

Suizidbeihilfe:  
Der Bund ist gefordert 1

Agenda 5

Neues Leitbild der SAMW 5

«Leit-Ethikkommissionen»:  
es geht vorwärts 5

Ausschreibung KZS-Fonds 6

Robert-Bing-Preis 2010 6

Vergabungen aus dem A&D-Fonds 6

Clinical Research Cooperations  
with Developing Countries 6

Erleichterter Zugang zu  
medizinischer Fachliteratur 7

JA zum Verfassungsartikel  
«Forschung am Menschen» 8



## Suizidbeihilfe: Der Bund ist gefordert

**In den letzten Jahren haben spektakuläre Einzelfälle von assistierten Suiziden in der Schweiz hierzulande wie auch im Ausland immer wieder für Schlagzeilen gesorgt. Zusammen mit dem Phänomen des sogenannten «Sterbetourismus» hat dies dazu geführt, dass der Ruf nach einer gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe in den letzten Jahren deutlich lauter geworden ist. Im letzten Oktober nun hat der Bundesrat reagiert und eine Neuregelung der organisierten Suizidbeihilfe vorgeschlagen. PD Dr. Georg Bosshard, Allgemeinmediziner und Ethiker in Winterthur, und Prof. Samia Hurst, Ethikerin aus Genf, versuchen im nachfolgenden Beitrag eine Standortbestimmung aus ärztlicher Sicht und formulieren Vorschläge, wie die Suizidbeihilfe aus ihrer Sicht sinnvoll geregelt werden könnte.**

In einem Bereich, in dem die ganze Welt auf unser Land blickt, hat der Bundesrat noch bis vor kurzem jeden über den bestehenden Art. 115 StGB hinausgehenden Regulierungsbedarf von sich gewiesen. Umso erfreulicher, dass nun im Eidg. Justiz- und Polizei-Departement die Bedeutung der Frage der Suizidbeihilfe erkannt worden ist und der Bund mit entsprechenden Vorschlägen versucht, seine Verantwortung in diesem Bereich wahrzunehmen. Nur: Das vom Bundesrat erwogene, vollständige Verbot der Sterbehilfeorganisationen [1] dürfte in der Schweiz politisch weitgehend chancenlos sein. Und auch die vom Bundesrat favorisierte Lösung einer restriktiven Regelung im Strafgesetzbuch schießt über das Ziel hinaus bzw. an diesem vorbei. Denn der Gesetzesvorschlag würde kaum zu der angestrebten Einschränkung der Suizidbeihilfe, sondern vielmehr zu einer unkontrollierten Verlagerung in den medizinischen Sektor

führen. Für diesen würde ja die vorgeschlagene gesetzliche Regelung nicht gelten, solange keine Organisationen im Spiel sind. Zu Recht lehnt deshalb die SAMW die bundesrätlichen Gesetzesvorschläge ab und schlägt stattdessen den pragmatischeren Weg einer Regelung der Sterbehilfeorganisationen mittels Aufsichtsgesetz vor (siehe Kasten S.4).

### **In der Schweiz ist die Suizidbeihilfe eine etablierte Praxis**

Auch ein solches Aufsichtsgesetz sollte uns aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass mittelfristig noch manche zentrale Frage in dieser Thematik in unserem Land einer Beantwortung harret, nicht zuletzt, was die Rolle von uns Ärzten in diesem Bereich betrifft. Wir wissen, dass heute in der Schweiz jährlich ca. 400 assistierte Suizide durchgeführt werden. Es handelt sich also nicht mehr



Prof. Christian Kind,  
Präsident der  
Zentralen Ethikkom-  
mission, St. Gallen

## Die Regelung der organisierten Suizidbeihilfe darf nicht zulasten der Ärzte gehen!

Vor bald vier Jahren hat die SAMW den Bundesrat auf seine Aufsichtspflicht im Bereich der Sterbehilfeorganisationen hingewiesen. In diesem Sinne ist es eigentlich zu begrüssen, dass

nun ein Gesetzesvorschlag in zwei Varianten vorliegt, der diesen umstrittenen Organisationen Grenzen auferlegen soll. Beide Vorschläge, sowohl die strikte Beschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das Lebensende, wie deren vollständiges Verbot, vermögen aber aus ärztlicher Sicht nicht zu befriedigen.

