

Bernard Thill

# Selbstbestimmtes Sterben – aus ärztlicher Sicht

Aus der Sorge heraus, dass ein Suizidversuch scheitern könnte, leisten in der Schweiz nicht speziell hierfür ausgebildete Aussenstehende sterbewilligen Menschen praktische Hilfe bei der Selbsttötung. Zwei Schweizer Firmen, Exit und Dignitas, betreiben Suizidassistenten seit 1982.

Laut der ehemaligen Präsidentin der Geschäftsprüfungskommission von Exit, „zeige sich die sorgfältige Betreuungsarbeit ihres Vereins darin, dass Exit – im Gegensatz zur wesentlich kleineren Schwesterorganisation Dignitas – keine Ausländer begleite. Eine ausführliche Beratungs- und Informationsphase sei aufgrund der räumlichen Distanz sonst schlichtweg unmöglich. Deshalb komme ein Sterbetourismus, wie ihn Dignitas praktiziere, prinzipiell nicht in Frage.“

Die Autorin Svenja Flaßpöhler, die zu Formen der Sterbehilfe recherchiert hat, stellt fest, dass Exit 70 000 Mitglieder zählt und dass diese Zahl einen hohen bürokratischen Aufwand mit sich bringt. Die Exitangestellten beziehen ihr Honorar aus den monatlichen Beiträgen der Mitglieder. Wer Mitglied werden will, muss jährlich 45 Schweizer Franken oder, wahlweise, 900 Franken für eine Mitgliedschaft auf Lebenszeit zahlen. Die Exitbegleiter verrichten ihre Arbeit ehrenamtlich, sie erhalten lediglich eine Spesenpauschale von 500 Franken pro Fall. Der Sterbebegleiter F. Z. stellt beinahe wöchentlich sterbewilligen Personen 15g Natrium-Pentobarbital

bereit, so dass durch die häufigen Durchführungen doch einiges Geld zusammen kommt. 2006 wurden 150 Menschen

---

**So richtig gefährlich wird eine Gesellschaft dann, wenn der Kosten-Nutzeneffekt in der Betreuung unheilbar kranker, behinderter oder alter Menschen auf die Waagschale gelegt wird.**

---

durch Exit in den Tod begleitet, heute sind es 350.

„Ist dieser Anstieg“, so fragt die Autorin kritisch, „schlicht durch die Tatsache zu erklären, dass die Suizidassistenten inzwischen stärker akzeptiert, toleriert und entsprechend auch genutzt wird, oder begibt man sich mit der Freigabe des ärztlich assistierten Suizids unweigerlich auf eine schiefe Ebene, zumal in ökonomisch schwierigen Zeiten“.

Müsste nicht alleine die Sorge, sich eventuell auf eine schiefe Ebene zu begeben, Grund genug sein, eine Suizidassistenten nicht gesetzlich freizugeben?

In der Schweiz haben laut Exit „Menschen, die psychisch leiden, in demselben Maß Anspruch auf Beihilfe wie körperlich kranke Menschen. Helfen lassen kann sich bei Exit jeder Mensch, der an einer unzumutbaren Behinderung leidet und einen

dauerhaften, wohlwogenen und autonomen Sterbewunsch hat. Voraussetzung für eine Suizidassistenten ist folglich nicht eine unumkehrbar tödlich verlaufende Krankheit, sondern lediglich eine Behinderung, die ein urteilsfähiger Mensch dauerhaft und ohne Einflüsse Dritter als unzumutbar empfindet. Exit geht es darum, das Selbstbestimmungsrecht – die subjektive Einschätzung des eigenen Leidens – zu respektieren. Dieses Recht aber werde mit Füßen getreten, wenn man den Kranken allzu sehr bevormunde und seine subjektive Ausweglosigkeit infrage stelle.“ Der Freitodbegleiter W. F. sieht seine Aufgabe so: „Wenn jemand sich aufgrund einer Alzheimer- oder Demenzdiagnose dazu entscheidet, diesen subjektiv unwürdigen Zustand nicht mehr erleben zu wollen, dann ist es meine ethische und auch religiöse Pflicht, Respekt zu haben vor dem Wunsch dieses Menschen. Die gottgeschützte Autonomie des einzelnen Menschen steht im Vordergrund.“

