesentwurf ausschließlich auf die Regelung im Falle „unheilbare(r), unumkehrbar zum Tode führende(r) Erkrankungen“. Psychische Erkrankungen (z. B. Depression) und unheilbare Erkrankungen, die nicht zum Tode führen (z. B. Demenz), fallen daher nicht in den Regelungsbereich des Gesetzesentwurfs. Die ärztliche Suizidbeihilfe wird von Reimann, Hintze u. a. nur als ultima ratio gesehen; palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten sollte der Vorzug gegeben werden.

Gruppenantrag von Renate Künast (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Petra Sitte (Die Linke) u. a.: **Gesetz über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung**

Für die Abgeordnetengruppe um Künast, Sitte u. a. steht die Frage nach einem „würdigen Lebensende“ im Mittelpunkt. Was als würdig empfunden werde, sei individuell verschieden; die „letztendliche Entscheidung darüber“ solle bei den Menschen selbst bleiben.

Erleichterung des Sterbens

Die Menschen suchten nach Hilfe, wenn es um das Leiden bei schwerer Krankheit oder im Sterben geht, dies schließe den Wunsch nach „Erleichterung oder Beschleunigung des Sterbens“ ein. Es muss nach Auffassung von Künast, Sitte u. a. möglich sein, sich „selbstbestimmt und aus objektiven Gründen“ das Leben zu nehmen. Selbsttötung solle daher straffrei bleiben, ebenso die Beihilfe, und zwar für „nahestehende Personen, ... Ärzte und Vereine“.

Verbot der kommerziellen Suizidbeihilfe

Nicht hinnehmbar sei jedoch, wenn aus der Sterbehilfe eine „kommerzielle Geschäftsidee“ gemacht werde, besonders Werbung und die Verleitung zum Suizid müssten verhindert werden. Weitergehende strafrechtliche Verbote führten zur – unerwünschten – Tabuisierung und Kriminalisierung.

Vor diesem Hintergrund will die Abgeordnetengruppe die Zulässigkeit der Suizidbeihilfe gesetzlich festlegen, die gewerbsmäßige, also mit Gewinnabsicht verbundene, Suizidbeihilfe verbieten und Kriterien für die Durchführung festlegen: freiverantwortliche Entscheidung, Beratungsgespräch, Bedenkzeit, Dokumentation, Durchführungsbestimmungen, Evaluation.

Bezüglich der ärztlichen Suizidbeihilfe wird ausdrücklich betont, dass sie eine ärztliche Aufgabe „sein kann“, und dem Arzt nicht – auch nicht durch das Standesrecht – untersagt werden könne.

Schutzgüter

In der Begründung werden drei Schutzgüter genannt: das Leben, die Selbstbestimmung und die Würde. Dabei nimmt die Selbstbestimmung eine vorrangige Stellung ein. Der Entschluss zum Suizid wird als eine eigenverantwortliche Entscheidung interpretiert, der man „nicht von außen Überzeugungen aufdrängen“ dürfe.

Gesellschaftliche Folgen

Missbrauch und ein möglicher gesellschaftlicher Dammbruch wird von Künast, Sitte u. a. nicht als ein zu berücksichtigendes Risiko bewertet. Dafür gebe es keine „wissenschaftlichen Belege“. Lediglich durch eine Kommerzialisierung der Suizidbeihilfe entstehe die Gefahr eines „subtilen psychologischen Drucks“.

Aufgrund der expliziten Zulässigkeit wird ein Beitrag zur Enttabuisierung erwartet, die sterbewillige Menschen zu offenen Beratungsgesprächen und eigenverantwortlichen Entscheidungen ermutigt. Nahe Bekannte und Ärzte seien gute Ansprechpartner, aber genauso sollten Vereine zulässig sein, falls Sterbewillige ihr persönliches Umfeld mit dem Sterbewunsch nicht belasten wollten. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regeln sollen einen verbindlichen Rahmen definieren, sowohl für Sterbehilfeorganisationen als auch für Einzelpersonen, die Suizidbeihilfe leisten.

Antrag von Katja Keul (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Sabine Sütterlin-Waack (CDU) u. a.:

Keine neuen Straftatbestände bei Sterbehilfe

Keine weiteren Straftatbestände

Der Antrag von Keul, Sütterlin-Waack u. a. schließt keinen Gesetzesentwurf ein. „Neue Straftatbestände im Hinblick auf die Selbsttötung“ seien nicht erforderlich.