Die erste Variante würde die Tätigkeit der sogenannten Sterbehilfeorganisationen unter dreifache ärztliche Aufsicht stellen und damit die Suizidbeihilfe recht eigentlich als ärztliche Tätigkeit institutionalisieren. Die SAMW ist aber der Ansicht, dass die Beihilfe zum Suizid den Zielen der Medizin widerspricht. Sie kann wohl als Gewissensentscheid des einzelnen Arztes in der Betreuung eines Patienten am Lebensende respektiert werden, darf sich aber keinesfalls zum festen Bestandteil medizinischer Berufsausübung entwickeln.

Beide Varianten würden zu einem vermehrten Druck auf die praktizierenden Ärzte führen, Suizidbeihilfe anzubieten. Die Sterbehilfeorganisationen antworten auf ein Bedürfnis eines Teils der Schweizer Bevölkerung, das durch ein Verbot oder eine starke Einschränkung nicht verschwinden wird. Es kann keine sinnvolle Lösung sein, den Umgang mit diesem Bedürfnis vollumfänglich den Ärzten zuzuschieben. Die dadurch provozierten Gewissenskonflikte würden den eigentlichen ärztlichen Aufgaben in diesem Zusammenhang, der Suizidprävention und der palliativen Betreuung am Lebensende, nur abträglich sein.

Aus diesen Gründen lehnt die SAMW die bundesrätlichen Vorschläge ab und schlägt stattdessen vor, den Sterbehilfeorganisationen im Rahmen einer Aufsichtsgesetzgebung strikte Sorgfaltspflichten aufzuerlegen.

um sporadische Einzelfälle, sondern um eine etablierte Praxis. Diese wird in den meisten Fällen von den Sterbehilfeorganisationen vermittelt und koordiniert, und auch die persönliche Begleitung beim Suizid wird in aller Regel von Mitarbeitenden der Organisation übernommen. Aber: Fast immer hat auch ein Arzt eine entscheidende Mitverantwortung übernommen, indem er nach einer persönlichen Abklärung des Sterbewilligen das tödliche Natriumpentobarbital verschrieben hat.

Mit oder ohne spezifische gesetzliche Regelung (in welcher Form auch immer) stehen somit wir Ärztinnen und Ärzte vor ganz spezifischen Problemen. Zum Beispiel verlangen die SAMW-Richtlinien von einem Suizidbeihilfe leistenden Arzt zu prüfen, ob «die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist» [2]. Gleichzeitig wissen wir, dass in mindestens einem Viertel aller Suizidbeihilfen in der Schweiz nicht nur keine Sterbesituation, sondern nicht einmal eine zum Tode führende Krankheit vorliegt – Tendenz steigend [3]. Sollte also der von der SAMW gestellte Bedingung des nahen Lebensendes in Zukunft mehr Nachdruck verschafft werden? Ist eine solche Bedingung überhaupt sinnvoll, und wie könnte man sie ethisch rechtfertigen? Umgekehrt: Wenn man sie fallen lassen würde, wo könnte man dann überhaupt noch eine «medizinische» Grenze setzen? Oder wollen wir tatsächlich für jeden urteilsfähigen Erwachsenen im Prinzip diese Praxis zulassen, auch wenn er oder sie gar nicht krank ist, sondern vielleicht nur alt und lebensmüde? Und wenn ja: Was hätte dann das Ganze überhaupt noch mit Medizin zu tun?