Aufgrund dieser, meines Erachtens, willkürlichen Zulassungskriterien kommen Patienten, zwischen 40 und 90 Jahre alt, hier von Frau Flaßpöhler vorgestellt, mit sehr unterschiedlichem Leidensdruck zu Exit:

Für die einen war das Leben menschenunwürdig, weil sie von der Familie ausgestoßen und vernachlässigt werden. Andere wollten keine weiteren Chemotherapien trotz metastasierendem Tumorleiden, da

sie keinen so schmerzhaften Krebstod wie ihre Eltern erleben wollten. Andere waren alt und wollten sterben, da sie unter Seh- und Herzkreislaufstörungen mit Schwindelanfällen litten, oder weil sie aufgrund einer rezenten Diagnose von Parkinson oder eines Hirntumors den weiteren Krankheitsverlauf nicht abwarten wollten. Wieder andere litten an schmerzhafter Osteoporose mit Gehbehinderung und Depression.

Der Freitod-Arzt, der diese Patienten kaum kannte, und auch keinen Kontakt zu ihren Angehörigen hatte, war der Meinung, „man müsse mit vielen Depressiven gesprochen haben, um ein Gefühl dafür zu bekommen, wie ernst und unumkehrbar ein Sterbewunsch sei. Die Psychiatrie müsse sich in hohem Maße auf die Intuition des altgedienten Psychiaters verlassen. Daher falle die Entscheidung, ob jemand das Kriterium der Urteilsfähigkeit erfülle, häufig sehr schnell – was auch den Vorteil mit sich bringe, dass Menschen, die mit

Exit sterben wollen, sich nicht aufgrund langwieriger Befragungen enttäuscht zurückzögen.“

Und noch ein anderer Patient erhielt Natrium-Pentobarbital 15 g oral, absolut sicher tödlich, weil das Leben für ihn nicht mehr lebenswert war wegen einer Herzinsuffizienz mit körperlicher Beeinträchtigung. Ein weiterer Patient kam zu Exit mit einer noch nicht weit fortgeschrittenen amyotrophischen Lateralsklerose, weil seine Angst zu groß war und er keinen Sinn darin sah, den weiteren Krankheitsverlauf abzuwarten.

Sehr interessant finde ich in diesem Zusammenhang Frau Flaßpöhlers Darstellung des modernen Menschen, der sich, so die Autorin, nicht mehr bevormunden lässt und sich nicht länger metaphysisch verankerten Dogmen unterwerfen will. Bezüglich seiner Gesundheit vertraut er nicht auf fremde oder gar göttliche Hände, nein, er möchte selbst entschei-

den, mit Hilfe von Patientenverfügungen und Organspendeausweisen, oder im Falle einer Schwangerschaft für oder gegen das Kind durch pränatale Diagnostik. Er will alles selbst kontrollieren. Von anderen abhängig zu sein oder sich pflegen lassen zu müssen, ist beängstigend und unerträglich, so dass bereits in gesundem Zustand der Ruf nach einem Mitgliedsausweis bei Exit laut wird. Der moderne Mensch, so Frau Flaßpöhler, ist unermüdlich damit beschäftigt, der eigenen Vergänglichkeit entgegenzuarbeiten: er will ewig jung und schön bleiben, durch Sport, Wellness und Diäten. Mit Selbstbestimmung hat ein solches Aufreißern im Dienst kultureller Anforderungen allerdings wenig zu tun. Der moderne Mensch erscheint eher als ein gehorsamer Knecht, der vergeblich versucht, dem Ideal eines allzeit einsetzbaren, flexiblen, gesunden, ehrgeizigen, hochmotivierten Produzenten – wie auch ökonomisch potenten Konsumenten – nahe zu kommen. Den Verlust der in der Antike und im Mittelalter bestehenden

Flickr user „23“ – 2014 CC BY 2.0



metaphysischen Geborgenheit versucht der moderne Mensch wettzumachen durch ein immer stärker werdendes Streben nach Selbstbestimmung. Doch dadurch riskiert er, sich immer stärker von den anderen Menschen, die das eigentliche Fundament seiner Existenz sind, zu entfernen. „Eine große gesellschaftliche Aufgabe bestünde demnach darin, die wunderbare Freiheit, welche die Aufklärung mit sich gebracht hat, nicht länger in einen Gegensatz, sondern in eine Verbindung zur Zwischenmenschlichkeit zu setzen. Dass sich weniger Menschen für eine Freitodhilfe entscheiden müssten, wenn diese Verbindung gelänge, wäre zu hoffen“, schreibt die Autorin.

