

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 59 (1988)
Heft: 9

Artikel: 6. Praxis-Seminar VSA, 31.5./1.6.88, im Franziskushaus Dullikon :
nachdenken über Sterben und Tod - die Hilflosigkeit der Überlebenden
Autor: Hofstetter, Irene
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-810739>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Nachdenken über Sterben und Tod – die Hilflosigkeit der Überlebenden

Die Frage, wie ein Sterbender auf seinem Weg helfend begleitet, wie seine Schmerzen und Ängste gelindert werden können, brennt vielen Menschen, seien es nun Angehörige, Pflegende, Heimleiter, Ärzte, auf der Seele, nicht zuletzt weil dabei immer auch die eigene Todesnähe spürbar wird. Diskussionen über die Grenzen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe sind im Gange und die Meinungen über sinnvolle und mögliche Hilfeleistungen klaffen entsprechend dem zu-

grunde liegenden Menschenbild oft weit auseinander. Im Laufe der beiden Seminartage in Dulliken wurde die Problematik dieser Auseinandersetzung sozusagen auf den Tisch gelegt: die beiden Leiter, *Dr. Imelda Abbt* und *Dr. med. Karl Heinz Bauersfeld*, Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Luzern, beleuchteten das Thema – «Das Recht auf Tötung ist etwas anderes als das Recht auf Sterben» – aus anthropologisch/philosophischer und medizinisch/psychotherapeutischer Sicht; die Krankengeschichte einer Patientin von Frau *Dr. med. Brigitte Ambühl*, Psychiatrische Universitätsklinik, Bern, in eindringlicher Ausführlichkeit vorgebracht, zeigte die persönliche Betroffenheit einer Ärztin; *Hans Hirschi*, Universität Fribourg, sprach über Ethik und strafrechtliche Aspekte von Euthanasie, und in den Gesprächsrunden mit den Teilnehmern kamen zahlreiche Einzelprobleme aus der Praxis zur Sprache, unter anderem auch im Zusammenhang mit Sterbehilfe-Organisationen.

Das Thema wird an der VSA-Herbsttagung für Altersheimleitung und Kaderpersonal vom 8./9. November 1988 weiter verfolgt (siehe nebenstehende Ausschreibung «Ist der Tod noch zu retten?»).

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften Richtlinien für die Sterbehilfe

I. Einleitung

Zu den Pflichten des Arztes, welche Heilen, Helfen und Lindern von Leiden als hohes Ziel umfassen, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen. Diese Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege.

II. Behandlung

- a) In bezug auf die Behandlung ist der Wille des *urteilsfähigen* Patienten nach dessen gehöriger Aufklärung zu respektieren, auch wenn er sich nicht mit medizinischen Indikationen deckt.
- b) Beim bewusstlosen oder sonst *urteilsunfähigen* Patienten dienen medizinische Indikationen als Beurteilungsgrundlage für das ärztliche Vorgehen im Sinne einer Geschäftsführung ohne Auftrag. Hinweise auf den mutmasslichen Willen des Patienten sind dabei zu berücksichtigen. Dem Patienten nahestehende Personen müssen angehört werden; rechtlich aber liegt die letzte Entscheidung beim Arzt. Ist der Patient unmündig oder entmündigt, so darf die Behandlung nicht gegen den Willen der Eltern oder des Vormundes eingeschränkt oder abgebrochen werden.
- c) Bestehen bei einem auf den Tod Kranken oder Verletzten Aussichten auf eine Besserung, kehrt der Arzt diejenigen Massnahmen vor, welche der möglichen Heilung und Linderung des Leidens dienen.
- d) Beim Sterbenden, auf den Tod Kranken oder lebensgefährlich Verletzten
 - bei dem das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und
 - der kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung wird führen können lindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.

III. Beistand

Der Arzt bemüht sich, seinem auf den Tod kranken, lebensgefährlich verletzten oder sterbenden Patienten, mit dem ein Kontakt möglich ist, auch menschlich beizustehen.

IV. Pflege

Auf den Tod kranke, lebensgefährlich verletzte und sterbende Patienten haben einen Anspruch auf die ihren Umständen entsprechende und in der gegebenen Situation mögliche Pflege.

