

Kann Euthanasie in die Palliativmedizin integriert werden?

das Belgische Modell von legaler ärztlicher
Freitodbegleitung und Palliativmedizin.
Ketzeri, Ausnahme oder Prototyp?

Jan L. Bernheim MD PhD

End-of Life Care Research Group, Vrije Universiteit Brussel
jan.bernheim@vub.ac.be

WWW.endoflifecare.be/ZRL

Danksagung

- Arsène Mullie MD, Präsident der Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen
- Willem Distelmans MD PhD, Früherer Präsident der PFZV, Präsident der LEIF
- **End-of-life Care Research Group Brussels, Direktor ist Luc Deliens PhD**

DEFINITION

Ärztliche Freitodbegleitung

= Physician-Assisted Dying (PAD).

Sie umfasst:

- 1) Euthanasie/Sterbehilfe (= freiwillig): Bewusst das Lebensende einer anderen Person auf deren Wunsch herbeiführen.
- 2) Ärztlich assistierter Suizid
- 3) Lebensverkürzung ohne expliziter Anfrage (LAWER)

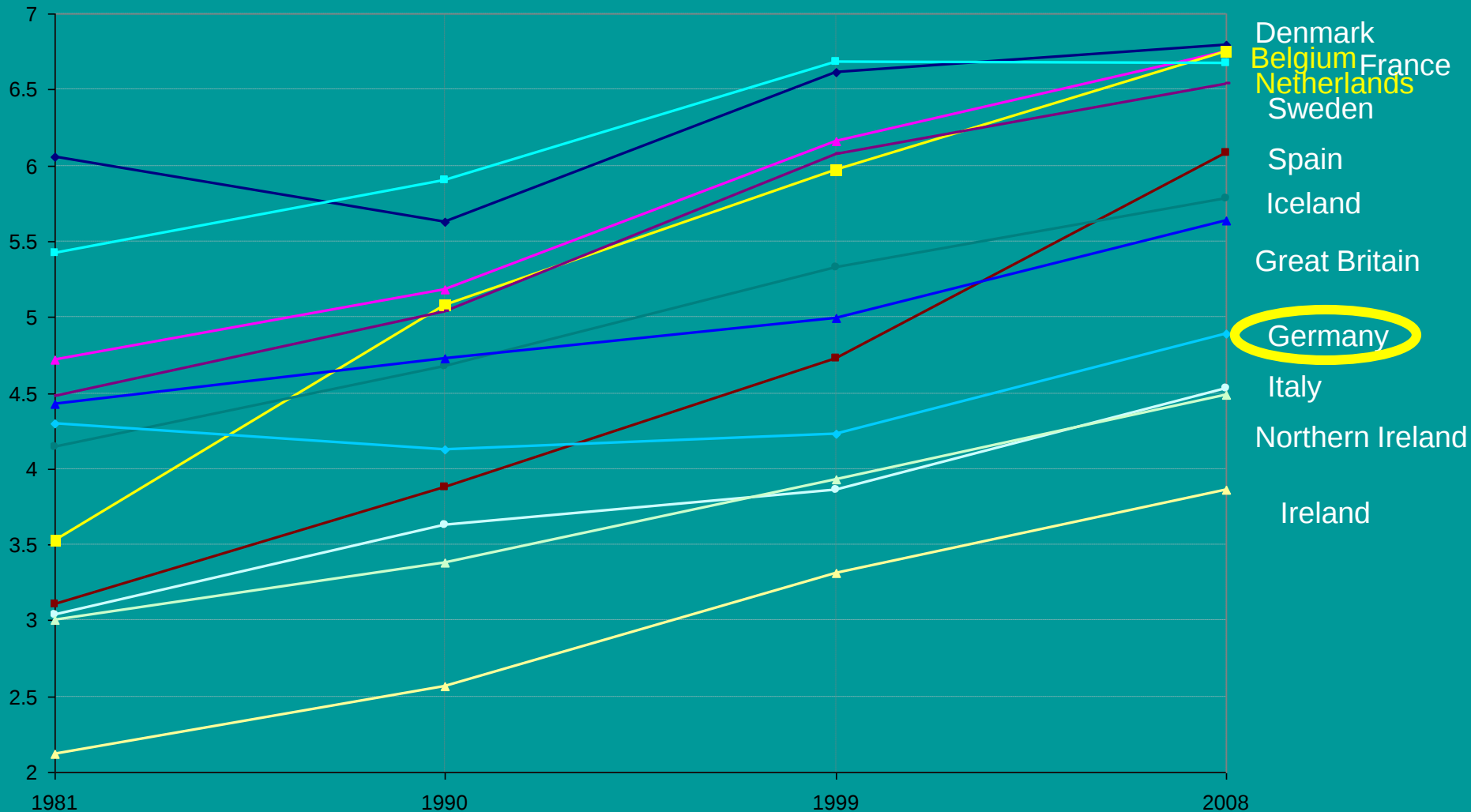
Die Niederlande:
1990-2002:
regulierte Toleranz
Gesetz: April 2002

**Benelux =
Experimentierfeld
einer weltweiten
Evolution?**

Belgien: Mai
2002

Luxembourg:
März 2009

Akzeptanz von Sterbehilfe durch die breite Öffentlichkeit (1981-2008)



European Values Survey

EUTHANASIE
IS MOORD



Polo



RCU-467



Wie fühlt es sich an, Sterbehilfe zu leisten?

- Senne Mullie: einfach gute medizinische Praxis, aber auch eine sakrale, spirituelle Erfahrung, eine Zeremonie
- Wim Distelmans: meine Arbeit gut machen
- Jan Bernheim: ermüdend, aber mehr wie ein **Entbindung** nicht wie ein **Abbruch**, befriedigend im Sinne einer progressiven evolutionärer Weltanschauung
- Alle drei: dankbar für die Gefühle der Zufriedenheit, die häufig von Angehörigen ausgedrückt werden

Definition von Sterbehilfe

= *Bewusst das Lebensende einer anderen Person auf deren Wunsch herbeiführen.*

In Belgien gemäß des Gesetzes von 2002 legal, wenn:

