



LEBENSPHASE STERBEN

Ethische Fragestellungen am Lebensende

Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben – zur nationalen und internationalen Diskussion

Dirk Müller
www.palliative-geriatrie.de






Kompetenzzentrum
Palliative Geriatrie
Bildung Pflege Hospiz

Kompetenzzentrum **Palliative Geriatrie**
Bildung Pflege Hospiz

UNIONHILFSWERK

- 1946 in Berlin gegründet
- Grundwerte und Unternehmensphilosophie:
 - christliches und humanistisches Menschenbild
 - soziale Verantwortung gegenüber Hilfebedürftigen
- Verein, gemeinnützige Gesellschaften und Stiftung
 - ca. 1.500 Mitarbeiter in den gemeinnützigen Gesellschaften
 - ca. 1.700 Mitglieder im Unionhilfswerk e. V.
 - ca. 500 freiwillige und ehrenamtliche Mitarbeiter
- 70 Einrichtungen und Projekte
 - davon 5 vollstationäre Pflegeeinrichtungen und 9 ambulante Pflegedienste, Beratungsstellen, Kindertagesstätten, Demenz-Wohngemeinschaften, Wohngemeinschaften für psychischkranke und behinderte Menschen u. v. m.
- www.unionhilfswerk.de

KPG Dirk Müller www.palliative-geriatrie.de

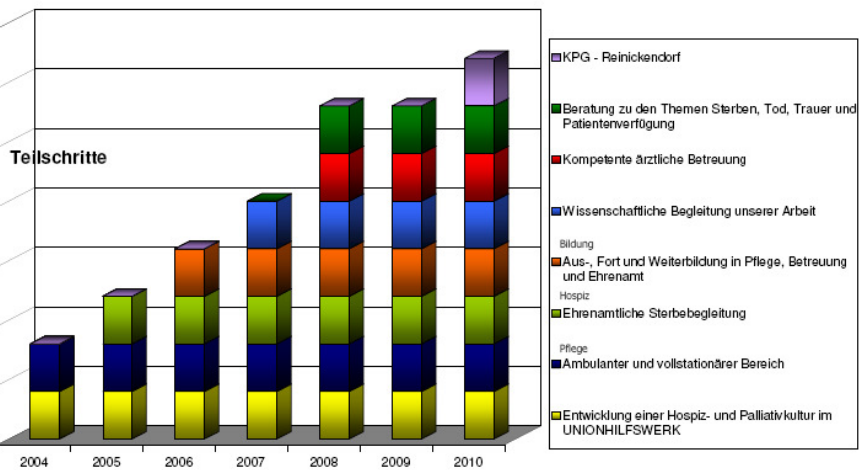
Folie 2

Dirk Müller

- Jahrgang 1968
- Exam. Altenpfleger Palliative Care
- seit 1993 in der Altenarbeit tätig
- seit 1997 in der Hospizarbeit tätig
- 1997 – 2007 Leiter der „Zentralen Anlaufstelle Hospiz Berlin – ZAH“
- seit 2007 Leiter und Fundraisingbeauftragter des Projektes „Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG“
- Fort- und Weiterbildungen sowie Qualifikationen in den Bereichen Hospiz und Palliativ, Qualitätsmanagement, Seelsorge, Ehrenamt und Fundraising



KPG - Projektentwicklung



Lebenserwartung in D

Frauen 81 Jahre ↑ 87 Jahre in 2050

Männer 75 Jahre ↑ 81 Jahre in 2050

Entwicklung Pflegebedürftigkeit in D (in Mio.)

Heute	2020	2050
2,08	2,83	3,2-5,9

Sterbefälle im Jahr

34.000 / Berlin (2007)

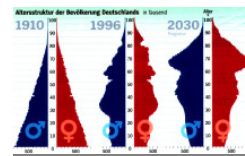
822.000 in D (2007)

