

Die vier Arten der Sterbehilfe

Das Thema Sterben, Tod und Trauer ist seit einiger Zeit immer mehr in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion geraten. Immer wieder wird auch für Deutschland eine gesetzliche Regelung gefordert, die es Ärzten ermöglichen soll, todkranken Patient ein menschliches und würdevolles Sterben zu ermöglichen. Dabei geraten nicht selten die Begriffe der unterschiedlichen Arten der Sterbehilfe völlig durcheinander mit der Folge, dass von vielen Sterbehilfe gefordert wird, was sie aber so, nämlich als Tötung des Patienten durch den Arzt, gar nicht meinen. Welche Arten von „Sterbehilfe“ außer der Tötung des Patienten kennt unser Rechtssystem?

1. Aktive Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen¹

Definition: Bewusstes, aktives ärztliches Eingreifen zur Beendigung des Lebens. Ziel der Handlung ist die Herbeiführung des Todeseintritts. Kennzeichen der aktiven Sterbehilfe (verschönernd auch Euthanasie genannt – der „schöne“ Tod) ist, dass der Patient vorzeitig an der Aktivität eines Anderen stirbt und nicht an den Folgen seiner Erkrankung.

Motiv: Durch töten Leiden beenden (oder Kosten vermeiden?)

Rechtslage:

§ 216 StGB Tötung auf Verlangen

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Entscheidung des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart 2006: Eine auch nur partielle Legalisierung der Tötung auf Verlangen – etwa nach niederländischem Vorbild – ist abzulehnen.

Fazit: Die aktive Sterbehilfe ist verboten, auch wenn der einwilligungsfähige Patient das ausdrücklich wünscht und fordert.

Rechtslage im Ausland:

Niederlande und Belgien: verboten aber nicht strafbar, wenn bestimmte Regeln eingehalten werden. In allen anderen europäischen Ländern klares Verbot.

¹ Alternative Benennung: Terminologievorschläge von Prof. Torsten Verrel zum 66. Deutschen Juristentag

Was spricht dagegen?

- Unwiderruflich: Wir wissen von uns selbst, wie sehr sich unsere Ansichten und Entscheidungen auf Grund von Stimmungsschwankungen ändern können, eine vollzogene Tötung wäre jedoch unwiderruflich.
- Missbrauchsgefahr: die Grenze vom aktuell geäußerten Willen zur Vorausverfügung und zum mutmaßlichen Willen ist immer unscharf.
- Kostendruck im Gesundheitswesen: natürlich würde das niemand zugeben, aber das böse Wort vom sozialverträglichen Frühableben steht nun mal im Raum. Von dort ist es nicht mehr weit zur Stammtischmeinung über sinnloses Leben/Leiden, das zu beenden ist.
- Dammbruchgefahr bei Zulassung in besonders schweren Fällen. Beispiel Niederlande: von jährlich 4000 Tötungen von Patienten werden knapp 1000 **ohne** Zustimmung² (~ 20 % der Fälle aktiver Sterbehilfe) durchgeführt.
- Gesellschaftlicher Druck: Wenn sie erst einmal erlaubt und gesellschaftlich akzeptiert ist, entsteht Druck auf Pflegebedürftige, die aktive Sterbehilfe zu verlangen. „Du sollst nicht mehr leben“. Die uralte Ethik in allen Kulturvölkern: „Du sollst nicht töten“ ist aber die Grundbedingung menschlichen Zusammenlebens und Überlebens auf sozialer Basis.
- Gefahr: Entsorgungsmentalität: die Angst, dass es uns auch mal so ergehen könnte, lässt uns das Sterben in Institutionen verlagern und dort den Medizinern überlassen.
- Tötung eines Patienten kann keinem Arzt zugemutet werden, nicht von ungefähr lehnt die Bundesärztekammer die aktive Sterbehilfe kategorisch ab.
- Leidensvermeidung als Illusion: Menschliches Leben ohne Leiden ist nicht denkbar, auch wenn wir das heute anstreben. Wir können das Leiden nicht ausschalten, indem wir den Leidenden töten, sondern müssen ihm bei der Leidensminimierung beistehen.

Warnende Beispiele: Wie unmöglich es ist, zu einigermaßen nachvollziehbaren Beurteilungen in verschiedenen Fällen zu kommen, zeigen zwei jüngste Beispiele aus Frankreich.