«Wir stehen als Fremdlinge neben den Sterbenden»

Wir Lebenden können uns in viele Gegebenheiten, in Situationen anderer einfühlen, doch eines können wir nicht: wir können uns nicht gedanklich in den Tod versetzen, sagte Dr. Karl Heinz Bauersfeld zu Beginn seiner Ausführungen. Der Tod ist ein Übergang, die physische Natur des Menschen tritt in einen andern Zustand ein, es verändert sich etwas grundsätzlich in seinem Dasein. Die Bedeutung liegt vielleicht darin, dass nicht nur etwas endet, sondern *voll-endet*: die Fülle eines gelebten Lebens. Weil man den Tod nicht *erleben* kann, will man ihn aber nie ganz wahr haben für sich selber. Genau wie das Sterben entzieht sich auch die Geburt unserer bewussten Kenntnisnahme. In beiden Situationen liegt viel Unberechenbarkeit und beiden gemeinsam ist das Angewiesensein auf andere. Weil wir um unser Ende wissen, den Zeitpunkt aber nicht kennen und nicht bestimmen können, leben wir in einer bestimmten Freiheit und können uns weiter entwickeln. Der Referent streifte kurz die Philosophie Martin Heideggers, der von unserem *Sein-zum-Tode* spricht. So gehört der Tod ganz in das Leben hinein, Leben und Tod gehören zusammen. Der Mensch ist davon gekennzeichnet – er ist etwas Sterbliches.

Wir sind es gewohnt, in Zusammenhängen und mehr naturwissenschaftlich zu denken. Wir vermeiden Todesmystik, wir möchten auch den Tod in den Griff bekommen und ihn «am liebsten auf dem Supermarkt einkaufen», wie Karl Heinz Bauersfeld provokativ meinte. Im Vorgang des Sterbens sind aber ganz andere Kräfte wirksam, die man nicht sehen und kaum erahnen kann. Wir stehen als Fremdlinge neben dem Sterbenden, und es wäre verfehlt, in solche Vorgänge einzugreifen; wir kennen seinen Zustand im Seelischen nicht. Wir

8./9. November 1988

«Ist der Tod noch zu retten?»

Zur Problematik der aktiven und passiven Sterbehilfe

Fortbildungstagung für Altersheimleitung
und Kaderpersonal
im Casino Zug, 6300 Zug
Tagungsleitung: Walter Saxer, Oberwil
Moderation: Dr. Imelda Abbt, Bildungsbeauftragte VSA

Programm:

Dienstag, 8. November

- 09.15 Beginn der Tagung mit Kaffeeauschank im Theaterfoyer des Casino Zug
10.00 Tagungseröffnung im Theatersaal des Casino Zug
10.15 **«Sterbebegleitung in der Klinik»** – Ein Fallbericht
Dr. med. Brigitte Ambühl, Sozialpsych. Universitätsklinik, Bern
anschliessend Fragenbeantwortung
11.30 Gemeinsames Mittagessen im grossen Casinosaal
14.00 **«Programm und Tätigkeit der Exit-Vereinigungen»**
Dr. Walter Baechi, Präsident der Vereinigung Exit, Meilen
anschliessend Fragenbeantwortung
15.45 **«Soll man die Sterbehilfe liberalisieren?»** – Ethische Überlegungen
Prof. Dr. Adrian Holderegger, Professor für Moraltheologie, Fribourg
anschliessend Fragenbeantwortung
17.30 Zimmerbezug
18.30 Apéro im Theaterfoyer des Casino Zug
19.30 Gemeinsames Nachtessen im grossen Casinosaal

Mittwoch, 9. November

- 09.00 Podiumsdiskussion
«Auseinandersetzung mit den Referaten»
Leitung: Paul Gmünder, VSA
Teilnehmer: Dr. med. Brigitte Ambühl, Bern
Dr. Walter Baechi, Meilen
Prof. Dr. Adrian Holderegger, Fribourg
Dr. Rudolf Zihlmann, Luzern
Frau Ruth Wunderli, Uznach
10.30 Kaffeepause
11.00 **«Unser Weg zum Leben»**
Dr. Imelda Abbt, Luzern
Dr. med. Karl-Heinz Bauersfeld, Luzern
12.00 Tagungsschluss
12.30 Gemeinsames Mittagessen im grossen Casinosaal

Kosten

Bei Voranmeldung für beide Tage (3 Essen inbegriffen):
Fr. 130.– Tagungskarte für VSA-Mitglieder und Mitarbeiter aus VSA-Heimen
Fr. 160.– Tagungskarte für Nichtmitglieder
Bei Voranmeldung oder Kartenbezug im Tagungsbüro jeweils für einen Tag:
8. November: Fr. 80.– (Verpflegung nicht inbegriffen, aber möglich)
9. November: Fr. 60.– (Verpflegung nicht inbegriffen, aber möglich)