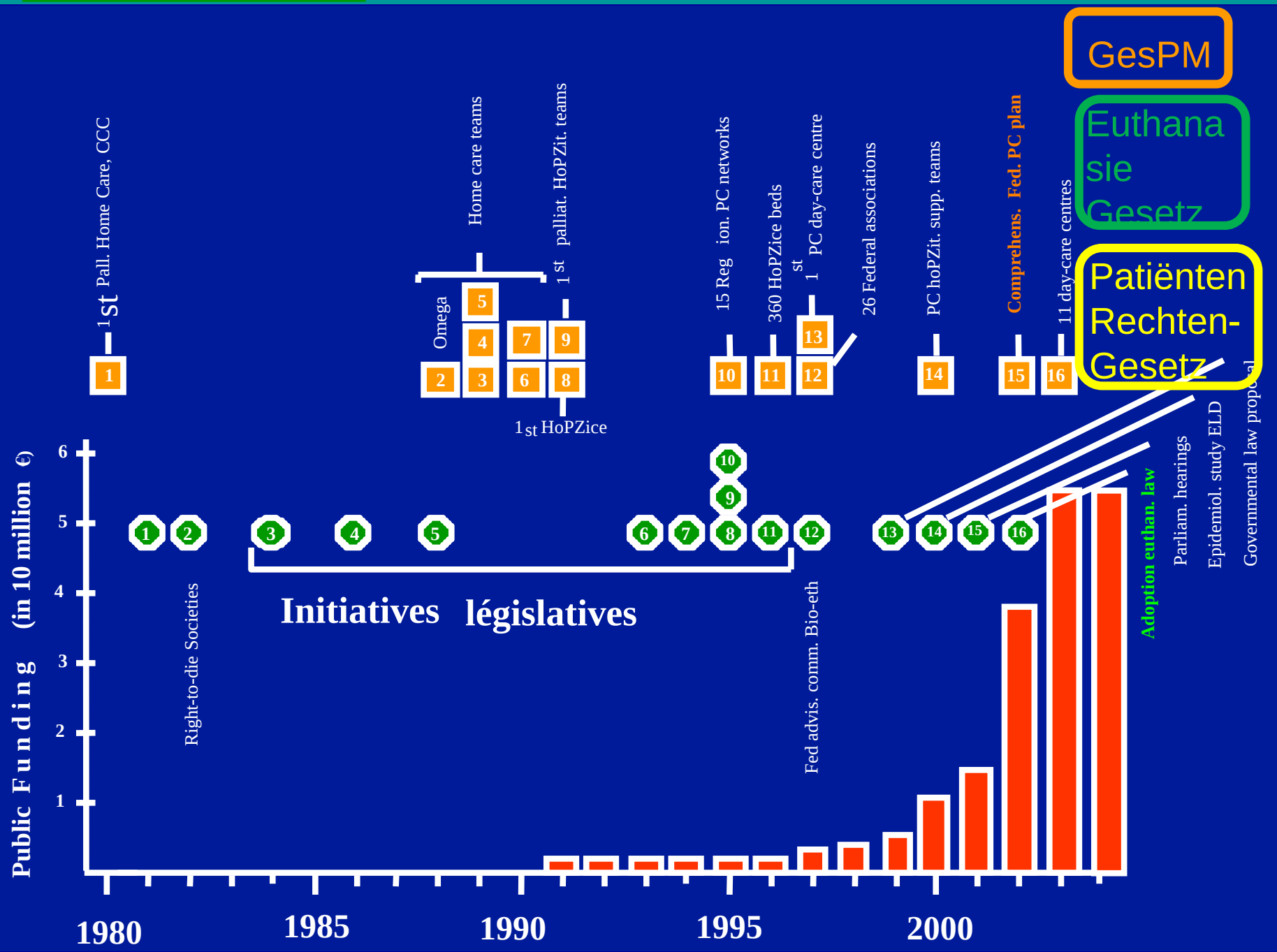
SUBSTANTIELL

- Wiederholter konsistenter Wunsch, ohne äußeren Druck, schriftlich (+ bezeugte schriftliche vorausschauende Anweisungen im Fall der eigenen Unfähigkeit, selbst zu entscheiden).
- ‘Unerträgliche’ und unumkehrbares Leiden, körperlich und/oder psychisch
- Verursacht von einem unumkehrbaren medizinisch diagnostizierten Zustand
- Einwilligungsfähiger erwachsener Patient

PROZEDURAL

- Der Patient muss rechtzeitig über Alternativen, insbesondere Palliativmedizin, informiert worden sein.
- Die Sterbehilfe muss von einem Arzt durchgeführt werden, in Begleitung des Pflegepersonal und einem kompetenten Beobachter, der bis zum Tod anwesend.
- Wenn nicht absehbar ist, dass der Patient seinen Wunsch ändert, muss er seinen Kollegen konsultiert werden. Ein Moratorium.
- Der Arzt legt gegenüber der Federal Control & Evaluation Commission Rechenschaft ab.

Die zugrunde liegende Ethik des Gesetzes ist eher **PROZEDURAL (deliberativ)** denn **preskriptiv oder normativ.**



PAD Anteil & Paket von Pall. Medizin in Belgien

- 2003: Positionspapier der Flämischen Vereinigung für Palliative Pflege:

“...Pall. Pflege und Sterbehilfe sind weder Alternativen noch Gegensätze. (...) Sterbehilfe kann Teil von palliativer Pflege sein. Pflegepersonal muss das Recht haben, persönliche ethische Grenzen zu respektieren, man muss von ihm aber auch erwarten können, dass es diese Grenzen offen, klar und vor allem zeitnah umsetzt.

**= bis jetzt
einzigartig auf
der Welt**

Ein Paradox ?

**Eine Belgische
Besonderheit?**

2008 Artikel British Medical Journal

ANALYSIS

Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?

Debates about euthanasia often polarise opinion, but **Jan Bernheim and colleagues** describe how in Belgium the two camps grew up side by side to mutual benefit

KRITIKEN z.B. AUS DEUTSCHLAND

Integral Palliative Care – Ein Widerspruch in sich?

Integral Palliative Care – Contradiction in Terms?

Autoren

B. Jaspers¹, H. C. Müller-Busch², F. Nauck¹ für die Arbeitsgruppe Ethik der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
(Sprecher: Prof. Dr. med. Hans Christof Müller-Busch)

Institute

¹ Abteilung Palliativmedizin, Universität Göttingen

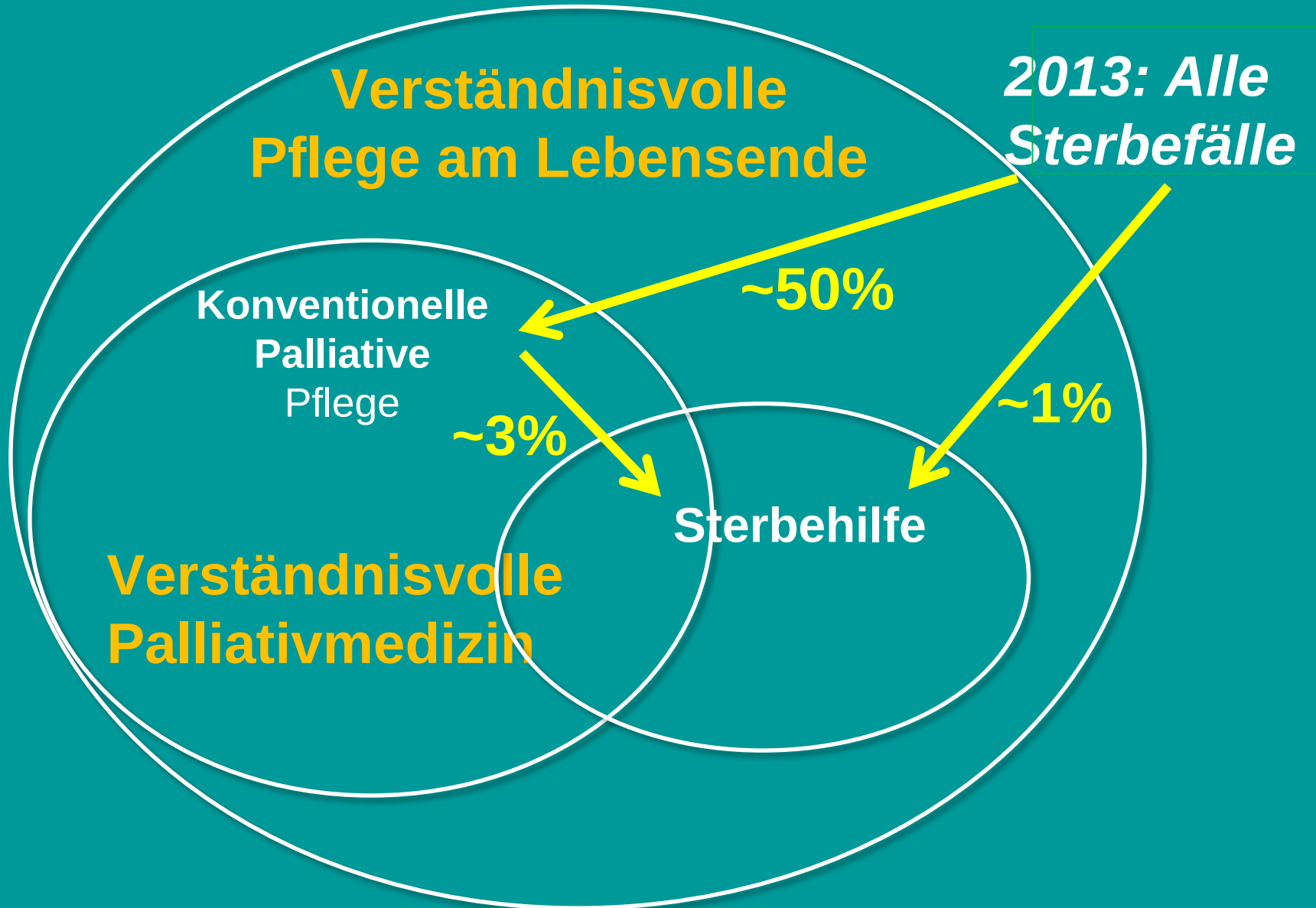
² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Berlin

