

Vorläufige Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zu den Gesetzentwürfen zum assistierten Suizid (November 2022):

- **Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (BT-Drucksache 20/904)**
- **Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (BT-Drucksache 20/2332)**
- **Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (BT-Drucksache 20/2293)**

Die folgende Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro, www.suizidpraevention.de) erfolgt aus wissenschaftlich fundierter suizidologischer Perspektive. Die vorliegenden Gesetzesvorschläge werden hinsichtlich der sich daraus ergebenden Folgen kommentiert. Jede gesetzliche Regelung sollte klarstellen, dass suizidpräventive Angebote vorrangig vorhanden sein müssen.

Einleitung

Suizidalität ist ein verbreitetes Phänomen mit sehr unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven. Von der Philosophie über die Rechtswissenschaft, Ethik, Soziologie, Medizin, Psychologie, Literatur und viele mehr gibt es Publikationen zu diesem Thema. Das multidisziplinäre Dach dieser Wissenschaften ist die Suizidologie.

Die Suizidprävention befasst sich konkret mit dem suizidalen Menschen, dem Verständnis suizidalen Erlebens und Verhaltens und der Frage, können suizidale Handlungen vermieden werden. Neben der Suizidprävention hat die Palliativmedizin eine am suizidalen Menschen ausgerichtete Forschungstradition. Dies wird auch in der Begrifflichkeit deutlich. In der Palliativmedizin spricht man vom "Todeswunsch", in der Suizidforschung von "Suizidalität".

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm befasst sich im Schwerpunkt mit nicht tödlich erkrankten Menschen. Diese bilden die absolute Mehrheit der Menschen mit Suizidgedanken. Die folgenden Ausführungen stellen diese Menschen in den Mittelpunkt und nicht die Klientel der palliativen und hospizlichen Versorgung.

Menschen haben Suizidgedanken in einer krisenhaft erlebten Situation. Sie hat häufig äußere Auslöser. Dies kann beispielsweise die Trennung von einem Partner sein, der Verlust einer Arbeitsstelle, Ängste vor Verlust von Autonomie im Alter oder vor den Folgen einer Erkrankung und der Verlust des Lebenssinns. Diese krisenhaften Situationen begleiten häufig psychische Erkrankungen, treten aber auch außerhalb psychischer Störungen auf. Menschen in krisenhaften Situationen sind oft in ihrer Wahrnehmung, Entscheidungsfindung und in ihren Handlungsmöglichkeiten festgefahren und eingeschränkt. Das ist ein Phänomen, das in der Forschung als "psychische Einengung" bekannt ist. Das bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Freiverantwortlichkeit eingeschränkt ist.

Deshalb braucht es ein Schutzkonzept für alle Menschen in suizidalen Krisen. Menschen *mit* psychischen Erkrankungen als auch *ohne* psychische Erkrankungen benötigen Unterstützung, wenn keine vermeidbaren Suizide oder assistierten Suizide gefördert werden sollen.

Suizidalität: Begrifflichkeiten und Mythen

Bevor auf die einzelnen Gesetzesvorschläge eingegangen wird, muss zunächst Grundsätzliches zu den Begrifflichkeiten erwähnt werden. Es gibt keine Definition von Suizidalität, die das gesamte Spektrum dieses Phänomens menschlichen Denkens, Verhaltens und Erlebens abdeckt. Unter suizidalem Verhalten wird eine Reihe von Verhaltensweisen, zu denen Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst gehören, aufgeführt.

In der Palliativmedizin wird häufig der Begriff Todeswunsch verwendet. Der Todeswunsch reicht von der Akzeptanz des Todes, dem Hoffen auf einen baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung bis hin zur akuten Suizidalität mit einem zunehmenden Handlungsdruck, je drängender und akuter der Wunsch nach selbst herbeigeführtem Sterben ist.