Suizide im Jahr

11.000 – 13.000 in D

<http://www.suizidpraevention-deutschland.de/Einleitung.html>

Statistisches Bundesamt / **Statistisches Landesamt



Kusch (D) 8.000 €

Exit (CH) 1.500 €

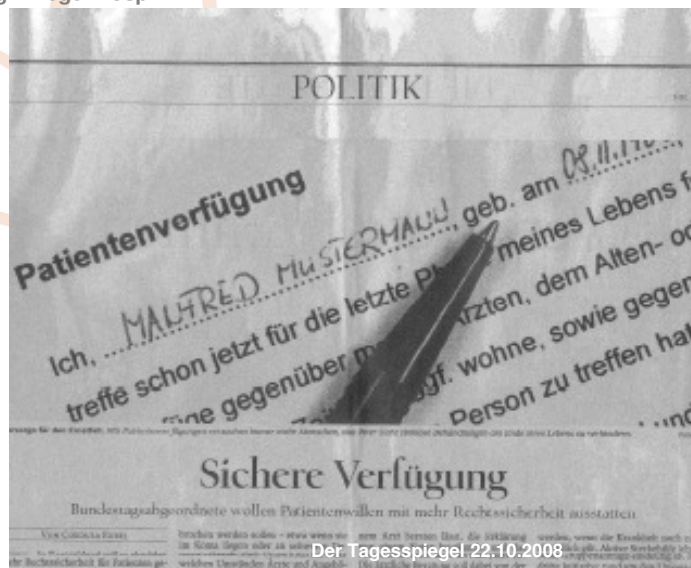
Dignitas (CH) 5.900 €



Quelle
Kamann, M.: Freitod. Roger Kusch will wieder beim Sterben helfen. Die Welt, 6.10.2008.
www.welt.de/politik/article2535897/Roger-Kusch-will-wieder-beim-Sterben-helfen.html
Prof. Dr. med. Christian Zippel

Gesetz zur Patientenverfügung

Wann dürfen lebenserhaltende Geräte bei einem dauerhaft bewusstlosen Schwerkranken abgestellt werden?



Gesetz zur Patientenverfügung I

Gesetzentwurf, Juni 2008, von Stünker /Körper (SPD), Kauch (FDP) u. a.:

Wenn der Patient das vorher in einem Schriftstück festgelegt hat, die Situation eingetreten ist und keine Willensänderung erkennbar ist.

Gesetz zur Patientenverfügung II

neuer Gesetzentwurf von Bosbach (CDU), Göhring-Eckardt (Grüne) u. a.:

Man kann in einer Verfügung das Ende einer künstlichen Beatmung oder Ernährung anordnen, auch wenn die Erkrankung nicht tödlich ist.

Dies soll nur gelten, wenn sich Betroffene vor dem Abfassen der Verfügung von einem Arzt beraten lassen und das Schreiben dann mit einem Notar aufsetzen.

Einfache Patientenverfügungen ohne Beratung sollen hingegen nur bei unheilbaren, tödlichen Krankheiten gelten.

Quelle: <http://www.netzeitung.de/politik/deutschland/1196857.html>

Angst

Bestimmung des Patientenwillens

- 1 **Aktuell erklärter Wille** des aufgeklärten / einwilligungsfähigen Patienten

Wenn negativ

- 2 In der **Patientenverfügung (PV)** vorausverfügter Wille ist -fortwirkend- verbindlich, wenn PV auf die Situation anwendbar

Wenn negativ

- 3 **Mutmaßlicher Wille**, subjektives Wohl (frühere Äußerungen, Wertvorstellungen, Lebenseinstellungen, Lebenserwartung, Krankheitssymptome...)

Wenn negativ

- 4 Entscheidung zum objektiven Wohl des Patienten (**Lebensschutz** hat Vorrang)



Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu erhalten und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht dabei nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen schwer erkrankte Patienten und Therapieverfahren nicht mehr angemessen sind. Begleitend gibt es Situationen, in denen die palliativ-medizinische Versorgung im Vordergrund steht. Die Entscheidung hierzu ist für viele von verschiedenen Erwägungen abhängig gemacht worden.

Umgebung, von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Begleitung zu sorgen. Dies geschieht in z. B. menschenwürdige Umstände

gang, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Absicht und Charakter sowie Sitten von Hange und Dasein. Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die sonstige Über- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Suizidversuch soll nicht durch lebenserhaltende Therapien kaschiert in die Länge gezogen werden. Ein schwerer Entscheidungsfindung soll der Arzt mit wertlichen und pflegenden Mitarbeitern seinen Kollegen suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, die Kränken oder Verletzten mit unvermeidlichen Folgen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basalversorgung. Dazu gehören nicht immer Nahrung und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Eingriffe empfunden werden.