Kettler, Nauck F. Palliative care and involvement of anaesthesiology: current discussions. Curr. Opin. Anaesthesiol. 2010 Apr;23(2):173-6.

Gründung von Palliativmedizin und Legale Sterbehilfe

	PALLIATIVMEDIZIN	LEGALE STERBEHILFE
KLINISCH	Leidensminderung Prävention von <u>medizinischer</u> Zwecklosigkeit	Leidensminderung Prävention von <u>palliativer</u> Zwecklosigkeit
ETHISCHE PRIORITÄTEN	1. Wohltat 2. Patientenautonomie	1. Patientenautonomie 2. Wohltat
WELTANSCHAU UNG	Häufig religiös Berücksichtigen von wissenschaftlichen Daten	Häufig Agnostiker / Atheisten Berücksichtigen von wissenschaftlichen Daten
MISSBRAUCHS POTENTIAL	Palliative Zwecklosigkeit	1. Slippery slope 2. Ersatz für Palliativmedizin
ÖFFENTLICHE UNTERSTÜTZUNG	Universal	Überwiegende Mehrheit in den meisten fortentwickelten Ländern, Professionell & Politisch umstritten

Das belgische Modell von Pflege am Lebensende: 1. Konstrukt



**Der “slippery slope”-Effekt,
am meisten befürchtet von
Gegnern der Sterbehilfe:**

**Lebensbeendigung ohne
expliziten Wunsch des
Patienten**

**Und nach Bewilligung (NL 2002, B 2014) der
Sterbehilfe für entscheidungsfähige
Minderjährigen: Banalisation**

**Die derzeitige Situation die
von anhängern der
sterbehilfe angeklagt wird:**

Ook euthanasie in katholieke centra

DE STANDAARD
24.09.2011

Palliatieve teams verwijzen patiënten die om euthanasie vragen, niet meer door naar andere arts en of ziekenhuizen. Ook de katholieke niet. Ze helpen ze zelf.

VEERLE BEEL

BRUSSEL | Bij de publieke opinie leeft nog de veronderstelling dat je je niet tot een palliatief team moet wenden als je mogelijk euthanasie wil. Dat is een misverstand, zegt de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.

Om haar punt kracht bij te zetten, komt de Federatie, die pluralistisch is en zowat het hele scala van levensbeschouwingen verbindt, met een consensus tekst naar buiten. Die tekst stelt klaar en duidelijk hoe palliatieve teams en netwerken met euthanasievragen omgaan.

Heel wat van die netwerken doen dat nu al zo, maar het is voor het eerst dat de Federatie er formeel én eensgezind mee naar buiten komt.

Euthanasie is één van de vormen

van medisch begeleid sterven, zegt de Federatie, en wie om euthanasie vraagt, krijgt dus ook gehoor bij palliatieve teams.

De beste zorg bestaat erin dat euthanasie bij voorkeur plaatsvindt waar de patiënt verblijft of wenst te verblijven. Of dat nu in het ziekenhuis is waar de patiënt al eerder opgenomen was, op een palliatieve afdeling, thuis of in een rusthuis.

Meerwaarde

Als tweede uitgangspunt benadrukt de Federatie dat de expertise van de palliatieve teams, die multidisciplinair zijn, een meerwaarde is bij de vraag naar en uitvoering van euthanasie.

Directeur Paul Vandenberghe: 'Palliatieve equipes hebben een grote deskundigheid inzake

moeilijk behandelbaar fysiek lijden, miskende depressies, aandacht voor de familie, sociale aspecten en bijstand op spiritueel-existentieel vlak. Op die manier kan zowel de arts als de patiënt zeker zijn dat al het mogelijke gedaan werd om het ondraaglijk lijden te verhelpen.'

Individuele artsen en zorgverstrekkers mogen nog gewetensbezwaar hebben, zoals de wet dat

De beste zorg bestaat erin dat euthanasie plaatsvindt op de plaats waar de patiënt verblijft, of wenst te verblijven

uitdrukkelijk voorziet. Maar dan vraagt goede zorg dat ze er een andere arts bijroepen die de euthanasie wel kan uitvoeren.

De Federatie adviseert ook dat de

arts die geen euthanasie wil uitvoeren, bij het levenseinde van de patiënt betrokken blijft. Dat garandeert immers de continuïteit van de zorg.

Aansporing

De consensus tekst is geen absolute garantie dat zieken nooit meer moeten verhuizen als ze euthanasie willen. Met name rusthuizen, die vaak in privé-handen zijn, kunnen een eigen beleid voeren. Maar de tekst is wel een flinke aansporing om euthanasievragen ernstig te nemen, in alle settings. Ongeacht hun signatuur: openbaar, katholiek of commercieel. De tekst is door alle leden van de Federatie mee besproken, en goedgekeurd. Ook door artsen en zorgverstrekkers die zelf geen euthanasie willen uitvoeren. 'Twee jaar geleden zou deze tekst nog niet mogelijk zijn geweest, nu wel', zegt Paul Van den Berghe. 'Het geeft weer hoezeer de werkelijkheid binnen de palliatieve zorg veranderd is.'

812.16 > Film 'Epilogue' over leven en dood van Neel Couwels.