Unsere moderne Gesellschaft räte, meiner Meinung nach, gut daran, sich mit diesen sehr kritischen Überlegungen der Autorin zu den Themen Selbstbestimmung und Selbstkontrolle auseinanderzusetzen und auf die Zweischneidigkeit solcher Bestrebungen hinzuweisen.

Bemerkenswert ist auch folgende Position von Frau Flaßpöhler: „Ohne den Lebenswillen des Einzelnen – ein Wille, der keineswegs natürlich ist, sondern eben das Resultat dieser Überzeugungsleistung, das Ergebnis eines gelungenen Miteinanders – würde jede Gesellschaft in sich zusammenbrechen. Nur weil der Mensch sich darauf verlassen kann, dass der andere genauso am Leben hängt wie er selbst, geht er Beziehungen ein, liebt er, arbeitet er, ja, traut er sich morgens überhaupt auf die Straße.“

Sämtliche Überlegungen der Autorin deuten, meines Erachtens, daraufhin, dass eine Gesellschaft, die sich für human hält, sich eher für ein gelungenes Miteinander als für Freitodhilfe engagieren müsste.

Natürlich hat jeder Mensch das Recht und die Freiheit selbst zu bestimmen, wann er sein Leben für nicht mehr lebenswert erachtet. Möchte er in dieser Situation dann eine Suizidassistenz durch einen Dritten beanspruchen, weil er auf keinen Fall einen gescheiterten Suizidversuch erleben möchte, dann ist er – und so beweisen es ja sämtliche oben aufgeführten Fallbeispiele – scheinbar gut beraten, wenn er zu Exit geht. Sollte aber die Suizid-

assistenz durch die Hilfe eines Arztes ermöglicht werden, wie es Frau Flaßpöhler empfiehlt, dann ist es meines Erachtens sehr wahrscheinlich, dass keiner der oben genannten Patienten durch ärztlich assistierten Suizid aus dem Leben scheiden wird. Denn suche ich als sterbewilliger Patient einen Arzt auf, dann muss ich damit rechnen, dass dieser Arzt mir entweder weitere Therapieoptionen oder, wenn keine weiteren Therapien mehr sinnvoll erscheinen, zumindest eine palliativmedizinische Symptomlinderung empfehlen

---

**Der Unterschied liegt in der Absicht des Therapeuten: der Freitodhelfer hat als einziges Ziel den Tod des Sterbewilligen; der Arzt in dieser alternativlosen Extremsituation hat als Ziel das Beenden eines Leidens.**

---

wird. Es besteht kein Zweifel daran, dass jeder dieser Patienten Hilfe braucht und dass ich als Arzt niemals einen Patienten im Stich lassen darf. In dem Zusammenhang möchte ich den englischen Philosophen John Stuart Mill zitieren: „Die Freiheit des einen hört da auf, wo die Freiheit des anderen beginnt.“ Einem Patienten in Not den Becher mit 15g Natrium-Pentobarbital reichen, selbst wenn er danach Resignation bedeuten, die ich zumindest bei keinem der oben aufgeführten Fälle rechtfertigen könnte. Ich bin mir aber bewusst, dass es Extremfälle von physischem und/oder psychischem Leiden gibt, für die wir als Ärzte keine andere Therapiewahl haben als die Schmerz- und/oder Beruhigungsmitteldosis derart zu erhöhen, dass der Patient, aufgrund der mit der Dosiserhöhung verbundenen zunehmenden unangenehmen Medikamentennebenwirkungen, in Kürze einschlafen wird. Eine solche Therapieentscheidung hat meines Erachtens nichts mit ärztlich assistiertem Suizid oder Euthanasie zu tun, sondern einzig und alleine mit einer therapeutischen Notwendigkeit. Der Unterschied liegt in der Absicht des Therapeuten: der Freitodhelfer hat als einziges Ziel den Tod des Sterbewilligen; der Arzt in dieser alternativlosen Extremsituation hat als Ziel das Beenden eines Leidens. Genau dieser Unterschied ist essentiell für das Gewis-

sen und das Weiterarbeiten derjenigen, die sich tagtäglich um Schwerstkranke und Sterbende kümmern. Als Ärzte sind wir nicht dazu ausgebildet zu töten, sondern wir sind dazu ausgebildet, Leben zu schützen, zu heilen wenn möglich, Leben, aber nicht Leiden, zu verlängern, und sicher immer alles dranzusetzen um Leiden zu mindern und nicht zuzulassen. Wenn Leben nur Leiden bedeutet, dann bin ich als Arzt verpflichtet, dieses Leiden zu bekämpfen, auch wenn der Patient dadurch möglicherweise früher sterben wird. So lautet die Lehre der Palliativmedizin.