Anmeldung bis 25. Oktober 1988 an:
Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich, Tel. 01/252 49 48

sind ganz unbeholfen im Umgang mit Sterbenden, doch gerade dadurch wird uns der eigene Tod bewusst, wenn wir es zulassen. Weil aber Unbeholfenheit kein Wert ist in unserer Gesellschaft, wie in der nachfolgenden Diskussion gesagt wurde, zerstückeln wir auch den Tod. Das ist unsere Not, dass wir mehr und mehr alles programmieren wollen, das Unbestimmte nicht aushalten können und so das eigene Leben verhindern.

Der Mensch ist nicht nur Einzelwesen, er lebt auch in *Bezügen*. Beim Begleiten eines Sterbenden müsste dieses Gefühl von Bezogenheit vermittelt werden können, sagte Imelda Abbt.

Sterbebegleitung ist ein Nehmen und Geben

Der Bericht über das Leben und Sterben einer Patientin der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern von Dr. med. Brigitte Ambühl machte die Zuhörer sehr betroffen. In dieser geschilderten Realität zeigte sich die ganze Komplexität des Tagungsthemas. Die im Alter von 22 Jahren in die Klinik aufgenommene Bauerntochter – Diagnose: Schizophrenie – erkrankte im Alter von 58 Jahren an Krebs. Mit einer palliativen Operation wurde versucht, der Patientin zu helfen, und damit begann für das Team von 12 Betreuern unter der Leitung von Brigitte Ambühl ein langer Weg mit beängstigenden und bereichernden Erfahrungen. Die in ihrem spontanen, lebenswürdigen Verhalten von allen ins Herz geschlossene Frau weigerte sich zum Beispiel, Schmerzmittel einzunehmen, sie wehrte sich gegen die Entnahme von Blutproben, und auch die Angehörigen, mit welchen intensive Gespräche geführt wurden, konnten nichts ausrichten. Und es stellten sich die Fragen, was ist zu tun, wenn ein Mensch sich windet vor Schmerz und er nichts einnehmen, keine Spritzen will? Ist es richtig, einen Sterbenden gegen seinen Willen zu behandeln? Inzwischen war die Frau bettlägerig, sie zeigte Freude bei Besuchen und bei der Betreuung. Mit der Verschlechterung des physischen Zustandes war zu entscheiden, ob die Kranke in der Psychiatrischen Klinik verbleiben, oder ob sie ins Spital für somatisch Kranke überführt werden musste, wo vielleicht die bessere Technik zur Verfügung stünde. Eine Zeit schwerer Belastung für das Team. Die Patientin selbst bewahrte ihre

Sterbehilfe: Fallgruppen

Unfreiwillige Euthanasie

(aktiv oder passiv, direkt oder indirekt)

Freiwillige aktive Euthanasie

(Tötung auf Verlangen)

Passive Euthanasie

Verzicht auf eine weitere Hinauszögerung des unvermeidlich in Kürze eintretenden Todes

Verzicht auf Einleitung lebenserhaltender Massnahmen, weil Überleben nur mit schweren Behinderungen möglich

Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen bei irreversibler schwerer Bewusstseinsstörung ohne Kommunikationsmöglichkeiten des Patienten mit seiner Umwelt

Schmerzlinderung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung (indirekte Sterbehilfe)

Suizid/Freitodhilfe

Heiterkeit, sie nahm auf ihre Art Abschied, sie verschenkte zum Beispiel ihre Puppen, sie bat um Besuche zu bestimmter Zeit. Die Betreuer wurden sich einig, sie wollten ihre Patientin nicht mehr in fremde Hände geben. «Das Team hat sehr getrauert um sie», sagte Brigitte Ambühl, «wir haben von ihr gelernt, was Sterben heisst». Sie fasste die gemachten Erfahrungen so zusammen:

- das Sterben kann nicht in bestimmte Etappen eingeteilt werden
- während des Sterbens geschieht ein intensives Nehmen und Geben
- es bleibt immer eine Ermessensfrage, wie man sich zu verhalten hat, und man muss sich dieser immer wieder neu stellen
- auch die Sterbende zog sich immer wieder zurück, verweigerte sich
- auch Spezialisten, Gynäkologen, Onkologen, waren hilflos
- man kommt nicht darum herum, sich die eigene Angst einzugestehen.