Mehrheiten im Verlangen des Lebens dürfen in Übervereinbarung mit dem Willen des Patienten anzunehmen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese mit der Todesursache vereinbar sind und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufhaltbar werden kann. Bei Sterbenden kann die Lindern des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidliche Lebensverlängerung inngewonnen

wirden darf. Eine gezielte Lebensverlängerung durch Maßnahmen, die das Ziel herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Überwindung des Sterbens über einen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahlweise gemäß sein, wie sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und verschiedenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann nach Angehörige des Patienten und dessen nahe stehende Personen anfragen, wann er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen geht in seinen Aufgaben.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Vorzeichen auch in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungsplanes in Betracht kommen, wenn lebenserhaltende Maßnahmen nicht weiterzuführen werden und die

Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Versorgung, einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und dem Pflegepersonal erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schweren Bornstörungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach ärztlicher Diagnose und in Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgedehnter ist, unter Umständen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extreme unipolare Kinder, deren unumkehrbares Sehen absehbar ist, und für Neugeborene, die schwere Zerebralleistungen des Gehirns aufweisen.

Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Verneinung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Annahmen von der Pflicht zu lebenserhaltender Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unzureichenden Fähigkeiten.

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis

Vorwort

Ärztinnen und Ärzte erleben in ihrer täglichen Arbeit die Sorgen und Nöte schwerkranker und sterbender Menschen und müssen in schwierigen Beratungssituationen Antworten auf existenzielle Fragen ihrer Patienten geben.

Für den Fall, dass sich Patienten selbstunwirksamkeitsbedingt nicht mehr adäquat mitteilen können, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Vorsorgebestimmung der dazu gerichteten medizinischen Behandlung. In Anerkennung des Rechts eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung hat die Bundesärztekammer bereits 2004 in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung¹ die Bedeutung vorsorgefähiger Willensäußerungen hervorgehoben.

Die Vielfalt möglicher Situationen, in die ein Mensch geraten kann, macht es jedoch nicht immer leicht, eine Vorsorgebestimmung herbeizuführen. Zwei Möglichkeiten der vorsorgefähigen Willensbestimmung sind die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung.

Angesichts des oft dringenden Bedarfs sowohl vonseiten der betroffenen Patienten als auch vonseiten der Ärzteschaft an einer praktischen Hilfestellung und weitergehenden Konkretisierung für die ärztliche Praxis

haben es sich die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur Aufgabe gemacht, durch gemeinsame Empfehlungen des Beteiligten eine Orientierung im Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügungen zu geben. Insbesondere sollen damit Nutzen und Grenzen dieser beiden Instrumente verdeutlicht werden.

Die Empfehlungen sind zudem im Kontext der aktuellen politischen Debatte über eine gesetzliche Regelung zu Patientenverfügungen zu sehen. Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission wollen ihre Auffassung in der aktuellen Prozess der politischen Willensbildung mitbringen und die Position der verfassten Ärzteschaft in Bezug auf die aufgeworfenen Fragestellungen verdeutlichen. Zugleich stellen die Empfehlungen eine Weiterentwicklung der „Handreichtungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ aus dem Jahr 1999 dar.

Die gemeinsamen Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission mögen Patienten und Ärzten eine Hilfestellung bei der Bewältigung der selbstigen und schwierigen Fragen im Zusammenhang mit dem Lebensende und dem Wunsch nach einem menschenwürdigen Sterben geben.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. h. Rüdiger-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztebundes

Prof. Dr. med. Dr. phil. Ingrid Wessing
Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

Gründe für aktive Sterbehilfe

Viele Menschen haben Angst davor

- im Krankenhaus oder Pflegeheim sterben zu müssen
- durch eine schwere Erkrankung mittellos und sozial isoliert zu werden
- Angehörigen zur Last zu fallen, sowohl durch Kosten und Pflege
- zunehmend abhängig von Hilfe anderer zu werden
- pflegerischem und medizinischem Personal in Heimen und Kliniken lästig zu werden
- Schmerzen zu haben, die nicht ausreichend gelindert werden
- Einsatz medizinischer Therapie mit Geräten
- Therapie und ambulante Pflege nicht bezahlt wird trotz Aussicht auf Verbesserung

Quelle: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/5134, Antrag Bündnis 90/ Grüne. Gesetzentwurf vom 25.4.2007: „Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Schwerkranken und Sterbende“

Was ist was

Aktive Sterbehilfe

Gezieltes, tätiges Herbeiführen des Todes.
Die zum Tode führende Handlung wird von einem Dritten ausgeführt.

Indirekte Sterbehilfe

Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung (kommt bei korrekter Dosierung nur selten vor). Sie ist in D nicht strafbar.

Passive Sterbehilfe

Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen, z.B. Nichtbehandlung einer Pneumonie mit Antibiotika. Sie ist beim sterbenskranken Menschen oder auf Wunsch eines aufgeklärten Patienten in D nicht strafbar.