In diesem Sinn teile ich auch folgende Aussage von Frau Flaßpöhler: „Es ist ein gewaltiger Unterschied zwischen: Nichtanwendung eines Medikaments, Abschalten eines Geräts, Unterlassen eines Heilversuchs, und ein tödliches Mittel bereitstellen“. Es geht hier also um den bedeutsamen Unterschied zwischen *laisser mourir* und *faire mourir*. „In letzterem Fall wird nicht einfach der Natur freien Lauf gelassen, sondern ein Suizid ermöglicht. Durch die Hilfe eines Dritten beendet ein Mensch sein Leben durch die eigene Hand – aber was berechtigt diesen Dritten dazu? Kann er sein Handeln wirklich mit dem Argument rechtfertigen, dass er einem lebensmüden Menschen lediglich seinen Wunsch erfüllt? Wer diese Meinung ernsthaft und in letzter Konsequenz vertritt, negiert und leugnet die Grundbedingung menschlichen Zusammenlebens.“

So richtig gefährlich wird eine Gesellschaft dann, wenn der Kosten-Nutzeneffekt in der Betreuung unheilbar kranker, behinderter oder alter Menschen auf die Waagschale gelegt wird.

Der Exit-Mitarbeiter A. B. bringt es auf den Punkt: „Wir leben in einer Zeit, in der man Menschen mehr und mehr nach Kosten-Nutzeneffekt und Effizienz beurteilt – und damit auch Menschenwürde und Lebenswertigkeit solchen Kriterien unterwirft. Er selber kenne Fälle, in denen alten Menschen durch unzureichende Pflege und Zuwendung nahegelegt worden sei, ein so einsames, kränkliches Leben sei eine gesellschaftliche Zumutung und lohne sich insofern nicht mehr. Wenn er sehe, unter welchen hoffnungslosen Überforderungen das Personal in Alters-

und Pflegeheimen rund um die Uhr arbeiten müsse, dann sei er nicht geneigt, für die Zukunft eine humane Prognose zu stellen.“

Laut Frau Flaßpöhler „liegt in Deutschland jeder vierte Pflegeheimbewohner wund, weil er nicht rechtzeitig umgebettet wird. 120 000 Menschen würden in Pflegeheimen nicht ausreichend ernährt – und mehr als 25 000 Patienten seien durch mangelhafte Pflege bereits gesundheitliche Schäden entstanden.“

Der Exit-Mitarbeiter W.F. meint in dem Zusammenhang mit Blick auf jene Menschen, die sich nicht primär aufgrund einer Krankheit, sondern aus Einsamkeit und Lebensüberdruß bei Exit melden: „Ich würde vermuten, dass, wenn unsere Gesellschaft mehr kommunikative, tragende Strukturen hätte, es weniger Leute gäbe, die diesen Weg gehen wollen. Sie hätten zum Beispiel den Wunsch, die Hochzeit der Enkelin oder die Taufe des Urenkels zu erleben. Was da geschieht, ist ein Reflex auf die Atomisierung der Gesellschaft in lauter einzelne Individuen.“

Exit betreibt also Suizidassistentz, obwohl die Mitarbeiter dieses Vereins der Meinung sind, „dass es in der Schweiz weniger Sterbewillige gäbe, wenn sich die Schweizer Gesellschaft mehr im sozialen Bereich engagieren würde“. Ist das nicht skandalös? Wäre das Geld, welches Exit zugute kommt, nicht sinnvoller in soziale Einrichtungen investiert?