ONLINE
www.palliatief.be



Transplantation Proceedings, 41, 585–586 (2009)

Organ Procurement After Euthanasia: Belgian Experience

D. Ysebaert, G. Van Beeumen, K. De Greef, J.P. Squifflet, O. Detry, A. De Roover, M.-H. Delbouille, W. Van Donink, G. Roeyen, T. Chapelle, J.-L. Bosmans, D. Van Raemdonck, M.E. Faymonville, S. Laureys, M. Lamy, and P. Cras

ABSTRACT

Euthanasia was legalized in Belgium in 2002 for adults under strict conditions. The patient must be in a medically futile condition and of constant and unbearable physical or mental suffering that cannot be alleviated, resulting from a serious and incurable disorder caused by illness or accident. Between 2005 and 2007, 4 patients (3 in Antwerp and 1 in Liège) expressed their will for organ donation after their request for euthanasia was granted. Patients were aged 43 to 59 years and had a debilitating neurologic disease, either after severe cerebrovascular accident or primary progressive multiple sclerosis. Ethical boards requested complete written scenario with informed consent of donor and relatives, clear separation between euthanasia and organ procurement procedure, and all procedures to be performed by senior staff members and nursing staff on a voluntary basis. The euthanasia procedure was performed by three independent physicians in the operating room. After clinical diagnosis of cardiac death, organ procurement was performed by femoral vessel cannulation or quick laparotomy. In 2 patients, the liver, both kidneys, and pancreatic islets (one case) were procured and transplanted; in the other 2 patients, there was additional lung procurement and transplantation. Transplant centers were informed of the nature of the case and the elements of organ procurement. There was primary function of all organs. The involved physicians and transplant teams had the well-discussed opinion that this strong request for organ donation after euthanasia could not be waived. A clear separation between the euthanasia request, the euthanasia procedure, and the organ procurement procedure is necessary.

The European Association for Palliative Care (EAPC) zum Thema Sterbehilfe

Offizielle Positionen

1995: totale Ablehnung

2003: ‘...Sterbehilfe sollte nicht
Teil der Verantwortlichkeit
von Palliativer Pflege sein...’

(Materstvedt et al.
Palliat. Med. 2003;17: 97-101)

= Fragen, die in
epidemiologischen
Studien erforscht
würden

Motivationen

essentialistisch: das komplette
Gegenteil

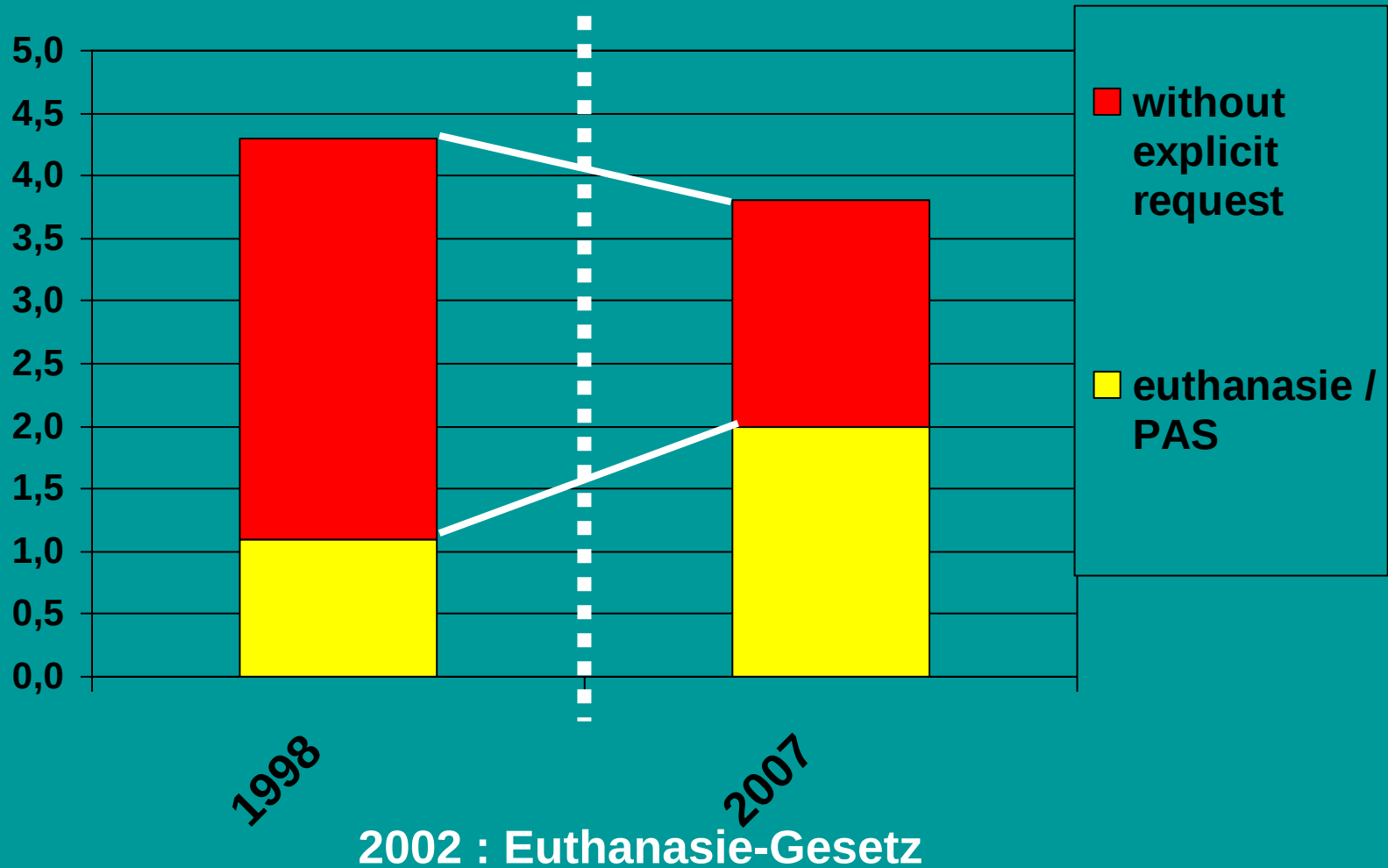
Pragmatisch:

- 1 **“Slippery slope”:** Schicksal gefährdeter Patienten
- 2 Wenn man Sterbehilfe legalisiert, könnte das die Entwicklung von Pall.Medizin verhindern; “anstiftung zu Euthanasie”
- 3 Würde das Vertrauen ins Gesundheitssystem vermindern.