### Beihilfe zum Suizid als Teil der ärztlichen Tätigkeit?

Und wenn es so ist, dass mittlerweile die ärztliche Beteiligung beim assistierten Suizid eine breitere Akzeptanz und Verbreitung gefunden hat, soll man dann dieser Tatsache Rechnung tragen, indem man gewisse Inhalte in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung integriert? Wollen wir uns wirklich Expertise aneignen für Fragen wie «Abklärung von sterbewilligen Patienten, welche einen assi-

stierten Suizid anstreben» oder «Medikamentöse Indikationen und Kontraindikationen beim ärztlich assistierten Suizid»? Würden wir nicht auf sicherem Boden bleiben, wenn wir uns als Berufsgruppe als Ganzes nach wie vor mit dem Dictum «Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit» raushalten würden? Wir müssten dann in Kauf nehmen, dass der einzelne Arzt, der dennoch bereit ist, sich in diesem schwierigen Bereich zu engagieren, mit seinen Fragen und Unsicherheiten von der offiziellen Ärzteschaft weiterhin alleine gelassen wird.

### Blick über die Grenzen

Ein Blick über die Grenzen hinaus lohnt sich in diesem Bereich allemal. Denn in anderen westlichen Staaten – vor dem jeweils gegebenen kulturellen Hintergrund – stellen sich die genau gleichen Fragen wie in der Schweiz. Zuerst einmal müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass noch bis vor wenigen Jahren kein Staat dieser Erde ärztliche Beihilfe zum Suizid oder gar aktiven Sterbehilfe auf Verlangen explizit legalisiert hat. Vorreiterin einer Öffnung in diesem Bereich wurden ab den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts die Niederlande. Nach vereinzelt Gerichtsentscheiden (case law) haben sich dort Ende der 80er Jahre gewisse Kriterien etabliert, unter welchen Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe straffrei bleiben. Diese Straffreiheit gilt aber ausdrücklich nur für Ärztinnen und Ärzte. Eine weitgehende Mitarbeit von nichtärztlichen Sterbehelfern der Organisationen so, wie sie in der Schweiz praktiziert wird, wäre in Holland also auch heute noch illegal. Als eigenes Gesetz wurden diese «Sorgfaltspflichten der ärztlichen Lebensbeendigung auf Verlangen» in Holland allerdings erst im April 2002 verabschiedet [4]. Im amerikanischen Bundesstaat Oregon trat 1997 das weltweit erste Gesetz über die ärztliche Suizidbeihilfe («Death with Dignity Act») in Kraft. Seit dem Vorangehen dieser zwei Staaten ist nun auch an mehreren anderen Orten entweder die Suizidbeihilfe (US-Bundesstaaten Washington und Montana 2008 bzw. 2010) oder die aktive Sterbehilfe (Belgien 2002, Luxemburg 2009) auf Verlangen mittels

spezifischer gesetzlicher Regelungen zugelassen. In zahlreichen weiteren Ländern sind entsprechende Gesetzesvorstösse der letzten Jahre auf grosse Resonanz gestossen, so beispielsweise in England, Frankreich und Schweden [4]. Das Szenario, dass in den nächsten zwanzig Jahren die Sterbehilfe (gemeint im engeren Sinne als Suizidhilfe und/oder aktive Sterbehilfe auf Verlangen) in den westlichen Staaten ähnlich verbreitet legalisiert werden könnte wie Ende des letzten Jahrhunderts der Schwangerschaftsabbruch, erscheint also zum heutigen Zeitpunkt keineswegs unrealistisch. Wäre dem so, dann würde die US-amerikanische Medizinethikerin M.P. Battin Recht bekommen, welche postuliert hat, dass in modernen westlichen Gesellschaften nach der Fortpflanzung zunehmend auch das Sterben nicht mehr primär als schicksalhaftes Geschehen, sondern als bewusste Entscheidung wahrgenommen und praktiziert werde [5].