Keine Einschränkungen

Inhaltlich werden von der Abgeordnetengruppe liberale Positionen zur Suizidbeihilfe vertreten, soweit dies der sehr kurz gehaltenen Begründung des Antrags zu entnehmen ist: „Menschen, die sich, aus welchen Gründen auch immer, mit dem Gedanken tragen, ihr Leben selbst zu beenden, sollen ... uneingeschränkt Zugang zu ergebnisoffener Beratung und Unterstützung haben.“ Als Ansprechpartner werden Angehörige, Ärzte oder Sterbehilfevereine als gleichermaßen geeignet angesehen.

Risikovermeidung

Risiken der kommerziellen Ausbeutung von Menschen mit einem Sterbewunsch sollten nach Auffassung von Keul, Sütterlin-Waack u. a. im Gewerberecht reguliert werden. Außerdem käme es „auf die Vorschriften im Arzneimittelgesetz und Betäubungsmittelgesetz entscheidend an“. Vorgeschlagen wird, „unseriöse Angebote“ zu verhindern, indem „professionelle Angebote“ sichergestellt werden.

Ethische Argumente im Vergleich

Die fünf Anträge spiegeln die gesamte Bandbreite der bisher geführten politischen Debatte zur Suizidbeihilfe wider und enthalten (naturgemäß) unterschiedliche Handlungsempfehlungen. Trotzdem fallen Gemeinsamkeiten in der Zielsetzung und den Wertsetzungen auf.

Sterben in Würde

Gemeinsames Ziel aller Anträge ist es, ein „Sterben in Würde“ besser als bisher zu gewährleisten. Dabei führt die Referenz auf den gemeinsamen Würdebegriff zu unterschiedlichen, bisweilen gegenläufigen Interpretationen.

Leidensminderung

Auch in der Problembeschreibung, die der aktuelle Debatte zugrunde liegt, lassen sich Gemeinsamkeiten erkennen: Die Sorge vor unerträglichem Leiden wird von allen als Ausgangsproblem anerkannt. In welcher Weise mit dem Leiden umgegangen werden soll, wird jedoch uneinheitlich beantwortet. Lediglich im weiteren Ausbau der palliativen und hospizlichen Versorgung besteht weitgehender Konsens.

Überregulierung vermeiden

Vor diesem Hintergrund des Spannungsfelds zwischen Recht, Ethik und individueller Ausnahmesituation plädieren vier von fünf Anträgen für eine weitgehende Zurückhaltung des Gesetzgebers, um eine „Überregulierung“ des Sterbens zu vermeiden und Raum für die individuellen Bedürfnisse Sterbender zu lassen. Lediglich in einem Antrag wird ein völliges Verbot gefordert.

Risiken eingrenzen

Andererseits werden in den Anträgen, mit Ausnahme des Antrags, der keine neuen Straftatbestände schaffen will, Risiken identifiziert und Vorschläge zur Risikominimierung unterbreitet: vom völligen Verbot, über das Verbot der geschäftsmäßigen, das Verbot der gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe bis hin zur expliziten Legalisierung des ärztlichen Suizids. In all diesen Anträgen ist das Bemühen erkennbar, die Rahmenbedingungen für ein „würdiges“ Sterben zu verbessern.

In der konkreten Argumentationsführung der Antragsbegründungen scheint der Bezug auf die Menschenwürde nur eine geringe Bedeutung zu haben. In zwei Anträgen wird auf die explizite Erwähnung der Menschenwürde ganz verzichtet.

Richtige Balance

Wesentlicher Bezugspunkt in allen Anträgen ist dagegen das Selbstbestimmungsrecht, das (mit graduellen Unterschieden) als grundlegend anerkannt wird. Die Reichweite des Selbstbestimmungsrechts wird jedoch unterschiedlich bewertet. In vier Anträgen wird explizit auf das Leben als hohes Gut Bezug genommen, das es zu schützen gilt. Erhebliche Unterschiede gibt es im Ausbalancieren der beiden Grundwerte Leben und Selbstbestimmung. Die in den Antragsbegründungen zu erkennenden unterschiedlichen Gewichtungen dieser beiden Grundwerte sind entscheidend für die inhaltlichen Unterschiede der Gesetzesvorschläge.