Epidemiologische Studien

(Lancet, New Engl J Med, Brit Med J,
Pall Med, J Pall Med ... 2000-2015)

Tod nach ärztliche Sterbehilfe

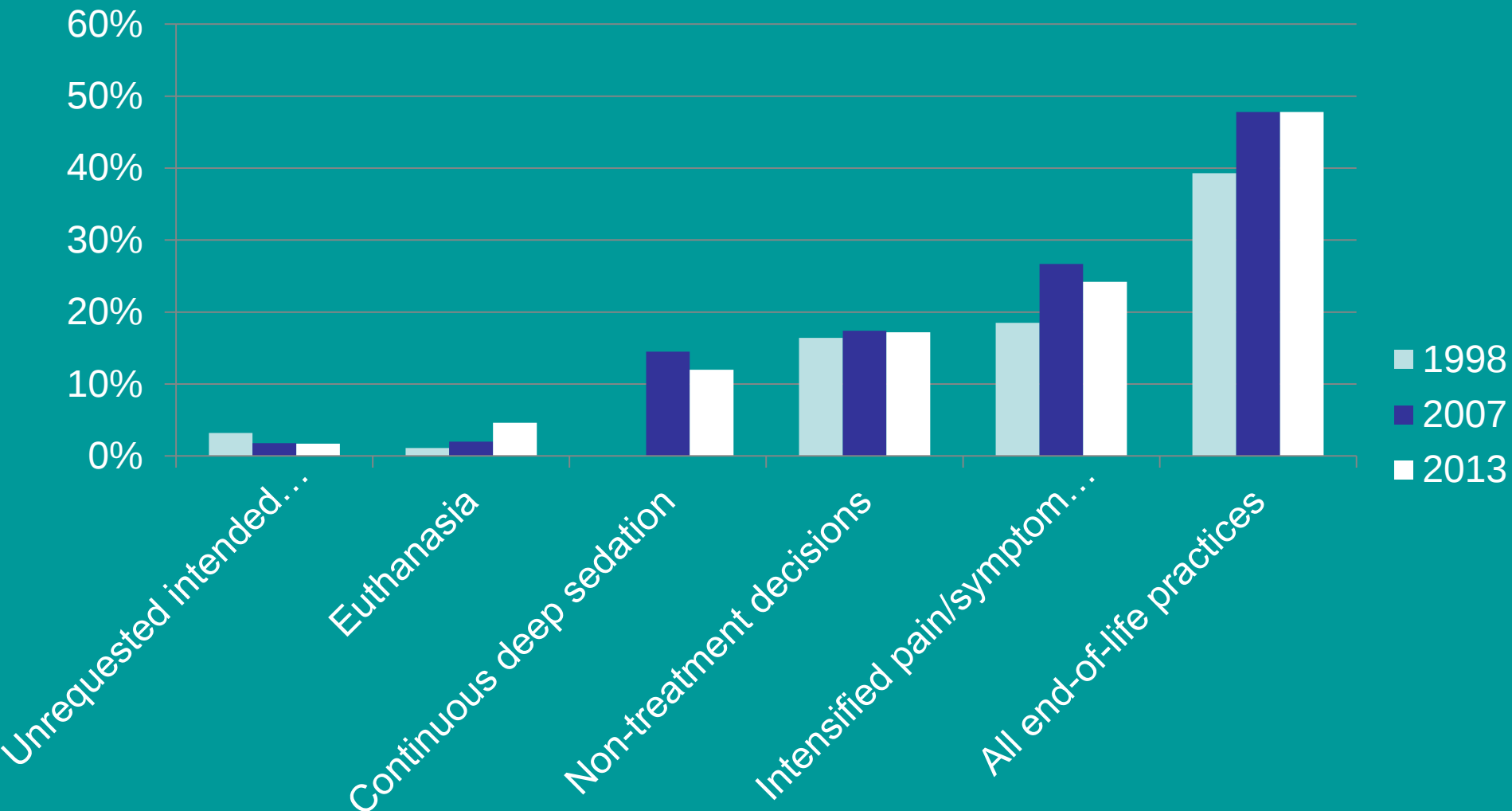


Schlimmster Fall bevor das Gesetz kam:
 der Patient würde eher menschenunwürdig
 leiden, wenn Sterbehilfe angefragt würde, als
 wenn sie nicht angefragt würde

Trends 1998-2007: “slippery slope” umgedreht!

Entscheidungen am Ende des Lebens (%)	1998	2007	P Wert
Medikamente, die explizit darauf ausgerichtet sind, das Leben des Patienten zu beenden	4.4	3.8	ns
Sterbehilfe	1.1	1.9	ns
ärztlich assistierter Suizid	0.1	0.07	ns
Lebensverkürzung ohne expliziter Anfrage	3.2	1.8	0.01
Schmerz- und Symptomereduktion, die möglicherweise das Leben verkürzt	18.5	26.7	0.001
Keine Weiterbehandlung, Entscheidung mit mögl. lebensverkürzendem Effekt.	16.4	17.4	ns
Vorsicht: Entscheidungen diskutiert mit dem Patienten, den Angehörigen, Kollegen und dem Pflegepersonal	++	+++	Bedeutsam besonders für nicht mehr einwilligungsfähige Patienten

Trends 1998-2007-2007: “slippery slope” umgedreht!



Palliative care & euthanasia in Flanders

2003-2013

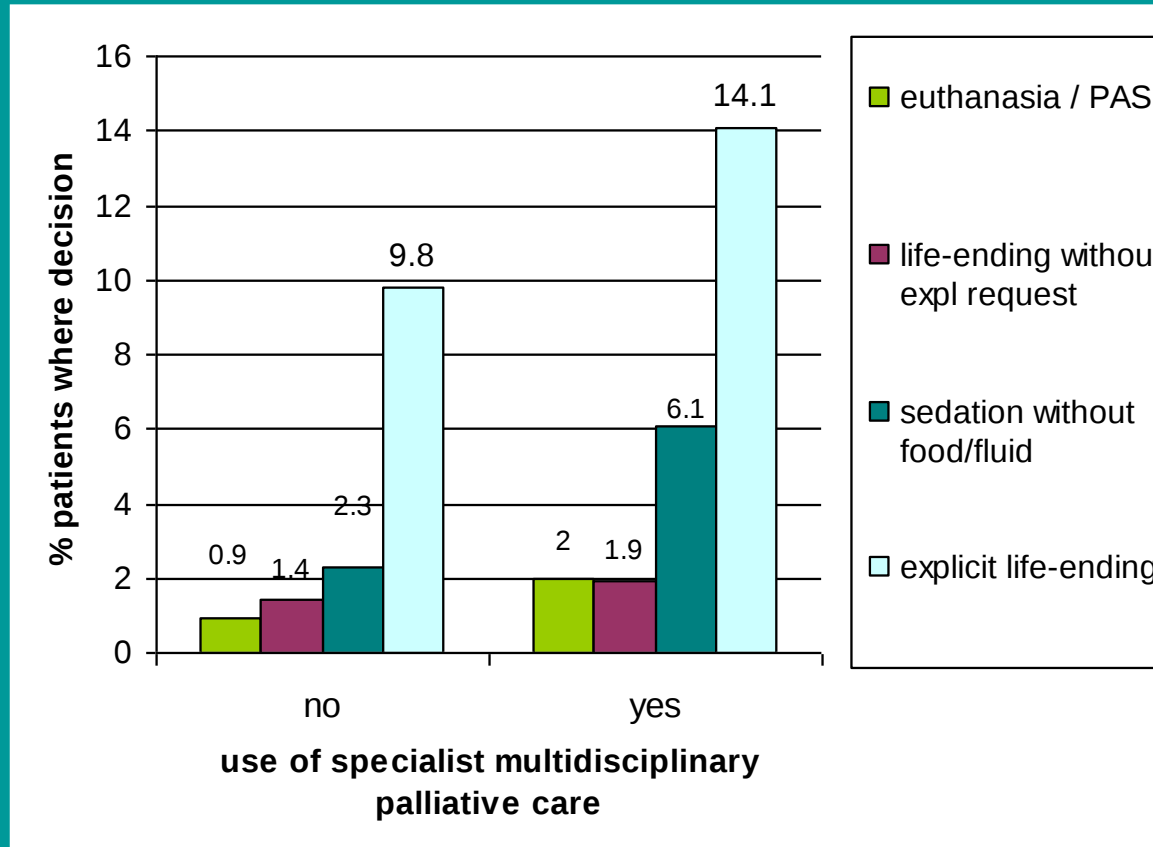
Last position statement Federation for Palliative Care
Flanders: euthanasia (to be) embedded in palliative care

Vanden Berghe P, Mullie A, Desmet M, Huysmans G. Assisted dying – the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care. Eur J Palliat Care, 2013; 20(6):266-72.