### ÄrztInnen als «safeguards»

Mit dieser Entwicklung tut sich die Ärzteschaft fast überall schwer. Studienresultate zeigen, dass gerade diejenigen Ärztinnen und Ärzte, welche oft mit sterbenden Patienten zu tun haben, der Suizidhilfe oder aktiven Sterbehilfe auf Verlangen deutlich kritischer gegenüberstehen als die grosse Mehrheit der Allgemeinbevölkerung. Dennoch hat bisher noch kein Land ein Sterbehilfegesetz verabschiedet, bei dem nicht Ärztinnen und Ärzten eine zentrale Rolle zugekommen wäre. Neben deren Fachkompetenz und Erfahrungen mit Lebensentscheidungen generell ist es paradoxerweise gerade diese grundsätzlich kritische Haltung, welche Ärztinnen und Ärzten aus Sicht der Gesellschaft als geeigneten «safeguards» erscheinen lässt. Dies im Gegensatz zu den schon von ihrer Zielsetzung her eher sterbehilfefreundlichen Organisationen. Möglicherweise ist die geteilte Verantwortung zwischen Organisationen und Ärzten ein wichtiger Vorteil des Schweizer Modells, weil es Rollenkonflikte für klinisch tätige Ärzte besser vermeiden helfen kann als das holländische und belgische Sterbehilfemodell, das sich ausschliesslich auf die Ärzteschaft abstützt [6, 7, 8, 9].

### Mitfühlender Pragmatismus statt moralischer Paternalismus

Es scheint, dass in diesem hochkontroversen Bereich jedes Land seinen eigenen Weg im Einklang mit den jeweiligen Traditionen, Werten und bestehenden Institutionen finden muss. Für die Schweiz ist dabei zu sagen, dass die bisherige, im internationalen Vergleich hohe Toleranz in diesem Bereich keineswegs einen Ausrutscher darstellt. Vielmehr hat der sog. «harm reducing approach», d. h. eine Strategie, die eher auf mitfühlenden Pragmatismus statt moralischen Paternalismus setzt, in der Schweiz Tradition. Dies zeigt unschwer ein Blick auf die Schweizer Drogenpolitik, deren Offenheit im europäischen Vergleich immer aussergewöhnlich war und am ehesten noch mit dem niederländischen Approach vergleichbar ist. Aber auch der augenfälligste Unterschied zum holländischen Modell, nämlich die zentrale Rolle der Sterbehilfeorganisationen, lässt sich unschwer aus den Schweizer Gegebenheiten erklären. Die Schweiz ist ein ausgeprägt föderalistischer Staat, der viel politische Entscheidungsmacht, aber auch viel Verantwortung den kantonalen und kommunalen Behörden und der lokalen Bevölkerung überlässt. Dabei wird auf die sich selber organisierende Kraft der intakten Zivilgesellschaft vertraut, wozu elemen-

tar die ausgeprägte Vereinskultur der Schweiz gehört. Die Sterbehilfeorganisationen sind ein Ausdruck dieser bottom-up-Organisation unseres Landes. Sie geniessen eine weit gehende Akzeptanz in der Bevölkerung, sie übernehmen Verantwortung, und sie sollten grundsätzlich in diesem Bereich auch in Zukunft ihren Platz haben.

### Der Bund ist gefordert

Die föderalistischen Strukturen der Schweiz haben aber auch ihre Schwächen und Grenzen. In den letzten zwanzig Jahren hat jede Region ihre eigene Interpretation dessen praktiziert, wie der Art. 115 StGB im Kontext der Sterbehilfeorganisationen zu interpretieren sei, wobei den lokalen Behörden (Staatsanwälten, Kantonsärzten, Amtsärzten und Instituten für Rechtsmedizin) eine zentrale Rolle zukam. Dadurch besteht die Gefahr der Rechtsungleichheit und Rechtsunsicherheit. Ein bundesweites Aufsichtsgesetz für Sterbehilfeorganisationen könnte hier einiges verbessern.

Ein Staat, der die Frage der Suizidhilfe ernst nehmen will, sollte sich aber nicht einfach aufs Erlauben und Verbieten beschränken, wie es der Grundtenor der gegenwärtig vom Bundesrat vorgeschlagenen Regelung ist. Er sollte sich auch aktiv für die Entwicklungen in diesem Bereich interessieren, um gegebenenfalls unerwünschte Konsequenzen frühzeitig zu erkennen und Gegensteuer geben zu können. Was in Oregon, Holland und Belgien längst selbstverständlich ist, nämlich eine zentrale Meldestelle für assistierte Suizide, sollte auch in der Schweiz diskutiert werden mit dem Ziel, dass man in Zukunft nicht mehr alleine auf die Daten der Sterbehilfeorganisationen und die wenigen Studien der Institute für Rechtsmedizin angewiesen wäre.