Anhang: Die Gesetzesentwürfe im Wortlaut

Dörflinger, Sensburg

Gesetz zur Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung

StGB § 217

Teilnahme an der Selbsttötung

- (1) Wer einen anderen dazu anstiftet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

Brand, Griese u. a.

Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

StGB § 217

Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt oder entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Reimann, Hintze u. a.

Gesetz zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz)

BGB § 1921a

Ärztlich begleitete Lebensbeendigung

- (1) Ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient, dessen unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, kann zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens die Hilfestellung eines Arztes bei der selbst vollzogenen Beendigung seines Lebens in Anspruch nehmen.
- (2) Eine Hilfestellung des Arztes nach Absatz 1 darf nur erfolgen, wenn der Patient dies ernsthaft und endgültig wünscht, eine ärztliche Beratung des Patienten über andere Behandlungsmöglichkeiten und über die Durchführung der Suizidassistenz stattgefunden hat, die Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufs sowie die Wahrscheinlichkeit des Todes medizinisch festgestellt und ebenso wie der Patientenwunsch und die Einwilligungsfähigkeit des Patienten durch einen zweiten Arzt bestätigt wurde.
- (3) Die Hilfestellung des Arztes ist freiwillig.
- (4) Die Entscheidung über den Zeitpunkt, die Art und den Vollzug seiner Lebensbeendigung trifft der Patient. Der Vollzug der Lebensbeendigung durch den Patienten erfolgt unter medizinischer Begleitung.

Künast, Sitte u. a.

Gesetz über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung

§ 1

Zweck des Gesetzes

Zweck dieses Gesetzes ist es,

1. die Voraussetzungen für die Hilfe zur Selbsttötung zu bestimmen;
2. die rechtlichen Unsicherheiten für Einzelpersonen und Organisationen, die Hilfe zur Selbsttötung leisten, auszuräumen;
3. für Ärzte klarzustellen, dass sie Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen, und
4. Regeln für Organisationen aufzustellen, deren Zweck es ist, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.

§ 2

Grundsatz der Straffreiheit

- (1) Die Selbsttötung ist straflos.
- (2) Die Hilfe zur Selbsttötung ist grundsätzlich straflos.

§ 3

Voraussetzungen

- (1) Hilfe zur Selbsttötung darf nur dann geleistet werden, wenn der sterbewillige Mensch den Wunsch zur Selbsttötung freiverantwortlich gefasst und geäußert hat.
- (2) Wer in organisierter oder geschäftsmäßiger Form Hilfe zur Selbsttötung leistet, muss sich aufgrund eines Beratungsgesprächs (§ 7) des Umstands vergewissert haben, dass der sterbewillige Mensch freiwillig, selbstbestimmt und nach reiflicher Überlegung die Hilfe zur Selbsttötung verlangt.
- (3) Zwischen dem Beratungsgespräch und der Hilfeleistung zur Selbsttötung müssen mindestens vierzehn Tage vergehen.

§ 4

Gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung

- (1) Wer Hilfe zur Selbsttötung mit der Absicht leistet, sich oder einem Dritten durch wiederholte Hilfehandlungen eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang zu verschaffen (gewerbsmäßiges Handeln), wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Die Beihilfe zu einer Tat nach Absatz 1 ist nicht rechtswidrig.

§ 5

Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung

Wer gewerbsmäßig und in der Absicht, Selbsttötungen zu fördern, Mittel oder Gegenstände, die dazu geeignet sind, in den Verkehr bringt und dadurch einen anderen zur Selbsttötung verleitet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 6

Ärzte als Helfer zur Selbsttötung

- (1) Wer als Arzt von einem sterbewilligen Menschen um Hilfe zur Selbsttötung gebeten wird, hat nicht die Pflicht, dieser Bitte zu entsprechen.
- (2) Die Hilfe zur Selbsttötung kann eine ärztliche Aufgabe sein und darf Ärzten nicht untersagt werden. Dem entgegen stehende berufsständische Regelungen sind unwirksam.