Fall 1: Vincent Humpert ist durch einen Verkehrsunfall schwerst behindert und fordert in einem Brief an Präsident Chirac sein Recht auf Sterben, da sein Leiden wegen der Aussichtslosigkeit unerträglich sei. Chirac lehnt ab unter Hinweis auf das auch in Frankreich geltende strikte Euthanasieverbot. Die Mutter des Patienten und der behandelnde Arzt verabreichen ihm trotzdem todbringende Medikamente. Der Staatsanwalt stellt aber das daraufhin automatisch beginnende Strafverfahren ein wegen der besonderen Umstände des Falles, dabei wird u. a. auch der Druck der Medien auf die Mutter als Beweggrund angeführt.

Fall 2: Eine Krankenschwester und eine Ärztin haben der krebserkrankten Paulette Druais mit unberechenbaren Schmerzen und aussichtsloser Prognose ebenfalls todbringende Mittel verabreicht, woraufhin der Staatsanwalt das Strafverfahren wegen „vorsätzlicher Vergiftung“ (bei uns „vorsätzliche Tötung“) eröffnet. Logisch? Ethisch nachvollziehbar?

² Michael Wunder „Wenn Töten zur Behandlung wird“ in Dr. med. Mabuse Nr. 165

Beispiel Niederlande: der Kreis der Menschen, bei denen aktive Sterbehilfe straflos bleibt, wird kontinuierlich ausgeweitet: Minderjährige, Demenzkranke, Menschen mit geistiger Behinderung, Lebensmüde, neugeborene Behinderte.

Klaus Dörner in Berlin Nov. 2006: „Seit dem technischen Fortschritt wird geglaubt, ein leidensfreies Leben sei möglich und erstrebenswert. Damit sinkt wie selbstverständlich die Leidensbereitschaft. Leid wird sowohl vom Leidenden wie auch vom Mitleidenden weniger ertragen. Das kann zum „tödlichen Mitleid“ führen, das letztlich Selbstmitleid ist.“

Was spricht dafür?

Nichts, außer dem Anschein der Menschlichkeit. Die eigene Angst vor leidvollem Lebensende wird auf andere übertragen. So etwas wollen wir aus der Welt haben.

2. Indirekte Sterbehilfe, auch leidensmindernde Behandlung oder Therapien am Lebensende genannt

Definition: Im Ausnahmefall unbeabsichtigte, als unvermeidliche Nebenfolge in Kauf genommene Beschleunigung des Todes durch medikamentöse Therapie (meist Schmerz).

Motiv: Durch Medikamente Leiden lindern, palliativmedizinischer Ansatz.

Rechtslage: Nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten erlaubt. Ethisches Problem: wenn die Zustimmung auf einer früheren Patientenverfügung beruht ohne aktuelle Willensäußerung.

So sieht es der BGH

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“³

„... dass die Ermöglichung eines schmerzfreien Todes nach dem Patienten willen ein höherrangiges Rechtsgut ist, als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere so genannten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“⁴

³ BGHSt 37,376

⁴ BGHSt 42, 301, 305

Das hat der 66. Deutsche Juristentag entschieden

Strafgesetzliche Klarstellung

- a) Die Voraussetzungen für die Strafflosigkeit einer nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft erfolgenden Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung sollten gesetzlich geregelt werden.
- b) Sie ist zulässig nicht nur bei Sterbenden, sondern auch bei tödlich Kranken und auch dann, wenn die Lebensverkürzung zwar nicht beabsichtigt, aber als sichere Folge vorhergesehen wird.

Bußgeldbewehrte Dokumentationspflicht

Um den Missbrauchsgefahren bei leidenslindernden Medikationen entgegenzuwirken, ist eine Bußgeld bewehrte Verpflichtung des Arztes zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs einzuführen.

Wissenswert: eine sachgemäß durchgeführte Schmerztherapie wirkt in aller Regel eher lebensverlängernd als –verkürzend.

Was spricht dagegen?

1. Der „Cocktail“ aus Schmerz- und Beruhigungsmitteln wird manchmal eher zur Erleichterung der Pflege und nicht nur aus palliativmedizinischer Sichtweise angeordnet.
2. Unsichere Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe mit großer Grauzone.