Drittens, wenn der Staat selber sich schon aus diesen schwierigen Entscheidungen heraushält, stellt sich die Frage, ob nicht diejenigen Fachleute, welche bereit sind, sich in diesem Bereich zu engagieren, auch von offizieller Seite eine gewisse Hilfestellung erhalten sollten. Die Niederländer haben in den 90er Jahren mit staatlicher und universitärer Unterstützung die sog. SCEN-Netzwerke geschaffen (SCEN = «support and consultation on euthanasia in the Netherlands»), ein nationales Netzwerk von ca. 500 ärztlichen Allgemeinpraktikern, die speziell als Sterbehilfeberater ausgebildet sind und auf Anfrage ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen unterstützen, wenn diese vor schwierigen Entscheidungen in diesem Bereich stehen. Wäre so etwas nicht auch für die Schweiz denkbar? Denn ethische und juristische Abhandlungen über das moralisch Richtige und das rechtliche Erlaubte sind das eine, das Umgehen mit konkreten Situationen von schwerkranken, zum Sterben entschlossenen Menschen etwas anderes.

*PD Dr. med. Georg Bosshard, Winterthur*

*Prof. Dr. med. Samia Hurst, Genf*



**Georg Bosshard** ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Privatdozent für Klinische Ethik der Universität Zürich. Er arbeitet als Krankenheitsarzt und freischaffender Medizinethiker in Winterthur ([www.georgbosshard.ch](http://www.georgbosshard.ch)).



**Samia Hurst** ist Fachärztin für Innere Medizin und SNF-Professorin für Bioethik am Institut d'éthique biomédicale der Universität Genf. Sie ist Ethikberaterin des Klinischen Ethikkomitees der Genfer Universitätspitäler.

## Literatur

1. Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (2009). Organisierte Suizidhilfe soll geregelt werden. Medienmitteilung vom 28. Oktober. [http://www.bj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2009/ref\\_2009-10-28.html](http://www.bj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2009/ref_2009-10-28.html)
2. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005). Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung 86: 172–176.
3. Fischer S, Huber C, Imhof L, Mahrer R, Furter M, Ziegler SJ, Bosshard G (2008). Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. J Med Ethics 84: 810–814.
4. Materstvedt LJ, Bosshard G (2009). Euthanasia and physician-assisted suicide. In: Hanks G, Portenoy R, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, Cherny N (Hsg) Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4<sup>th</sup> edition. Oxford University Press, Oxford, New York, 304–319.
5. Battin MP Ending life (2005). Ethics and the way we die. Oxford University Press, Oxford, New York.
6. Bosshard G, Broeckaert B, Clark D, Materstvedt LJ, Gordijn B, Müller-Busch HC (2008). A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. J Med Ethics 34: 28–32.
7. Hurst SA, Mauron A (2003). Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ 326: 271–273.
8. Hurst SA, Mauron A. (2006). The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values. Palliat Med 20: 107–112.
9. Ziegler SJ, Bosshard G (2007). Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. BMJ 334: 295–298.

### Medienmitteilung vom 12. Januar 2010

#### Die SAMW lehnt die vorgeschlagene Neuregelung der organisierten Sterbehilfe ab

*Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) begrüsst grundsätzlich die Bemühungen des Bundes zur Regelung der organisierten Suizidbeihilfe. Sie unterstützt insbesondere die Absicht, lediglich einen Teil der Suizidhilfepraxis, nämlich die organisierte Beihilfe, zu regulieren. Aus Sicht der SAMW erscheinen jedoch weder die vorgeschlagene Beschränkung der organisierten Suizidhilfe noch deren Verbot als geeigneter Weg zur Lösung der aktuellen Probleme. Anstelle einer Regelung im Strafgesetzbuch schlägt die SAMW eine Regelung mittels Aufsichtsgesetzgebung vor. Sie empfiehlt dem Bund zudem, die Anstrengungen zur Suizidprävention zu verstärken und die Palliativmedizin weiter zu fördern.*