Was ist was

Beihilfe zum Suizid

Selbsttötung mit Hilfe einer Person, welche ein Mittel zur Selbsttötung bereitstellt.

Dies geschieht oft in der Form, dass ein Arzt eine tödliche Dosis eines tödlichen Medikamentes verschreibt und sie dem Patienten zur Verfügung stellt.

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in D nicht strafbar, die dafür geeigneten Wirkstoffe dürfen aber für diesen Zweck nicht verordnet werden. Es handelt sich deshalb u. U. um einen Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz und hat auch standesrechtliche Konsequenzen.

Aktive Sterbehilfe

Erlaubt in

- Niederlande (seit 2002)
- Belgien (seit 2002)
- Luxemburg (seit 2008)
- USA-Bundesstaat Oregon (seit 1997, „Death with Dignity Act“)

In D und CH erlaubt („straffrei“) sind:

- indirekte Sterbehilfe
- passive Sterbehilfe
- Beihilfe zum Suizid
- **Aktive Sterbehilfe ist verboten**

Sterbehilfe in den Niederlanden

- Meldedefizit
- Missbrauchsfälle, z.B. aktive Sterbehilfe auf Drängen von Angehörigen.

Meldedefizit 1990 82 %, 1995 68%, 2001 49,5 %.

Tötung ohne Verlangen

1990: 2.348

1995: 4.613

2001: 4.071 (lt. Totenscheine und Ärzteinterviews)

Quelle: Van der Helde, A. et al. (2003): End-of-life decision- making in six European countries: descriptive study. Lancet, Juny 2003. In: <http://image.thelancet.com/extras/03art3298web.pdf>
Prof. Dr. med. Christian Zippel

Sterbehilfe in Oregon

Jeder 4. Patient, der um Sterbehilfe nachsucht, leidet an behandelbaren Depressionen

Quelle: Brit. Med. J. 2008; 337, a 1558 und a 1682. www.bmj.com/cgi/reprint/337/oct07_2/a1682.pdf
Prof. Dr. med. Christian Zippel

Deutliche Hinweise, dass Wunsch nach aktiver Sterbehilfe auf direkten und indirekten Druck wegen möglicher finanzieller und pflegerischer Belastungen der Angehörigen (Familie) zurückgeht.

Quellen: in Dissertationsschrift von Dr. Julian Bleek, 2005, Humboldt-Univ. und Annas, G.J. (2006):
Controlled Substances and Physician-Assisted Suicide – Elephants in Mouseholds. New Engl. J.
Med. 354, S. 1079-1084
Prof. Dr. med. Christian Zippel

Hospizposition:

Schwerstkranke und
Sterbende brauchen
Begleitung und Hilfe, nicht
aber aktive Sterbehilfe.

Gründe für die Ablehnung aktiver Sterbehilfe

- Gefahr von Missbrauch, der sehr vielfältig sein kann
- Gefahr von Werteverlust
- Verlust der Chance nachhaltig helfen zu können
- Irreversibilität des Geschehenen, das nicht mehr korrigieren, das nicht mehr zurück(nehmen) können
- Bei schwerkranken, leidenden Menschen können Phasen mit starker Suizidneigung und Todessehnsucht von Phasen mit Ablehnung oder Aufgabe von Suizidgedanken abgelöst werden
- Suizidgedanken lassen sich durchaus beeinflussen
- Schutzbedürftigkeit und Erhaltung des Lebens (als ethische Kategorie)
- Es lässt sich schwer ermitteln, ob tatsächlich der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe vorlag
- Es liegt selten eine „freie“ Willensentscheidung vor
- Hospiz- und Palliativangebote sind nicht bekannt / werden nicht genutzt

Prof. Dr. med. Christian Zippel
Dirk Müller

Hospiz (lat. hospitium „Herberge“)

Unter *Hospiz* versteht man nicht nur eine Einrichtung, sondern ein Konzept zur ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung.

Hospize wollen fünf Qualitätskriterien verwirklichen*:

- Der Kranke und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes
- Unterstützung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team
- Einbeziehung freiwilliger Begleiterinnen und Begleiter
- *Palliative care* (Palliativmedizin - Sorge für Schmerzfreiheit und Lebensqualität) statt *medical care* (auf Heilung gerichtete Behandlung), kurz heißt das: **Lebensqualität statt Lebensquantität**
- Trauerbegleitung

In D (2007)**: 151 stationäre Hospize,
139 Palliativstationen
1.450 ambulante Hospizdienste.