Beispiel: Bericht der Arbeitsgruppe des Justizministeriums 2005. Sie schlägt einen ergänzenden 3. Absatz des § 216 StGB vor:

„(3) nicht strafbar ist

- die Anwendung einer medizinisch angezeigten Leid mindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt,
- das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.“

Dazu führt Prof. Dr. med. Christoph Student aus:

„Die Kombination dieser beiden Sätze ermöglicht – wie gleich zu zeigen sein wird – geradezu „perfekte“ Wege der Euthanasie. Sollte dies Gesetz werden, wäre die als einmalig zu bezeichnende Situation geschaffen, dass das deutsche Strafgesetz nicht nur die Euthanasie weitestgehend freigibt, sondern im Gesetzbuch gewissermaßen auch noch das Handlungsrezept für deren Durchführung steht. Hierzu ist folgendes zu bedenken:

Nach Satz 1 wäre es möglich – wenn die Beschwerden eines Menschen überborden und die behandelnden Ärzte nicht weiter wissen – den Kranken in einen Zustand tiefer Bewusstlosigkeit zu versetzen.

Hat der Kranke zuvor in geeigneter Weise hinterlegt, dass er keinerlei aktive Behandlungsmaßnahmen und insbesondere auch keine Maßnahmen zur künstlichen Ernährung, auch keine wie auch immer applizierte Sondierung von Flüssigkeit und Nahrung in den Magen wünscht, müssen diese Maßnahmen nun alle unterbleiben. Dieses Vorgehen wäre dann durch den 2. Satz der von der Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Ergänzung gedeckt. Und dies bedeutet, dass den bewusstlosen Menschen in diesem Fall nur noch wenige Tage von seinem Tod trennen. In der Regel dürfte der Tod bei fehlender Flüssigkeit innerhalb von 2 – 3 Tagen eintreten. Damit wäre eine Euthanasiemöglichkeit geschaffen, die der Perfektion der Niederländer nur noch hinsichtlich des zeitlichen Rahmens nachsteht.“

Was spricht dafür?

Bei eindeutiger Willenslage des Patienten ist es unsere humane Pflicht, leidensmindernd zu behandeln ohne Rücksicht darauf, ob dadurch das Leben des Patienten verkürzt oder verlängert wird. Die Menschen sollen ihr Leben zu Ende leben dürfen ohne durch vermeidbare Leiden gequält zu werden.

3. Passive Sterbehilfe, Behandlungsabbruch oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen (Behandlungsbegrenzung)

Definition: Aus ethischer Sichtweise muss man unterscheiden zwischen dem Abbruch einer bereits begonnenen lebenserhaltenden Behandlung im Fall des tödlichen Verlaufs einer unheilbaren Erkrankung (präfinales Stadium) und dem Verzicht auf eine lebensverlängernde Therapie bei chronischen Krankheitszuständen (Beispiel: schwere Demenz, apallisches Syndrom) mit nicht zwingend tödlichem Verlauf.

Motiv: Sterben als natürlichen Prozess zulassen bzw. unnötige, als sinnlos erlebte Leiden vermeiden.

Rechtslage:

BGH: „Ein zulässiges Sterbenlassen kann auch dann vorliegen, wenn der Patient noch nicht in die Sterbephase eingetreten ist, er aber den Abbruch will beziehungsweise die Voraussetzungen eines mutmaßlichen Willens gegeben sind ..“⁵

Das war die höchstrichterliche Genehmigung des Behandlungsabbruchs auch bei noch nicht zwingend tödlichem Verlauf einer Erkrankung.

Eine Behandlung gegen den Patientenwillen wäre strafbar (§ 223 StGB). Sterbenlassen kann aber auch als Tötung durch Unterlassen (§§ 212 ff) oder als unterlassene Hilfeleistung § 323 c STGB) strafbar werden.

⁵ BGHSt 49, 257 (Kemptener Urteil) 1994

BGH 2003⁶:

„Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder –verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht.“

Das ist die Anerkennung der Vorausverfügung als bindende Willensäußerung mit den gegebenen Einschränkungen (irreversibler tödlicher Verlauf).

Das Grundgesetz

Artikel 1

[Menschenwürde; Grundrechtsbindung der staatlichen Gewalt]

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Artikel 2

[Allgemeine Handlungsfreiheit; Freiheit der Person; Recht auf Leben]

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

§ 223 StGB Körperverletzung

(1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Das heißt: Das Grundgesetz sieht die Freiheit des Willens als oberstes Rechtsgut. Der Schutz des Lebens bezieht sich nur auf das gewollte Leben – es gibt also keine Pflicht zum Leben. Eine Behandlung ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten (auch eine sinnvolle und erfolgreiche) wäre Körperverletzung.

Rechtslage im Ausland

In den Ländern, in denen die katholische Kirche großen Einfluss hat (vor allem die romanischen Länder) ist die passive Sterbehilfe umstritten bzw. strafbar.