Deshalb muss ich Frau Flaßpöhler widersprechen: Der Freitod kann und darf nicht der letzte Ausweg sein für Menschen, deren Krankheit in kurzer Zeit zum Tode führt. Die Würde eines jeden Menschen ist unantastbar, egal ob jung oder alt, gesund oder krank, und das sollte auch immer so bleiben. Auch ihrer Schlussfolgerung, „dass die Last der Verantwortung für eine Suizidassistentz gesellschaftlich nur zu tragen ist, wenn die Situation eines Kranken zweifelsfrei keine Lebensmöglichkeiten mehr offen lässt“, kann ich nicht zustimmen. Frau Flaßpöhler vertritt weiter die Ansicht, „dass nur in solchen Fällen dieser zunächst einmal antisoziale Akt gesellschaftlich verantwortbar – ja, sogar human ist. Ein im Endstadium krebs-

kranker Mensch bekommt durch den begleiteten Suizid die Möglichkeit, bei vollem Bewusstsein und selbstbestimmt Abschied zu nehmen. Der selbstgewählte Tod vermag einem Sterbenden in der letzten Phase seines Lebens jene Würde zurückzugeben, die seine Krankheit ihm genommen hat. Ein Arzt hingegen, der mit Verweis auf den Hippokratischen Eid todkranke Patienten gegen ihren Willen am Leben hält, erniedrigt sie zusätzlich.“

Wenn der Freitod wirklich der letzte Ausweg ist für präterminale Patienten, wozu gibt es weltweit seit Mitte des 20. Jahrhunderts weltweit die Bestrebungen, die Palliativmedizin fest zu etablieren? Ist es nicht humaner, wenn Pflegenden und Ärzten sich mit Kompetenz und menschlichem Engagement um Patienten auch am Lebensende kümmern? Unheilbar Kranke werden heutzutage palliativmedizinisch betreut, und das mit Respekt, Liebe und Einfühlungsvermögen durch ein interdisziplinäres Team. Diese Art der Betreuung vermag dem Kranken viel eher seine Würde zurückzugeben, indem sie Symptome lindert und die Lebensqualität

Jess Pohlman – 2008, CC BY 2.0



verbessert. Laut Artikel 1 im Deutschen Grundgesetz „ist die Würde des Menschen unantastbar; sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Ein in der Palliativmedizin ausgebildeter Arzt wird keinen todkranken Patienten gegen seinen Willen am Leben halten, mit dem Verweis auf den Hippokratischen Eid. Er wird den Patienten sicher nicht töten und ihm auch keinen Schierlingsbecher reichen, aber er wird kein Leiden zulassen, d.h. er wird alles daransetzen, um sein Leiden zu lindern, unter Inkaufnahme einer eventuellen Lebensverkürzung.

Vom medizinisch-ethischen Standpunkt aus gesehen, erscheint es mir mehr als feige, einem notleidenden Patienten einen Becher mit Pentobarbital zu reichen und ihn dann alleine zu lassen. Das ist weder eine ärztliche Haltung noch ist sie human. Der Arzt, der sich um einen Schwerstkranken sorgt, wird seine Therapiemaßnahmen so oft und so lange an das individuelle Leiden seines Patienten anpassen, bis eine Symptomkontrolle erreicht ist und der Patient nicht mehr leiden muss.

Verständlicherweise ist Frau Flaßpöhler nicht von dem Schweizer Modell überzeugt. Sie ist allerdings vom Beispiel des US-Bundesstaats Oregon angetan.

„In Oregon“, schreibt die Autorin, „ist die zentrale Bedingung für eine gesetzliche Erlaubnis der Suizidassistent, dass der Kranke nur noch 6 Monate zu leben hat. Zwei Ärzte müssen ein entsprechendes Attest ausstellen und ferner die Urteilsfähigkeit des Kranken bestätigen. Überdies muss der Patient seinen Sterbewunsch in einem Abstand von 14 Tagen zweimal mündlich und anschließend noch einmal schriftlich bekunden. Bevor der Arzt das Rezept ausstellt, muss er den Kranken über alternative palliativmedizinische Maßnahmen, Hospizdienste usw. informieren. Seit der Einführung des Sterbehilfegesetzes 1997 bis 2005 sind in Oregon 246 Menschen auf diese Weise aus dem Leben geschieden. Mehr als ein Drittel derer, die sich ein Rezept hatten ausstellen lassen, lösten dieses letztlich nicht ein. Ihnen genügte offensichtlich die Sicherheit, jederzeit einem als unwürdig empfundenen Tod entgehen zu können. In Oregon

hat das Gesetz auch dazu geführt, dass sich die Betroffenen viel intensiver über die schmerzlindernde Medizin informieren und diese auch verstärkt nutzen“.