Die Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu leben oder zu sterben ist ein grundlegendes Merkmal von Suizidalität. Ambivalenz ist geprägt vom Hin- und Herschwanken zwischen eigentlich „Nichtsterbenwollen“, aber so „Nichtweiterlebenkönnen“. Wir erleben dies häufig als Gleichzeitigkeit von Sterbewünschen und Lebenswillen. Es gibt keine determinierende Entwicklungslogik von Suizidgedanken zur Suizidhandlung. Letztlich ist die Reaktion der Umgebung auf die suizidale Kommunikation der Betroffenen entscheidend, ob sich aus Suizidgedanken ein Suizid oder auch ein assistierter Suizid ergibt oder nicht.

Ein weiteres grundlegendes Merkmal von Suizidalität ist die Unbeständigkeit von Suizidgedanken, was sich letztlich auch in den Wiederholungsraten von Suiziden ausdrückt. Nach einem Suizidversuch besteht eine Wiederholungsrate von 28 % in den folgenden zehn Jahren; durch Suizid versterben 4,6 %; im Zeitraum ab 10 Jahren versterben noch 6,7 % durch Suizid. Dass die sogenannte „Dauerhaftigkeit“ von Suizidvorstellungen in zwei Gesprächen in kurzem zeitlichen Abstand geklärt werden kann ist wissenschaftlich nicht begründbar.

Wissenschaftlich werden nicht verwendet wertende oder interpretierende Begriffe wie Freitod, Selbstmord, suizidwillig oder Sterbewunsch. Suizidalität ist fast nie ein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern geprägt durch kognitive Einengung, durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen. Selbstmord hingegen beinhaltet die Konnotation einer Straftat sowie eine Stigmatisierung des Suizidalen als potentiell Kriminellen. Suizidwillig oder Sterbewunsch negieren die der Suizidalität innewohnende Ambivalenz der Suizidvorstellungen.

Deshalb ist eine der größten Mythen über Suizidalität, dass jene, die Suizidgedanken äußern, auch unbedingt die Absicht haben zu sterben. Vielmehr wollen sie unter den gegebenen – oder von ihnen so erlebten – Umständen nicht mehr weiterleben. Vor diesem Hintergrund ist auch die Verwendung der Begriffe „Suizidwunsch“, „sterbewillig“ oder „suizidwillig“ wertend und unzutreffend, da sie der Komplexität des suizidalen Erlebens und auch der suizidalen Person nicht gerecht werden.

Eine weitere Unterscheidung ohne eine wissenschaftliche Grundlage ist die zwischen „Affektsuiziden“, „Spontansuiziden“ und sogenannten „wohlüberlegten“ Suiziden. Mit dieser Unterscheidung wird eine Stigmatisierung von Menschen vorgenommen, die Hilfe in Beratungsstellen suchen oder ihrem Leben ohne Suizidassistenz ein Ende gesetzt haben. Die Gefahr besteht, dass diese Menschen als „psychisch krank“, „nicht freiverantwortlich“ handelnd etikettiert werden. Suizidprävention richtet sich gegen die Stigmatisierung suizidaler Personen.

Ebenfalls ist der oft verwendete Begriff des „Bilanzsuizids“ nicht in der wissenschaftlichen Forschung belegt. „Bilanzsuizid“ wird im philosophischen und juristischen Diskurs

konzeptionell herangezogen, um in Abgrenzung gegen den Suizid im Rahmen psychischer Krankheit den Suizid im Vollbesitz psychischer und kognitiver Kräfte zu beschreiben.

Ein ebenso häufig behaupteter Mythos ist, dass die Legalisierung eines assistierten Suizids sogenannte "Brutalsuizide" verhindert. Dass es einen "Switch" von den sogenannten "harten" Suiziden zu den assistierten Suiziden gibt, konnte wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Die Rate der Suizide, die ohne Assistenz vorgenommen werden, nimmt in allen Ländern, die den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen legalisiert haben, nicht ab. Im Vergleich zu den Ländern ohne Legalisierung steigt sie tendenziell.