In practice (2013):

- Specialised palliative care services engaged in end-of-life care in **74%** of euthanasia cases
- Palliative care specialist/team consulted for euthanasia decision in **50%** of cases
- Euthanasia performed by a palliative care physician:
 - ~25% by physician working *in* palliative care,
 - ~15% by physicians *with specialisation training* in PC

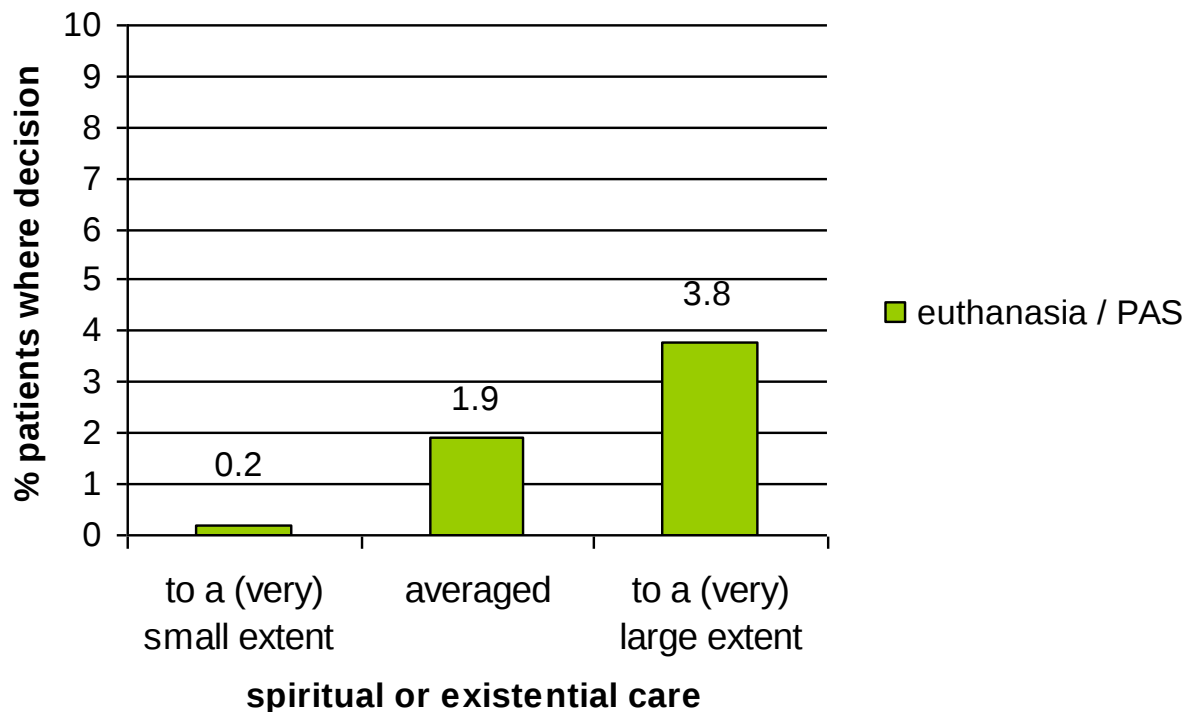
Vergleich der Entscheidungen am Lebensende in der konventionellen Medizin und in der multidisziplinären palliativmedizin



Van den Block L, et al. How are euthanasia and other medical end-of-life decisions related to the care provided in the final three months of life? **Brit Med J** 2009 Jul;339:b2772

Spirituelle/existentielle (SPEX) Pflege in Sterbehilfefällen

**Wenig Sterbehilfe ohne intensive
SPEX, zumeist religiös**



Van den Block L, et al. How are euthanasia and other medical end-of-life decisions related to the care provided in the final three months of life? **Brit Med J** 2009 Jul;339:b2772

Entwicklung der Pall Mediz in Belgien

- Ausgaben der Federale Staat

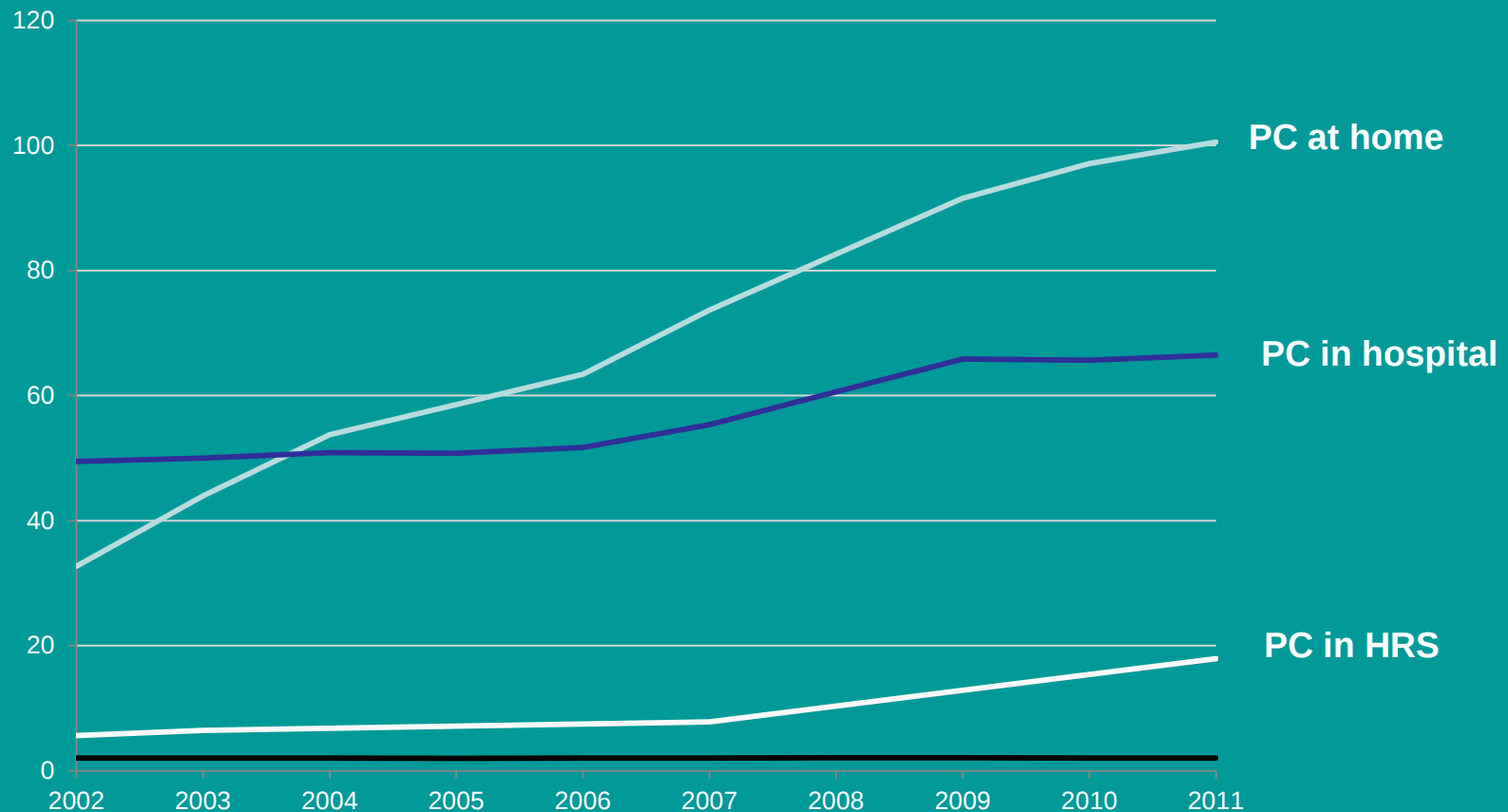
**Totale federale Ausgaben für Pall
Pflege**