Basel, 12. Januar 2010. Der Bundesrat hat signalisiert, dass er die organisierte Sterbehilfe regeln will und Ende Oktober 2009 zwei Vorschläge in die Vernehmlassung geschickt. Die vom Bundesrat bevorzugte Variante 1 sieht die Einführung strenger Sorgfaltspflichten vor; die Variante 2 beinhaltet ein generelles Verbot der organisierten Suizidbeihilfe.

Die SAMW beschäftigt sich seit Jahren intensiv mit Fragen der Sterbehilfe und hat dazu 2004 Richtlinien veröffentlicht. Sie hat nun die vorgeschlagene Neuregelung gründlich analysiert und ist dabei zum Schluss gekommen, dass beide Varianten abzulehnen sind. Für diesen Entscheid sind namentlich vier Gründe ausschlaggebend.

#### 1. Die Suizidbeihilfe wird als ärztliche Tätigkeit institutionalisiert.

Mit der vorgeschlagenen Neuregelung würden Ärztinnen und Ärzte stärker als bisher in die Suizidbeihilfe involviert. Mit Variante 1 werden ihnen zusätzliche Aufgaben übertragen; zudem führt die Einschränkung der organisierten Suizidhilfe dazu, dass sich chronisch kranke Sterbewillige, die sich nicht unmittelbar am Lebensende befinden, mit ihrem Wunsch vermehrt an Ärzte wenden. Dadurch kann für die Ärzte ein Gewissenskonflikt entstehen: einerseits möchten sie leidende Patienten nicht im Stich lassen, andererseits widerspricht aber die Suizidbeihilfe den Zielen der Medizin, Leben zu erhalten und Leiden zu erleichtern.

#### 2. Der Druck auf medizinische Institutionen, Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumlichkeiten zuzulassen, wird erhöht

Viele Menschen verbringen ihre letzte Lebensphase im Spital oder einem Pflegeheim. Mit der in Variante 1 gewählten Einschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das unmittelbare Lebensende würde der Druck auf diese Institutionen steigen, Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumlichkeiten zuzulassen. Würden sie dies – wie meistens bis anhin – ablehnen, käme dies faktisch einem Verbot der organisierten Sterbehilfe gleich.

#### 3. Die Beschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das «unmittelbare Lebensende» ist untauglich.

Das «unmittelbare Lebensende» ist schwierig festzustellen; zudem widerspricht eine solche Beschränkung den Erwartungen weiter Teile der Bevölkerung.

#### 4. Die vorgeschlagene Regelung ist leicht zu umgehen.

Beide Varianten lösen die Probleme der heutigen Situation letztlich nicht, da die vorgesehenen Einschränkungen leicht umgangen werden können: Die Regelungen richten sich nur an Organisationen, nicht an Einzelpersonen. Damit kann die Organisation Sterbewillige, welche die Voraussetzungen nicht erfüllen, an zugewandte Ärzte vermitteln, die durch die neue Regelung nicht gebunden sind.

Anstelle einer Regelung im Strafgesetzbuch schlägt die SAMW eine Aufsichtsgesetzgebung für Sterbehilfeorganisationen vor. Damit könnten diese einer Bewilligungspflicht unterstellt und die Einhaltung bestimmter Sorgfaltskriterien überprüft werden. Ein solches Aufsichtsgesetz sollte namentlich folgende Punkte regeln:

- Sorgfaltspflichten für Suizidhelfer, insbesondere sorgfältige Auswahl der Personen, adäquate Ausbildung sowie Supervision;
- Sorgfaltspflichten für Ärztinnen und Ärzte, welche mit Organisationen der Suizidbeihilfe zusammenarbeiten, insbesondere für Ärzte, welche das eingesetzte Medikament verschreiben;
- Transparenz bezüglich Geschäftsführung und Statistik.