Grundsätzlich sind Suizidalität und Suizid komplexe Phänomene und das Ergebnis vielfältiger Einflüsse, d. h. vom *Gesundheitssystem, der Gesellschaft, der Kommune, von Beziehungen und Individuum*. Für das Entstehen von Suizidalität spielt nicht nur eine einzelne Bedingung eine Rolle.

Suizidprävention

Die Suizidprävention hat sich historisch von einer eher patriarchalen (den Suizid verdammen, strafenden oder den Menschen unbedingt retten wollenden), religiös motivierten und tabuisierenden Haltung zu einer den Suizid annehmenden, verständnisvollen, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, modernen, wissenschaftlich fundierten, humanistischen Grundhaltung entwickelt. Im Vordergrund stehen das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – nicht der Zwang – zur Hilfe. Über die Annahme oder Ablehnung von Hilfe entscheidet der Betroffene selbst. Die Straflosigkeit suizidaler Handlungen steht von Seiten der Suizidprävention nicht zur Disposition, sondern sie ist vielmehr eine der unabdingbaren Voraussetzungen präventiver Arbeit. Dies gilt ebenso für die Akzeptanz der suizidalen Krise der Betroffenen. Sie als Ausdruck einer existentiellen Notlage ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.

Die Suizidprävention stellt eine Vielzahl von Interventionen bereit, die auf allen Ebenen der Gesellschaft – von der Ebene des Individuums bis hin zur politischen, gesamtgesellschaftlichen Ebene – ansetzen (WHO 2014). Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln ist der am besten nachgewiesene suizidpräventive Effekt. Dazu gehören die Entgiftung des Haushaltsgases, die Einschränkung des Zugangs zu Schusswaffen, aber auch die Verblisterung und Beschränkung der Abgabemenge von Medikamenten, die in Überdosierung tödlich wirken. Nachgewiesen ist auch, dass die Einschränkung des Zugangs zu einer Suizidmethode nicht zu einem Anstieg bei anderen Suizidmethoden geführt hat, d. h. es wird nicht auf eine andere Methode zugegriffen. Wissenschaftlich ist nachgewiesen, dass die Einschränkung der medialen Verbreitung von Suizidmethoden und -anleitungen nachweislich suizidpräventive

Effekte hat. Zukünftig könnten gerade über die Medien soziale Zielgruppen im Sinne des assistierten Suizids beeinflusst werden. Den Gefahren gesellschaftlicher Erwartungshaltungen, autonomiegefährdender sozialer Pressionen und einer Normalisierung der Suizidassistenz möchte das Bundesverfassungsgericht explizit entgegen wissen.

Besondere Verantwortung im Rahmen der Suizidprävention hat die Gesellschaft durch die Bereitstellung flächendeckender (besonders auch niedrigschwelliger) Angebote, im Gesundheitswesen (Psychiatrie, Geriatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) und durch die psychosoziale oder spezifisch für suizidgefährdete Personen angebotene Beratung. Dazu kommen weitere spezialisierte Behandlungsangebote wie medizinische Hilfen, Schmerztherapie, Palliativ- und Hospizarbeit sowie allgemeine Präventionsprogramme für suizidale Risikogruppen (z. B. Suchtkranke) und viele andere mehr, durch welche suizidgefährdete und suizidale Menschen individuell angesprochen und unterstützt werden.

Das Problem des Beratungsprozesses

Eine Verknüpfung des Beratungsprozesses per se mit dem Zulassungsprozess zum assistierten Suizid muss vermieden werden.

A.

Grundsätzlich gilt, dass die Voraussetzung jeder freien Entscheidung und von Selbstbestimmung zum (assistierten) Suizid die Straffreiheit des Suizids ist. Selbstbestimmung schließt vielfältige Entscheidungsmöglichkeiten ein. Optionen sind eine Entscheidung zum Suizid, zum assistierten Suizid, für das Sterben in palliativmedizinischer Betreuung oder für die Ablehnung oder Annahme lebenserhaltender Maßnahmen.