Krankenkassen Ausgaben



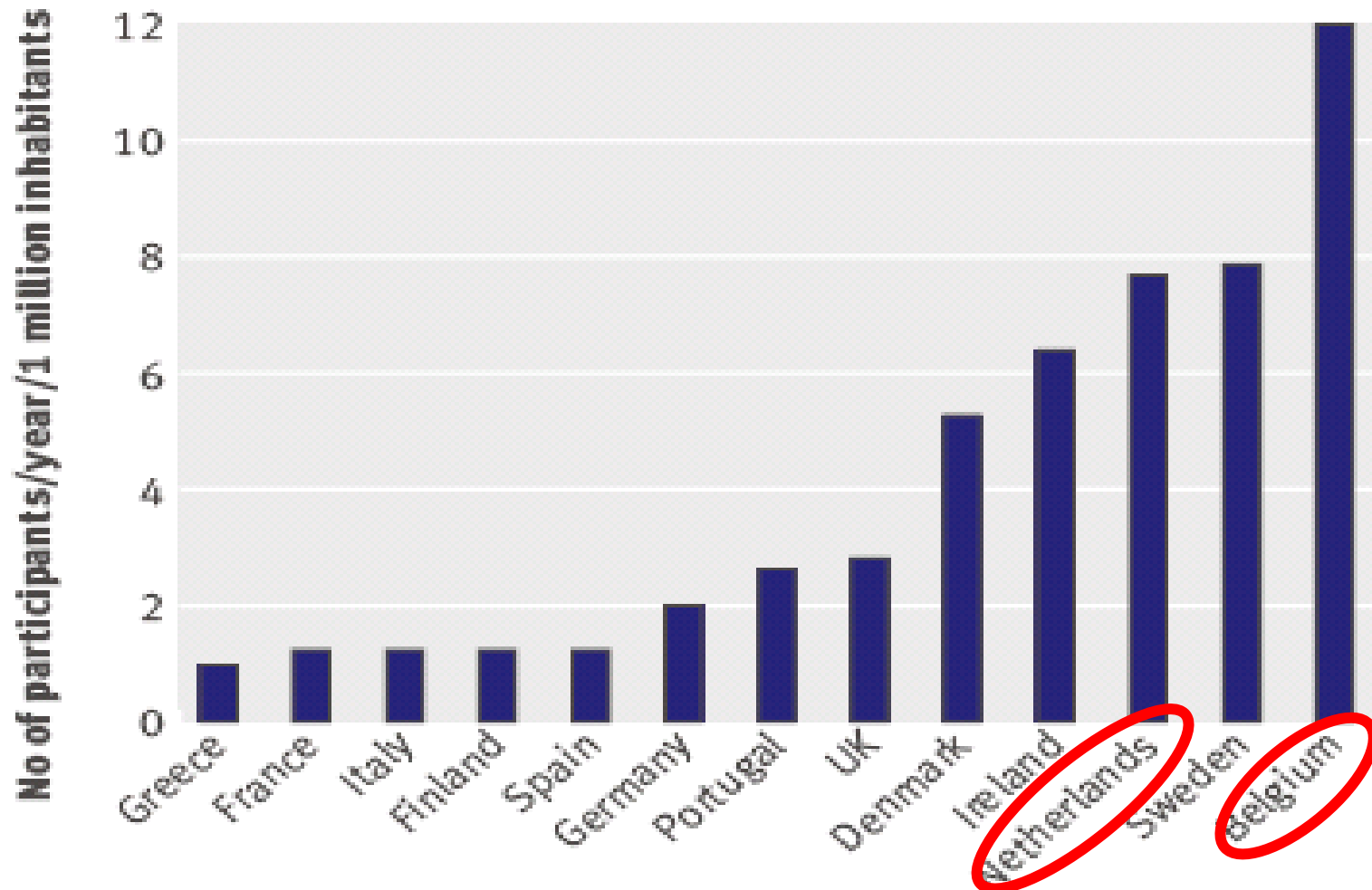
Inflation-adjusted yearly federal expenditure for palliative care services in Belgium: breakdown by place of care



Rankings gemäß spezifischer Entwicklungsparameter der Palliativmedizin im EAPC-Atlas (5 Parameter), Teilnahme an EAPC-Konferenzen (1 Parameter) und “Pubmed”- Publikationen (1 Parameter) pro einer Million Einwohner

INDICATORS	UK	SP	FR	GER	NETH	BEL (Fl)
Resources						
1) Inpatient Units (PC units & Hospices)	3	5	6	4	1	2
2) Palliative Care Beds	1	4	6	5	2	3
3) Palliative Support Teams in Hospitals	2	5	3	6	4	1
4) Home Care Services	1	2	5	6	NA (3.5)	3
5) Palliative Care Physicians (full time)	2	1	3	NA (3.5)	5	4
Sum of rankings of Resources	9	17	23	24.5	15.5	13
Summary ranking of Resources	1	4	5	6	3	2
Scientific & Professional Performance						
6) Palliative Care Pubmed publications 1991 - 2011	3	6	5	4	1	2
7) Participation in EAPC Conferences (Research & General)	3	4	5	6	2	1
Sum of rankings of Scientific Performance	6	10	10	10	3	3
Summary ranking of Scient. Performance	2	3	3	3	1	1
<u>Composite score of rankings</u> (Sum of 7 parameters)	15	27	33	34,5	18,5	16
<u>Composite ranking</u>	1	4	5	6	3	1
RATING	AAA	A	A	A	AAA	AAA

Per capita Teilnehmer in EAPC Konferenzen 2002 – 2005



Vertrauen ins Gesundheitssystem (Quelle: Europäischer Werte-Survey)

- **Belgien:**

1999: 83.1% → 2008: 91.2%

**= nach Island, der höchste
Wert in Europa**

Geschichte von Abtreibung und Sterbehilfe

	Abtreibung	Sterbehilfe
Professionelle Organisationen	International Association of Obstetrics and Gynaecology (FIGO)	European Association of Palliative Care (EAPC)
Geschichte der Ablehnung	<1998: Ablehnung	1995: Ablehnung 2003: "Sterbehilfe sollte nicht Teil von Palliativer Pflege sein"
Änderung der Einstellung	1998: "...das Recht einer Frau für Autonomie rechtfertigt, dass sie die Möglichkeit einer sicheren Abtreibung haben muss..., der Gesundheitsdienst hat die Pflicht, die Möglichkeit dazu zur Verfügung zu stellen.."	Zukunft???