Es ist entscheidend zu wissen, dass der Mensch in seinem Leidenszustand mehr und andere Erfahrungen sucht, als wir.

Sterbehilfe: Einige Unterscheidungen

Aktive Sterbehilfe

Verkürzung des Sterbeprozesses oder der Leidenszeit durch gezielte Eingriffe

Passive Sterbehilfe

(«Sterbenlassen»)

Verkürzung des Sterbeprozesses oder der Leidenszeit durch Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder durch Einstellung derselben

Direkte Sterbehilfe

Primäres Ziel: Lebensverkürzung

Indirekte Sterbehilfe

Lebensverkürzung inkauf genommen (Primäres Ziel: zum Beispiel Schmerzlinderung)

Freiwillige Sterbehilfe

Unfreiwillige Sterbehilfe

Nicht-freiwillige Sterbehilfe

Suizid/Freitodhilfe

Euthanasie – ein belasteter Begriff

Das Wort *Euthanasie* kommt aus dem Griechischen und bedeutet Todeslinderung, Sterbehilfe. Eine genauere Interpretation drängt sich auf, vor allem um von einer Gleichsetzung mit national-sozialistischem Denken von unwertem Leben wegzukommen. Euthanasie sollte als Sterbebegleitung mit angemessener medizinischer und emotionaler Hilfe, ohne Eingriff in den natürlichen Tod, verstanden werden. Auf die Frage des humanen Sterbens gibt es aber keine fertige Antworten. Auch für den Arzt sind der Hippokratische Eid und die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (siehe Kasten) nur Ausgangspunkte für seine Entscheidungen, die er von Fall zu Fall immer neu treffen muss. Ein Dilemma liegt darin, so Karl Heinz Bauersfeld, dass der Patient von mehreren Ärzten und Schwestern betreut wird, nie trägt eine einzige Person die Verantwortung, und das ist auch ein Symptom unserer Zeit. Er zitierte Karl Jaspers, dass Entscheidungen immer nur in persönlicher Verantwortung getroffen werden, dass Schuld oder Verantwortung nicht auf ein Team geladen werden kann.

Im Zuge der Spezialisierung, die schon in der Praxis des Allgemeinpraktikers beginnt, wo zahlreiche Untersuchungen auswärts gemacht werden, geht die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient verloren. Die Einweisung in die Klinik wird dann zur letzten Steigerung des Unpersönlichen. Kein Wunder, dass das Gefühl des Ausgeliefertseins und die Angst vor hochtechnisierten Apparaturen in Spitälern weit verbreitet sind. Brigitte Ambühl fühlt sich als Ärztin sehr betroffen von diesen negativen Bildern, die ihrer Meinung nach nicht mit der Realität übereinstimmen. Der Spital habe einen Behandlungsauftrag, der nach bestem Wissen und Gewissen der Ärzte wahrgenommen werde. Hilflos fühlen sich viele Spitalpatienten und Angehörige wohl auch, weil sie die Sprache der Mediziner nicht verstehen und weil die Abläufe in der Klinik zuwenig transparent sind.

In diesem Zusammenhang kam auch immer wieder der «organisierte Tod», kamen Vereinigungen wie EXIT zur Sprache. Sie habe unterschrieben und sei EXIT-Mitglied geworden, weil sie das Bild von im Koma liegenden Menschen, die über Monate an lebensverlängernden Maschinerien hängen, vor Augen habe, berichtete eine junge Frau. Sie empfinde die Eigenverantwortung von Ärzten und Heimleitern auch als Machtposition und beängstigend. – Es gibt auch andere Möglichkeiten von letzten Verfügungen, die eine Hilfe darstellen können. Es bleiben aber immer Bedenken bestehen, ob eine Verfügung die nötige Qualität hat, um im Ernstfall als ausschlaggebende Willenskundgebung gelten zu können. Der Entscheid, ob lebenserhaltende Massnahmen eingeleitet werden sollen oder nicht, ist irreversibel und kann später nicht revidiert werden. Ferner muss berücksichtigt werden, dass die Betreuer durch eine EXIT-Verfügung in arge Bedrängnis geraten können.