Eine Beratung muss sich jeder Bewertung entziehen und die unvoreingenommene, nicht wertende, die aktuelle Situation des Betroffenen verstehende und den Wunsch nach (assistierten) Suizid akzeptierende Haltung beinhalten. Diese Haltung ist eine Grundvoraussetzung dafür, Lösungen zu entwickeln und freie Entscheidungen zu treffen. Ergebnisoffenheit kennzeichnet gute Beratung in dieser Lebenssituation. Der Beratungsprozess benötigt jedoch ausreichend Zeit. In Abhängigkeit von der individuellen Problemlage kann die Dauer dieses Prozesses sehr unterschiedlich lang sein.

Allein die gesetzliche und gegebenenfalls sogar organisatorische Verknüpfung von Beratungsangeboten mit dem Zulassungsprozess zum assistierten Suizid wirft eine besondere Problematik auf: Ist ein Ziel der Beratung die Vergabe einer Zulassung zum Prozess des assistierten Suizids, so hat dies direkt Einfluss auf die Inhalte und den Verlauf der Beratung.

Der/die Beratung Suchende wird seine/ihre Äußerungen diesem Ziel anpassen, der oder die Beratende wird in seinem/ihrer Verständnis der Situation des/der Beratenen auch von dem Wissen beeinflusst, dass am Ende der Beratung eine Entscheidung über eine Zulassung steht.

Die Unabhängigkeit beider Beteiligten von der Frage einer Zulassung zum Prozess des assistierten Suizids ermöglicht erst einen Prozess einer real unabhängigen Beratung, wie sie Grundlage von Beratung und Therapie in der Suizidprävention ist. Eine unabhängige Beratungssituation ermöglicht die Unterstützung zu einer selbstbestimmten Entscheidung in existentiellen Lebensfragen. Dies können Zugänge zu entlastenden Behandlungen, ein verändertes Verständnis der vorliegenden (interpersonellen) Problemlagen oder aber auch die freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid beinhalten. Gerade die Reflexion der zur Suizidalität führenden Erfahrungen, Einstellungen und psychischen Bedingungen und auch die Veränderung von Lebensumständen kann auf diese Weise freiwillig und auf Augenhöhe erfolgen, ohne dass eine*r der Beteiligten des Beratungsprozesses die Macht hat, über die Gewährung des assistierten Suizids zu entscheiden. Eine derartige Beziehung innerhalb einer Beratung braucht Zeit und eine größere Anzahl an Kontakten (Treffen), um die Problemlagen gut zu verstehen und Lösungsoptionen zu finden. Nur so ist dem Betroffenen das *Erkennen von Handlungsalternativen zum Suizid* und die Bewertung von deren jeweiligen Folgen möglich.

B.

Um eine selbstbestimmte Entscheidung *in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen* treffen zu können, sind häufig weitere *umfassende Beratungen und Aufklärung* hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen erforderlich. Diese fachkundigen Informationen und Aufklärungen müssen Hilfsmöglichkeiten und Behandlungsoptionen enthalten, die individuell auf die Situation der Betroffenen ausgerichtet sind und gegebenenfalls sehr umfangreich sein müssen. Diese Optionen umfassen beispielsweise Bereiche der Medizin außerhalb von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, d. h. es müssen zur fachkundigen Aufklärung und Beratung weitere fachärztliche Disziplinen hinzugezogen werden. Darüber hinaus müssen soziale Hilfen, Hilfen aus dem Bereich der Palliativmedizin und Hospizversorgung und viele andere mehr zur Verfügung stehen und rasch vermittelt werden können.

C.

Auf jeden Fall ist aus fachlicher Sicht eine Dreiteilung in Beratung, Begutachtung und Durchführung der Assistenz bei der Formulierung einer gesetzlichen Regelung strikt vorzusehen. Suizidpräventive Beratung und Begutachtung für einen assistierten Suizid dürfen nicht von der gleichen Person oder Institution erfolgen.