Referenzen

- Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, Mullie A, Bilsen J, Deliens L.
- Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?
Brit.Med.J. 336: 864-867, 2008.
- JAN L BERNHEIM, WIM DISTELMANS, ARSÈNE MULLIE, MICHAEL ASHBY.
Questions and answers on the Belgian model of integral end-of-life care: heresy, experiment, prototype. 'Eu-euthanasia': the close historical, and evidently synergistic, relationship between palliative care and euthanasia in Belgium: an interview with a doctor involved in the early development of both and two of his successors.
J Bioeth Inquiry 11 (4) 507-529, 2014. Free download.
- CHAMBAERE K, BERNHEIM JL. Does legal physician-assisted dying impede the development of palliative care? The Belgian and Benelux experience.
J Med Ethics published online February 3, 2015

Hasenherzig: Häufig gestellte Fragen

- Warum gibt es die Synergie zwischen Sterbehilfe und Palliativpflege bisher nur in Belgien?
- Warum gibt es so wenig ärztlich assistierter Suizid?
- Gibt es ein Risiko dass um Ressourcen zu sparen Menschen, zu Sterbehilfe angestupst oder gezwungen werden?
- Wie kann man fundamentale Fragen religiöser Menschen beantworten?
- Ist legale Sterbehilfe nicht eine weitere unerwünschte Medikalisierung (Unmündig-Machung autonomer Individuen)?

SERENDIPITY FILMS

PRESENTS

epilogue

A FILM BY MANNO LANSSENS

Die Kategorie “Lebensverkürzung ohne expliziter Anfrage”

Drugs and doses used for unrequested hastening of death

Drugs used for unrequested hastening of death

Drugs used for unrequested hastening of death

Drugs used for unrequested hastening of death

Drugs used for unrequested hastening of death

Drugs used for unrequested hastening of death

Drugs used for unrequested hastening of death

Physicians do not see their act as unrequested ending of life

**Term used by physicians for life- ending acts
without explicit patient request/consent $n = 66$**

Symptom treatment 13 (19.7)

Palliative sedation 45 (68.2)

Compassionate life-ending 4 (6.1)

Euthanasia 0 (0.0)

Other 4 (6.1)

		Opioid dose only for sympt control +/- low-dose benzodiazepines			Opioid doses or sedatives beyond conventional pall care			Dose Un spec ified	N
		Dose over last 3 days		Dose last day	Opioid doses exceeding symptom requirements		Strong sedat ives		
		Sta b le	Grad ual increa se	stron g incre ase	Stable or grad increas +/- lo dose benzodiaz	Strong rise last day +/- lo dose benzodia			
Expr es sed wish	Expli cit	1	1	2	1	2	3		9
	Imple cit	1	2			2	7	1	37
Pt did not expres s wish	inca pable	7	8	3	2	7	9	1	18
	capa ble		2		1		1		6
	N	11	13	5	4	11	20	2	66

Definition von Sterbehilfe

= *Bewusst das Lebensende einer anderen Person auf deren Wunsch herbeiführen.*

In Belgien gemäß des Gesetzes von 2002 legal, wenn:

SUBSTANTIELL

- Wiederholter konsistenter Wunsch, ohne äußeren Druck, schriftlich (+ bezeugte schriftliche vorausschauende Anweisungen im Fall der eigenen Unfähigkeit, selbst zu entscheiden).
- ‘Unerträgliche’ und unumkehrbares Leiden, körperlich und/oder psychisch.
- Verursacht von einem unumkehrbaren medizinisch diagnostizierten Zustand.
- Einwilligungsfähiger erwachsener Patient

PROZEDURAL

- Der Patient muss rechtzeitig über Alternativen, insbesondere Palliativmedizin, informiert worden sein.
- Die Sterbehilfe muss von einem Arzt durchgeführt werden, dem Pflegepersonal und einem kompetenten Dritten (z.B. Ethikkommission) bis zum Tod anwesend.
- Wenn nicht absehbar ist, dass der Patient seinen Wunsch ändert, müssen seine Kollegen konsultiert werden. Ein Moratorium.
- Der Arzt legt gegenüber der Federal Control & Evaluation Commission Rechenschaft ab.

Die zugrunde liegende Ethik des Gesetzes ist eher **PROZEDURAL** denn preskriptiv oder normativ.

Definition von Sterbehilfe

= *Bewusst das Lebensende einer anderen Person auf deren Wunsch herbeiführen.*

In Belgien gemäß des Gesetzes von 2002 legal, wenn:

SUBSTANTIELL

- Wiederholter konsistenter Wunsch, ohne äußeren Druck, schriftlich dargelegt (+ bezeugte schriftliche vorausschauende Anweisungen im Fall einer unumkehrbaren Unfähigkeit, selbst zu entscheiden).
- ‘Unerträgliche’ und unumkehrbares Leiden, körperlich und/oder mental
- Verursacht von einem unumkehrbaren medizinisch diagnostizierten Zustand
- Einwilligungsfähiger erwachsener Patient

PROZEDURAL

- Der Patient muss rechtzeitig über Alternativen, inkl. Palliative Pflege, informiert worden sein.
- Die Sterbehilfe muss von einem Arzt durchgeführt werden, nachdem er jedoch mit dem Pflegepersonal und einem kompetenten Kollegen gesprochen hat. Der Arzt ist bis zum Tod anwesend.
- Wenn nicht absehbar ist, dass der Patient demnächst sterben wird, müssen zwei Kollegen konsultiert werden. Ein Moratorium von einem Monat wird dann erwartet.
- Der Arzt legt gegenüber der Federal Control & Evaluation Commission Rechenschaft ab.

DEFINITION

Palliative Pflege

WHO : Palliative Pflege ist ein Ansatz, der darauf abzielt, die Lebensqualität von Patienten und ihrer Familien zu verbessern. Es geht dabei um solche Personen, die Problemen gegenüber stehen, die mit lebensbedrohlichen Krankheiten zu tun haben. Für sie ist Prävention und Leidensminderung ein Thema, wenn man die jeweilige Krankheit frühzeitig identifiziert. Dazu ist eine einwandfreie Begutachtung und Behandlung der Schmerzen (physischer, psychosozialer und spiritueller Art) notwendig. Palliative Pflege zielt weder darauf ab, den Tod zu beschleunigen noch darauf, ihn herbeizuführen.

Einige Gedanken zu einem “größeren Ganzen”

- PAD ist tatsächlich eine andere Art der Abgabe von Medikamenten im Sinne eines “natürlichen ” Phänomens
- Viele menschliche Anstrengungen zielen auf eine stärkere Kontrolle über die Natur.
- Natur ist nicht-ethisch, indifferent bezüglich des Leidens, beschäftigt sich nur mit Überleben und Fortpflanzung.
- PAD dient dazu, das Leben zu beenden und dafür Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wie auch am Beginn des Lebens.
- In der PAD manifestiert sich der Wechsel vom reinen Überleben zu einem Leben mit Qualität.