§ 7

Beratungspflicht bei organisierter oder geschäftsmäßiger Hilfe zur Selbsttötung

- (1) Wer als Arzt um Hilfe zur Selbsttötung gebeten wird und eine solche Hilfe nicht ablehnen will, hat die Pflicht, den sterbewilligen Menschen in einem umfassenden und ergebnisoffenen Beratungsgespräch über seinen Zustand aufzuklären, Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und Alternativen zur Selbsttötung – insbesondere palliativmedizinische – aufzuzeigen, weitere Beratungsmöglichkeiten zu empfehlen sowie auf mögliche Folgen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuches hinzuweisen. Der Arzt hat den Umfang sowie die Ergebnisse der Beratung schriftlich zu dokumentieren.
- (2) Wer als nichtärztlicher Mitarbeiter in einem Hospiz oder einem Krankenhaus um Hilfe zur Selbsttötung gebeten wird und eine solche Hilfe nicht ablehnen will, hat die Pflicht, mit dem sterbewilligen Menschen ein umfassendes und ergebnisoffenes Beratungsgespräch zu führen, Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und Alternativen zur Selbsttötung – insbesondere palliativmedizinische – anzusprechen, weitere Beratungsmöglichkeiten zu empfehlen sowie auf mögliche Folgen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuches hinzuweisen.
Das Beratungsgespräch muss dokumentiert werden. Wer als Mitarbeiter oder als ehrenamtlicher Mitarbeiter in einem Hospiz oder einem Krankenhaus um Hilfe zur Selbsttötung gebeten wurde hat die Pflicht, die Leitung des Hospizes oder der Krankenhausstation unverzüglich darüber zu informieren. Hospize und Krankenhäuser müssen gewährleisten, dass die sterbewillige Person unverzüglich durch einen Arzt gemäß Absatz 1 beraten wird.

- (3) Wer geschäftsmäßig Hilfe zur Selbsttötung leistet ohne Arzt zu sein (Sterbehelfer) und um Hilfe zur Selbsttötung gebeten wird, hat die Pflicht, unverzüglich einen Arzt darüber zu informieren. Erst wenn der sterbewillige Mensch durch einen Arzt gemäß Absatz 1 beraten worden ist, darf der Sterbehelfer ein eigenes Beratungsgespräch führen. In diesem Beratungsgespräch müssen umfassend und ergebnisoffen Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und Alternativen zur Selbsttötung – insbesondere palliativmedizinische – angesprochen, weitere Beratungsmöglichkeiten empfohlen sowie auf mögliche Folgen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuches hingewiesen werden. Bei der Beratung durch einen Arzt gemäß Absatz 1 darf der Sterbehelfer nicht anwesend sein. Das Hilfeersuchen, die Information des Arztes und die eigene Beratung des sterbewilligen Menschen müssen dokumentiert werden.
- (4) Wer als Mitglied oder als Angestellter einer Organisation, die geschäftsmäßig Hilfe zur Selbsttötung anbietet (Sterbehilfeorganisation), um Hilfe zur Selbsttötung gebeten wird ohne selber Arzt zu sein, hat die Pflicht, die Leitung der Organisation unverzüglich darüber zu informieren. Sterbehilfeorganisationen müssen gewährleisten, dass die sterbewillige Person unverzüglich durch einen Arzt gemäß Absatz 1 beraten wird. Erst wenn der sterbewillige Mensch durch einen Arzt gemäß Absatz 1 beraten worden ist, darf ein Mitglied oder ein Angestellter der Sterbehilfeorganisation ein eigenes Beratungsgespräch führen. In diesem Beratungsgespräch müssen umfassend und ergebnisoffen Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und Alternativen zur Selbsttötung – insbesondere palliativmedizinische – angesprochen, weitere Beratungsmöglichkeiten empfohlen sowie auf mögliche Folgen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuches hingewiesen werden. Bei der Beratung durch einen Arzt gemäß Absatz 1 dürfen keine Mitglieder oder Angestellte der Sterbehilfeorganisation anwesend sein. Das Hilfeersuchen, die Information der Organisationsleitung, die Information des Arztes und die eigene Beratung des sterbewilligen Menschen müssen dokumentiert werden.

§ 8

Dokumentationspflicht bei organisierter oder geschäftsmäßiger Hilfe zur Selbsttötung
Wer in organisierter oder geschäftsmäßiger Form Hilfe zur Selbsttötung leistet, hat die Pflicht, alle dazu notwendigen Handlungen zu dokumentieren. Für Ton- oder Bildaufnahmen ist eine schriftliche Einwilligung des sterbewilligen Menschen erforderlich.