Eine Beratung, die sich *suizidpräventiv* nennt, darf nicht den assistierten Suizid ermöglichen. Verpflichtende Beratungsstellen für den assistierten Suizid und damit verbundene Beratungsangebote müssen sowohl hinsichtlich der Einrichtungen als auch der handelnden Personen deutlich erkennbar getrennt von suizidpräventiven Angeboten sein.

Das Problem der Feststellung der Freiverantwortlichkeit

Als Kriterien der Freiverantwortlichkeit werden neben *Erkennen von Handlungsalternativen zum Suizid* und Bewertung von deren jeweiligen Folgen, *Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen* und *der umfassenden Beratung und Aufklärung* hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen auch die „*Dauerhaftigkeit*“ und „*innere Festigkeit*“ des Suizidentschlusses angesehen. Zudem muss eine freie Suizidentscheidung *unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung* gebildet worden sein. Diese drei vom Bundesverfassungsgericht zuletzt beschriebenen Kriterien sind in der Praxis nur schwierig zu erheben.

Die Anforderungen an die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidentschlusses sind je nach der individuellen Lebenssituation *unterschiedlich*. Die Klärung der Dauerhaftigkeit bzw. inneren Festigkeit des Suizidentschlusses ist auch mit hoher psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachkompetenz kaum valide festzustellen. Der in der Psychiatrie bekannte Zustand der kognitiven Einengung akut suizidgefährdeter Personen kann nicht nur für Außenstehende den Eindruck einer eindeutigen Entschlossenheit hervorrufen. Doch diese ist nicht beständig. Schematische, für alle Antragsteller einheitliche Fristen sind deshalb nur schwer in Einklang mit der empirischen Realität zu bringen: Die Situation ist z. B. bei Partnerschaftsproblemen, Prüfungsversagen, narzisstischen Krisen, Insolvenz, Verlust des Lebenspartners oder nach einem Unfall mit irreversibler Querschnittslähmung sehr unterschiedlich – und wird auch individuell sehr unterschiedlich erlebt und beurteilt. Bei terminalen Krankheiten muss die Situation wiederum nochmals anders beurteilt werden.

Die Feststellung einer akuten psychischen Störung ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Kernkompetenz. Allerdings dürfte es auch hier nicht immer eindeutig zu diagnostizieren sein, ob und in welcher Art und Weise die Suizidvorstellung von einer psychiatrischen Erkrankung beeinflusst ist. Beispielsweise führen Depressionen und vorübergehende Lebenskrisen zu einer eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Suizidalität häufig auch bei relativ leichten, vorübergehenden psychischen Störungen, oft auch nur bei einzelnen psychopathologischen Symptomen auftritt und Suizidentschlüsse von den Betroffenen selbst in ca. 80 % bis 90 % der Fälle als Fehlentscheidung gewertet und revidiert werden, wenn Suizidhandlungen überlebt wurden.

Die dargestellten Beurteilungen benötigen neben der bereits erwähnten Fachkompetenz weitere sehr spezifische suizidologische, suizidpräventive und darüber hinaus auch ethische Expertise. Bisher ist jedoch die Vermittlung suizidologischen Wissens und suizidpräventiver Expertise kaum Gegenstand von Studium, Aus-, Fort- und Weiterbildung. Mit einer Approbation (auch nicht bei Veterinären, Zahnärzten etc.) erlangt man keine Kompetenz für die Beurteilung der noch nicht einmal konkret definierten Freiverantwortlichkeit. Es besteht die Gefahr, dass nicht auf die individuelle Situation der jeweils anfragenden Personen eingegangen wird, sondern die "Freiverantwortlichkeit" in Form von Manualen oder "Checklisten" standardisiert abgefragt wird.