*Christoph Student, 2004
** DHPV e. V.

Palliative Care (PC)

Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer Lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO, 2002).

PC (D)
Palliativmedizin, Palliativbetreuung, Palliativversorgung

Palliative Geriatrie

Die Palliative Geriatrie sieht es als ihre wichtigste Aufgabe an, alten Menschen bis zuletzt ein beschwerdearmes und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende Symptome und soziale/seelische Nöte sollen gelindert werden. Die Palliative Geriatrie erfordert ein ganzheitliches Pflegekonzept für die Betroffenen.

Dirk Müller

KOMPETENZENTRUM PALLIATIVE GERIATRIE

Palliative Care
"Palliative Care ist ein ganzheitliches Konzept, das die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien bis zum Lebensende verbessert. Es umfasst die Behandlung von Schmerzen, Symptomen und psychosozialen Problemen." (WHO, 2002)

Palliative Geriatrie
Palliative Geriatrie ist ein Teil der Palliativmedizin, das sich auf die Bedürfnisse von älteren Menschen konzentriert. Es zielt darauf ab, die Lebensqualität von älteren Patienten zu verbessern, indem es Schmerzen, Symptome und psychosoziale Probleme lindert." (WHO, 2002)

WIR GESTALTEN INDIVIDUELLE LEBENSQUALITÄT

- Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur im UNDEUTSCHEN HILFSWERK
- Ambulante und stationäre Pflege
- Freiwillige Sterbebegleitung
- Aufbau eines stationären Hospizes
- Kompetente ärztliche Betreuung
- Beratung rund um die Themen Sterben, Tod, Trauer und Palliativversorgung
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Pflege, Betreuung und Palliativgeriatrie
- Wissenschaftliche Begleitung unserer Arbeit

Das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie ist nicht nur ein Hospiz, sondern vor allem auch eine Idee. Mit dem Zentrum werden wir ein Bewusstsein für alle, schmerzende und sterbende Menschen schaffen und entsprechende Angebote entwickeln.

Das UNDEUTSCHER HILFSWERK ist ein Zusammenschluss von über 1000 Hilfsvereinen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Es ist ein Zusammenschluss von Menschen, die sich für die Hilfe von Menschen in Not einsetzen.

Sprechen Sie uns an: Telefon 030 42 26 58 33 Dirk Müller Internet www.palliative-geriatrie.de
Bank für Sozialwirtschaft AG, Spartenkonto 253 9000 112 100 200 00 Kontowert: Hospizfonds
Das UNDEUTSCHER HILFSWERK ist ein Zusammenschluss von über 1000 Hilfsvereinen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Es ist ein Zusammenschluss von Menschen, die sich für die Hilfe von Menschen in Not einsetzen.

Das braucht jeder Sterbende

- Respektvolles und wertschätzendes Verhalten
- Schmerzlinderung
- Linderung quälender Symptome (Mundtrockenheit, Angst, Atemnot....)
- Begleitung
- Begleitung seiner Angehörigen

**Begleitung beginnt
nicht erst dann,
wenn der Tod bereits
im Vorzimmer wartet!**

„Nicht durch die Hand eines anderen
sollen die Menschen sterben,
sondern an der Hand eines
anderen“.

Horst Köhler
8.10.2005, Fachtagung BAG Hospiz



Tipps

PALLIATIVE GERIATRIE

Alte Menschen am Lebensende begleiten und betreuen.

Wenn Ihr Arzt nicht mehr
heilen kann...

Informationen rund um die Themen
„Sterben, Tod und Trauer“



Ein Wegweiser
der Zentralen
Anlaufstelle Hospiz



Helfen Sie mit !



Unionhilfswerk-Stiftung
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 100 205 00
Konto Nr. 322 90 00
Kennwort „Hospiz“

Das UNIONHILFSWERK ist vom
Finanzamt als gemeinnützig
anerkannt.

Spenden sind steuerlich absetzbar.



KPG Dirk Müller www.palliative-geriatrie.de

Folie 29

Kompetenzzentrum **Palliative Geriatrie**
Bildung Pflege Hospiz



Kontakt

**Unionhilfswerk
Senioren-Einrichtungen
Gemeinnützige GmbH
Projekt KPG**

Postanschrift
Richard-Sorge-Straße 21 A
10249 Berlin

Dirk Müller (Projektleiter)
030 – 42 26 58 33
dirk.mueller@unionhilfswerk.de

www.palliative-geriatrie.de

KPG Dirk Müller www.palliative-geriatrie.de

Folie 30