⁶ XII ZB 2/03

Was spricht dagegen?

Nichts im Falle einer frei verantwortlichen persönlichen Entscheidung des aufgeklärten Betroffenen zum aktuellen Zeitpunkt.

Das gilt jedoch nur bedingt für Vorausentscheidungen wegen der Unsicherheit, ob eine in einer anderen Lebensphase erstellte Patientenverfügung tatsächlich im akuten Fall noch so gelten soll. Wir können bei der Begleitung Sterbender immer wieder beobachten, dass der früher mal so sicher scheinende Beschluss „auf keinen Fall will ich lebenserhaltende Maßnahmen bei einer unheilbaren Erkrankung“ dann doch nicht mehr gilt. Die Hoffnung und der Lebenswille sind eben oft die stärkeren Kräfte als das rationale Denken in gesunden Tagen. Leben will leben! Auch wenn es uns Außenstehenden „sinnlos“ erscheint.

Das gilt übrigens nicht nur für Menschen, die nicht mehr entscheidungsfähig sind. Psychologen bezweifeln zu Recht die Fähigkeit eines todkranken Menschen – unabhängig von seinen noch vorhandenen geistigen Fähigkeiten – lebenswichtige Entscheidungen für sich selbst zu treffen. Angst, Hoffnung, Panik, Resignation lähmen einen Menschen in der lebensbedrohlichen Lage wie das Kaninchen vor der Schlange. Er ist zwar allein entscheidungsbefugt aber gleichzeitig damit total überfordert.

Ethisch fragwürdig bleibt die Entscheidung auf Grund einer früher erlassenen Willenserklärung, da die Patientenautonomie nach allgemeinem Rechtsverständnis nur für den einwilligungsfähigen und informierten Patienten gilt. Das letztere ist jedoch zumindest fragwürdig. Entscheidungen zum Therapieabbruch sind immer ein Prozess, den der Patient durchläuft, nie eine einfache ja-nein Entscheidung wie beim Ausfüllen einer Patientenverfügung.

Weiteres Problem: die self-fulfilling-prophecy. Wenn kurative Behandlungen bei einem bestimmten Krankheitszustand regelmäßig vorzeitig abgebrochen werden, erleben Ärzte und Pfleger diesen Zustand immer als nicht behandelbar, die Therapieerfahrung wird verfälscht.

Im Falle des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten ohne Vorausverfügung ist die Selbstbestimmung eine Farce, denn jetzt muss der Betreuer oder der Bevollmächtigte entscheiden, der den aktuellen Willen des Patienten aber nicht kennen kann.

Frage: hat die Selbstbestimmung am Lebensende überhaupt diesen hohen ethischen Stellenwert? Braucht nicht jeder, auch der formal noch einwilligungsfähige Patient Entscheidungshilfe, die liebevolle Autorität?

Was spricht dafür?

Unsere Achtung vor der Würde des Menschen, die auch dem schwer kranken und sterbenden Mitmenschen zuteil werden muss. Aber es kann nur im Einzelfall entschieden werden, auf welchem Weg man der Würde des Patienten am besten gerecht wird. Ein Patientenverfügungsgesetz wird da nicht weiter helfen.

4. Beihilfe zum Suizid oder Mitwirkung am freiverantwortlichen Suizid

Definition: Hilfe zum Suizid z. B. durch Bereitstellung entsprechender Medikamente. Die eigentliche Tötungshandlung geschieht durch den Suizidenten selbst, bei dem nachweislich die sog. Tatherrschaft verbleibt. Ist dies nicht der Fall, handelt es sich um Tötung auf Verlangen und ist strafbar (§ 216 StGB).

Motiv: Einer anderen Person helfen, physisches und/oder psychisches Leid durch den Tod zu beenden.

Rechtslage:

a) Jedermann

Bei Vorliegen der Freiverantwortlichkeit erlaubt für Nichtgaranten, denn da der Suizid selbst straflos ist, kann die Beihilfe dazu nicht strafbar sein. Die Ausnahme bilden einige (ältere) Gerichtsurteile, nach denen auch nahe Verwandte auf Grund der ihnen unterstellten Garantenpflicht keine Beihilfe leisten dürfen, bzw. nach denen sie sich der unterlassenen Hilfeleistung gemäß § 323c StGB schuldig machen, wenn sie keine Wiederbelebung einleiten. Allerdings spricht dieser Paragraph von der Hilfeleistung bei einem Unglücksfall und gemeiner Gefahr, („§ 323c StGB: Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist,wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“). Bei der Selbsttötung handelt es sich jedoch weder um ein Unglück noch um gemeine Gefahr.