Es ist dringend zu vermeiden, dass tödlich wirkende Medikamente für den unkontrollierten Hausgebrauch z. B. auf Rezept abgegeben werden

Wenn tödlich wirkende Medikamente zu einem etwaigen Gebrauch als Suizidmittel auf Rezept ausgegeben werden, ist sicherzustellen, dass diese nicht von Unbefugten, eventuell in Unwissenheit oder aber auch in deren eigener suizidaler Krise, eingenommen werden. Aus der wissenschaftlichen Evaluation von Giftnotzentralen (Jahresbericht des Giftinformationszentrums der Länder Hessen und Rheinland-Pfalz 2005) ist bekannt, dass Vergiftungen durch Medikamente den größten Anteil möglicher Vergiftungen darstellen. Davon geschehen viele in suizidaler Absicht. In internationalen Studien konnte belegt werden, dass die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln im Haushalt zur signifikanten Senkung von Suiziden beiträgt.

Werbung für den assistierten Suizid darf nicht erlaubt sein

Das BVerfG betont in seinem Urteil zu § 217 StGB, dass es legitim sei, wenn der Gesetzgeber verhindern wolle, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt und soziale Pressionen entstehen, die bestimmten Menschen den assistierten Suizid als gesellschaftlich erwünschte Form des Sterbens nahelegen. Vor diesem Hintergrund befürworten wir unbedingt eine Regulierung der Werbung für den assistierten Suizid bis hin zum Verbot.

Werbung nutzt wissenschaftlich fundierte Mittel der Manipulation, um Personen in Hinblick auf die Ziele der Werbenden zu beeinflussen. Schon heute können Algorithmen von Google und Facebook suizidale Personen unter ihren Nutzern identifizieren. Die legale Promotion des assistierten Suizids in diesen Kontexten könnte auf diese Weise zu vermehrten und

vorschnellen Suiziden führen. Die Wirkung von Werbung für Formen der Assistenz beim Suizid kann sein, dass

- suizidpräventive, aber auch allgemeine medizinische und palliativmedizinische Angebote diskreditiert und nicht in Anspruch genommen werden.
- Vorurteile über die angebliche Rechtlosigkeit schwer kranker Menschen und deren Behandlung verbreitet werden (wie z. B. Zwangsbehandlung, -ernährung, Leidensverlängerung).
- der assistierte Suizid als normale und eventuell auch erstrebenswerte Form der Lebensbeendigung etabliert, traditionelle Formen der Sterbebegleitung und des Lebensendes jedoch diskreditiert werden.
- die Suche nach Unterstützung in existentiellen Krisen implizit als individuelle Schwäche kommuniziert wird und damit suizidale Krisen nicht überwunden werden können.

Forschung und Dokumentation

Assistierte Suizide müssen ausführlich dokumentiert und der Forschung zugänglich gemacht werden. Statistische Daten zum assistierten Suizid und dem Suizidgeschehen insgesamt müssen halbjährlich veröffentlicht werden. Die wissenschaftlichen Kenntnisse zur Praxis des assistierten Suizids sind in Deutschland noch nicht gegeben. Veröffentlichungen entsprechender Zahlen durch "Sterbehilfe"-organisationen entsprechen in keiner Weise international anerkannten Kriterien der Vollständigkeit, Generalisierbarkeit, Validität und Reliabilität. Entsprechend ist, analog zur Situation in anderen europäischen Ländern (z. B. in den Niederlanden), eine wissenschaftliche Begleitung der Rechtspraxis einer zu schaffenden Regelung des assistierten Suizids gesetzlich zu verankern.

Zudem sind die Suizidzahlen im Allgemeinen halbjährlich und ohne zeitliche Verzögerung zu veröffentlichen. Aktuell ist es in Deutschland – anders als in vielen europäischen Ländern (z. B. in Irland und Großbritannien) – nicht möglich, zeitnah mit Hilfe von Suiziddaten Suizidcluster und -epidemien zu erkennen. Dies schränkt wichtige Forschung für die Suizidprävention erheblich ein. Die zeitnahe Datenerhebung muss erleichtert und verbessert werden.

Köln/Berlin/Kassel, 27.11.2022