§ 9

Pflichtverletzungen

- (1) Wer in organisierter oder geschäftsmäßiger Form Hilfe zur Selbsttötung leistet und dabei
1. entgegen den Voraussetzungen des § 3 handelt,
 2. zuvor die Beratungspflicht (§ 7) verletzt oder
 3. die Dokumentationspflicht (§ 8) verletzt,
- wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Sterbehilfeorganisationen, deren Mitglieder oder Angestellte sich wegen einer Tat gemäß § 4 oder § 5 strafbar gemacht oder eine Pflicht gemäß Absatz 1 verletzt haben, können verboten werden.

§ 10

Durchführungsbestimmungen

- (1) Das Bundesministerium der Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln. Dies betrifft insbesondere die Anforderungen an
1. Sterbehelfer,
 2. Sterbehilfeorganisationen und deren Organisationsstruktur,
 3. Verbotserfügungen gemäß § 9 Absatz 2,
 4. Werbeverbote für Hilfeleistungen bei Selbsttötungen,
 5. die Merkmale und die Dokumentation eines Beratungsgesprächs,
 6. die Dokumentation der Hilfe zur Selbsttötung,
 7. Meldepflichten in Fällen, in denen Hilfe zur Selbsttötung geleistet wurde.

§ 11

Evaluation

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Bundestag und der Öffentlichkeit alle vier Jahre die Ergebnisse einer Evaluation der Wirksamkeit dieses Gesetzes vor, erstmals vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes.
- (2) Die Evaluation muss insbesondere darlegen:
 1. Etwaige Fehlentwicklungen in der Sterbehilfe,
 2. die erkennbaren oder zu vermutenden Auswirkungen auf die Anzahl der Selbsttötungen in Deutschland insgesamt, auf die Anzahl der assistierten Selbsttötungen in Deutschland sowie auf die Anzahl der Selbsttötungen deutscher Staatsbürger im Ausland,
 3. die Anzahl der Sterbehelfer sowie der Sterbehilfeorganisationen in Deutschland,
 4. die Qualität der Beratungsgespräche.

LITERATURHINWEISE

Sterben in Würde. Missverständnisse, Irrtümer, Fragen

Konrad-Adenauer-Stiftung 2015

http://www.kas.de/wf/doc/kas_40131-544-1-30.pdf?150119093607

Thomas Sitte: Was kann Palliativmedizin leisten? Suizidwünsche todkranker Menschen und die Möglichkeit, ihnen zu helfen

Konrad-Adenauer-Stiftung 2015

http://www.kas.de/wf/doc/kas_40105-544-1-30.pdf?150112095906

Dirk Müller, Bettina Wistuba: Die Situation von Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland. Fakten, Bewertungen, Verbesserungsbedarf

Konrad-Adenauer-Stiftung 2014

http://www.kas.de/wf/doc/kas_38945-544-1-30.pdf?140929121636

Michael Fuchs, Lara Hönings: Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben.

Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA, Kanada und Australien

Konrad-Adenauer-Stiftung 2014

http://www.kas.de/wf/doc/kas_39502-544-1-30.pdf?141111103807

Norbert Arnold: Verbot der organisierten Beihilfe zum Suizid

Konrad-Adenauer-Stiftung 2014

http://www.kas.de/wf/doc/kas_36676-544-1-30.pdf?140821121351

Der Autor

*Dr. Norbert Arnold, Leiter Team Gesellschaftspolitik,
Hauptabteilung Politik und Beratung, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.*

Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Ansprechpartner:

Dr. Norbert Arnold

Hauptabteilung Politik und Beratung

Telefon: +49(0)30/26996-3504

E-Mail: norbert.arnold@kas.de

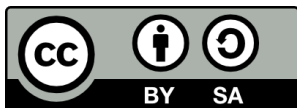
Postanschrift: Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

Kontakt zum Thema Publikationen:

publikationen@kas.de

ISBN 978-3-95721-136-1

www.kas.de



*Der Text dieses Werkes ist
lizenziert unter den Bedin-
gungen von „Creative Com-
mons Namensnennung-
Weitergabe unter gleichen
Bedingungen 3.0 Deutsch-
land“, CC BY-SA 3.0 DE
(abrufbar unter:
[http://creativecommons.
org/licenses/by-sa/3.0/de/](http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/de/))*

*Bildvermerk Titelseite:
Maik Meid, Haltende
Hände III
<https://www.flickr.com>.
Created: September 15,
2010.
licensed by CC BY-ND 2.0
(abrufbar unter:
[https://creativecommons.
org/licenses/by-nd/2.0/](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/2.0/))*