b) Der Arzt und der Pfleger

Sie nehmen auf Grund ihres Berufes eine so genannte Garantenstellung ein. Der Grundgedanke dabei ist, dass der Patient bedingungslos darauf vertrauen können soll, dass Arzt und Pfleger immer nur sein Bestes anstreben werden, beispielsweise Heilung, Symptomlinderung oder Lebenserhaltung und nie bewusste Herbeiführung des Todes, auch nicht durch Hilfeleistung. Die ethische Grundlage dieses Denkens ist immer noch der hippokratische Eid, den die Ärzte früher abzulegen hatten: „Ich werde niemand, auch auf seine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen“, heißt es dort.

§ 16, Abs.2 der Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte legt denn auch kategorisch fest: „Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen“. Das zielt aber in erster Linie auf die unumstritten verbotene aktive Sterbehilfe und nicht auf den Beistand zum selbst durchgeführten Suizid. In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004 steht: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“.

Allerdings hat es in den letzten Jahren keinen Fall gegeben, in dem ein Arzt wegen Beihilfe zum Suizid strafrechtlich belangt oder ihm die Approbation entzogen wurde.

Das hat der 66. Deutsche Juristentag entschieden

„Standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids

Die ausnahmslose standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids sollte einer differenzierten Beurteilung weichen, welche die Mitwirkung des Arztes am Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert.“

Was spricht gegen den Vorschlag des Juristentages?

Wie soll nachvollziehbar sichergestellt werden, dass die Tatherrschaft wirklich beim Suizidenten lag, er also das tödliche Mittel zwar vom Arzt erhalten hat oder verschrieben bekam, es aber aus eigener Kraft genommen hat? Mit anderen Worten, die Grenze zur aktiven Sterbehilfe, der Tötung des Patienten durch den Arzt, wird unscharf.

Und auch die Forderung, dass dieser Beistand nur todkranken Patienten angeboten werden dürfte, entzieht sich einer einwandfreien Abgrenzung. Was ist mit chronisch kranken Patienten, die sich noch nicht im präfinalen Stadium befinden. Darf der Arzt ihnen auch dann helfen, wenn sie in ihrem Leben auf Grund einer Behinderungen keinen Sinn mehr sehen?

Der Arzt oder der Pfleger bekäme eine ganz neue Rolle. Statt nur Helfer und Lebensretter zu sein, der entweder kurativ oder, falls das nicht mehr sinnvoll ist, mit Einverständnis des Patienten palliativ arbeitet, wird er jetzt zum Todbringer – eine sehr gefährliche Entwicklung.

Was spricht für die ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung?

Viele Menschen fragen sich, wo eigentlich der ethische Unterschied zwischen der Beihilfe durch den Arzt und dem Nichtarzt liegt? Schließlich gibt es keine nur für Ärzte geltende Ethik. Man könnte sich z. B. auf den Standpunkt stellen, dass ein ärztlich assistierter Suizid, bei dem eindeutig und nachprüfbar die Tatherrschaft beim Suizidanten lag, das Vertrauensverhältnis Patient - Arzt eher steigern als schwächen wird. Und die ärztliche Assistenz kann Ängste vor einem Misslingen oder vor einem sehr schmerzhaften und quälenden Verlauf abbauen. Im vorausgehenden Gespräch werden zudem die Gründe für den Sterbewillen des Patienten auf den Tisch kommen und so dem Arzt die Möglichkeit geboten, heilende Therapien als Alternative zum Freitod aufzuzeigen. Und er ist dann auf der Grundlage der erhaltenen Informationen zu einer Entscheidung in der Lage, ob die Beihilfe mit seinem Gewissen als Mensch und Arzt vereinbar ist.

Allerdings sollte eine eventuelle Abkehr vom Verbot der ärztlichen Assistenz nur für den unheilbar todkranken Patienten gelten, denn es ist ja bekannt, dass die Selbsttötung in der überwiegenden Zahl der Fälle der Hilferuf war „Ich will so nicht mehr leben“, - in 94 % der Fälle versuchter Selbsttötung erfolgte nach der Rettung kein zweiter Versuch.

Eine weitere Voraussetzung für eine Liberalisierung müsste das Gebot einer lückenlosen Dokumentation sein und das klare Verbot der Suizidbeihilfe als wirtschaftliche Dienstleistung.