Mit Ethik Werte hinterfragen

Hans Hirschi, Assistent von Prof. Dr. Adrian Holderegger, Ordinarius für syst. Theologie/theol. Ethik an der Universität von Fribourg, warnte die Teilnehmer zu Beginn seiner Ausführungen, dass auch vom Ethiker keine einfachen Rezepte zu erwarten seien. Mit genauem Umschreiben einzelner Begriffe unternahm er es, ein Netz von Entscheidungshilfen zu knüpfen. Von besonderer Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen freiwilliger, unfreiwilliger und nicht-freiwilliger Sterbehilfe. Von *freiwilliger Euthanasie* wird auch dann gesprochen, wenn sich der Betroffene im Moment des Todes nicht mehr äussern kann, wenn er seine Wünsche zu einem früheren Zeitpunkt ausgesprochen hat. Art. 111, 114 und 115 des Schweiz. Strafgesetzbuches bilden auch den Rahmen für die ethische Beurteilung. Nicht einig sind sich die Juristen über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. In diese Grauzone fällt auch die Frage, ob das Abschalten des Respirators strafbar sei. Bei nicht urteilsfähigen Patienten ohne vorherige Willenskundgebung gilt die Hilfspflicht des Arztes, sinnvolle lebensverlängernde Massnahmen vorzukehren. Präzise Regeln dafür gibt es nicht, die Entscheidung liegt beim Arzt; die bereits erwähnten Richtlinien der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften sind sogenannte Ständesregeln, rechtlich nicht verbindlich.

Unfreiwillige Euthanasie (aktiv oder passiv, direkt oder indirekt) ist ethisch nicht tragbar, führte Hans Hirschi aus. Die Fallgruppe *Freiwillige aktive Euthanasie* (Tötung auf Verlangen) liegt schon komplizierter. Sie ist nach Art. 114 strafbar. Eine Umfrage hat jedoch ergeben, dass 67 Prozent der Befragten der Meinung sind, dass ein Arzt nicht bestraft

Sterbehilfe: Wichtigste Bestimmungen des Schweizerischen Strafgesetzbuches

Art. 111

Vorsätzliche Tötung

Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besonderen Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren bestraft.

Art. 114

Tötung auf Verlangen

Wer einen Menschen auf sein ernstliches und dringendes Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.

Art. 115

Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.

werden sollte, wenn er einem Patienten auf seinen Wunsch hin ein tödliches Medikament verabreicht. Das ethische Empfinden weiter Bevölkerungskreise entspricht nicht mehr geltenden Rechtsformen. Eine Verkürzung der Leidenszeit, die Befreiung der Angehörigen vom Pflegedienst, vielleicht auch ein bestimmtes Freiheitsbedürfnis, liege hier zugrunde, meinte der Referent. Es gebe aber Gründe, am Verbot festzuhalten. Zum einen sind ärztliche Prognosen nicht immer zuverlässig, und zum andern besteht die Gefahr, dass eine Freigabe von aktiver Euthanasie eine Mentalitätsänderung in der Bevölkerung bewirken und dass schwerkranke Menschen unter Druck geraten könnten. Es ist zudem fraglich, ob dadurch tatsächlich ein Zuwachs an Freiheit erzielt würde. Staat und Gesellschaft dürfen ihre Verantwortung für den Lebensschutz allerdings nicht nur mittels Strafrecht wahrnehmen. Dafür müssten auch sozial- und bildungspolitische Mittel eingesetzt werden.

Wenn die körperlichen Funktionen eines Menschen durch Unfall so stark beeinträchtigt sind, dass er über kurz oder lang sterben wird, kann *passive Euthanasie* angezeigt sein, das heisst eine Beschränkung auf Verabreichung von Flüssigkeit, Grundnahrung, Schmerzlinderung.

Bei einem Unfall mit schweren Hirnverletzungen mit Heilungschancen ist äusserste Zurückhaltung am Platz in bezug auf Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen. Es ist von aussen schwierig zu beurteilen, wie ein behinderter Mensch sein eigenes Leben betrachtet, ob er den Tod vorziehen würde. Ziel einer «Schmerzlinderung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung (*indirekte Sterbehilfe*)» muss sein, einen verbleibenden Lebensrest erträglicher zu machen.

Zusammenfassend wird man auch als Ethiker, so Hans Hirschi, dem Arzt und den Angehörigen einen Ermessensspielraum einräumen müssen. Wichtig ist, dass die Angehörigen ausreichend über den Zustand des Patienten informiert werden, damit sie eine Meinung bezüglich weiterer Therapien abgeben können. Auch der Arzt muss Wohl und Wunsch des Patienten kennen. Ethik ist nicht ein Religionsersatz. Wir leben heute in einer pluralistischen Gesellschaft, und wir brauchen eine ethische Sicht, in welcher alle Platz haben.

Irene Hofstetter