Im Gegensatz zur Autorin kann ich am Beispiel Oregon keinen Gefallen finden und möchte Folgendes hinterfragen:

- Welcher Arzt kann mit Sicherheit voraussagen, dass ein bestimmter Patient nur noch 6 Monate zu leben hat? Aus Studien geht hervor, dass es keinen Bereich gibt, wo Ärzte sich häufiger irren als im Bereich der Prognosestellung.
- Daneben sei die Frage gestattet, wie glaubwürdig eine Gesellschaft ist, und wie glaubwürdig ihre Ärzte, die auf der einen Seite alle möglichen Hebel in Bewegung setzen um die Suizidrate zu mindern, auf der anderen Seite aber Menschen helfen beim Suizid.
- Könnte das bedeuten, dass menschliches Leben unterschiedlich wertvoll ist: Dass es Menschen in Not gibt, denen die Gesellschaft helfen und sie vom Suizid fernhalten will, und Menschen, die unheilbar krank sind und die für die Gesellschaft eine Last darstellen?
- Dürfen in Zukunft jene Menschen, die infolge einer unheilbaren Krebserkrankung, einem chronischen Schmerzsyndrom, einer langjährigen Depression, einer sozialen Isolation oder einem fortgeschrittenen Alter, einen Sterbewunsch bei voller Urteilsfähigkeit mündlich und schriftlich bekunden haben, darauf hoffen oder gar darauf bestehen, durch ärztlich assistierten Suizid zu sterben?
- Würde eine solche Gesetzgebung nicht allgemeine Resignation bedeuten, ein totales Versagen von Gesellschaft und Medizin? Wo bliebe die so viel beschworene Solidarität? Würde der Druck auf die Notleidenden nicht noch verstärkt werden?
- Es wird wohl kaum einen Patienten geben, der in einem fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung einerseits noch die nötige Urteilsfähigkeit hat, und andererseits noch die Kraft, um im Abstand von 14 Tagen zweimal mündlich und einmal schriftlich seinen Sterbewunsch zu bekunden. Und überhaupt: Wie frei und autonom ist denn ein Mensch, dessen Leiden derart unerträglich geworden ist, dass er eine

Suizidassistent beanspruchen möchte? Werden Freiheit und Autonomie durch das Leiden nicht etwa beeinträchtigt?

- Wenn sich in Oregon seit der gesetzlichen Erlaubnis der Suizidassistent immer mehr Betroffene über die Palliativmedizin informieren und sie auch verstärkt nutzen, wie sinnvoll ist dann noch ein Gesetz, welches Ärzten erlaubt Suizidhilfe zu leisten bzw. zu töten? Wird das für jede diagnostische und therapeutische Maßnahme in der Medizin unbedingt notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt dadurch nicht schwer belastet?
- Sollte es nicht die Aufgabe einer tatsächlichen Solidargemeinschaft sein, die Qualität der Betreuung in allen Krankenhäusern und sozialen Institutionen sowie auch daheim zu fördern? Durch genügend Pflegekräfte, die sich auf eine regelmäßige Weiterbildung stützen und über genügend Zeit für den einzelnen Patienten verfügen können, sowie durch eine landesweite Förderung der Palliativmedizin.
- Denn in den meisten Fällen ist der Sterbewunsch Ausdruck von unerträglichem physischen, psychischen, sozialen oder spirituellen Leiden. Dieser Hilferuf muss gehört werden, denn nur so lässt sich Leiden erkennen und die dadurch bedingte Symptomatik bekämpfen. Durch den kompetenten, pluridisziplinären Einsatz der verschiedensten palliativmedizinischen Hilfsmittel verbunden mit einer Symptomlinderung tritt der Sterbewunsch in den Hintergrund. Eine derartige Betreuung setzt aber eine starke Motivation, aufmerksame Präsenz, ein sich ständig Infragestellen, Selbstlosigkeit und Demut von Seiten des gesamten Teams voraus.
- Ist ein solches mit Überzeugung nach außen demonstriertes soziales Engagement nicht ein würdigeres, menschenachtenderes Signal an unsere kranken, schwachen, vulnerablen und alten Mitbürger?

Ich bleibe der festen Überzeugung, dass es auch in Zukunft viel humaner und sozialer sein wird, in die Begleitung und Betreuung von notleidenden Mitbürgern Zeit und Geld zu investieren, als Gedanken und Mittel zu verschwenden, um sich ihrer schnellstmöglich zu entledigen. ♦