



FMH-Präsident und Teilzeitstelle

Wie staunen wir doch immer wieder, auf Berichten oder am Telefon als diensthabendem Oberarzt Notfall Medizin des Inselspitals Bern unserem FMH-Präsidenten zu begegnen. Gleichzeitig türmen sich bei uns die alltäglichen Politprobleme – TARMED und immer wieder TARMED mit all seinen Widrigkeiten, Netzwerke, Druckversuche der Krankenkassen, Arztbild in Medien, Zulassungsstopp usw.

Wäre da nicht genügend Arbeit für ein Vollzeitamt? Ist der Lohn unseres Präsidenten zu knapp bemessen? Sucht er bewusst einen Zugang zur Basis? Ist dies der richtige Weg?

Wir wünschen uns einen Präsidenten, der unsere Anliegen weiter vertritt (auch wenn TARMED mittlerweile eingeführt ist) und mit vollem, hauptamtlichem Engagement auf dem politischen Parkett und in den Medien für uns kämpft.

*Dr. med. Andreas Brand
für die Hausärzte Münchenbuchsee*

Replik

1. Ich arbeite für die FMH nachweisbar und regelmässig mehr als 2500 Stunden pro Jahr oder mehr. Nie wäre mir der Vorwurf gemacht worden, mich nicht genügend den (Polit-)Problemen der FMH zu widmen.
2. Von meinem Engagement hat die Ärztekammer zustimmend im Jahre 1997 Kenntnis genommen, wohlwissend, dass es mir nicht um «meinen Lohn» ging.
3. Bis jetzt habe ich nur positive Rückmeldungen bekommen, z.T. auch aus Ihrem Kreis, verbunden mit der Anerkennung dafür, den Kontakt mit der Basis pflegen und meine berufliche Kompetenz erhalten zu wollen.

Hans Heinrich Brunner



Richtigstellung

In TARMED-Info Nr. 19, Überschrift PTK [1], wurde nicht nur in inakzeptabler und stillloser Art und Weise der Präsident von santésuisse, Ständerat Christoffel Brändli, namentlich als Adressat für Protestbriefe angegeben, sondern es wurden auch – wider besseres Wissen – Falschinformationen abgegeben. Wir halten deshalb klar und deutlich fest:

- Die Paritätische Tarifkommission (PTK), in der die Leistungserbringer und die Kostenträger vertreten sind, lehnte es an der Sitzung vom 8. März 2004 ab, dass im KVG-Bereich «die Schaffung einer Nichtpflicht-Leistung im Sinne einer Inkonvenienzentschädigung von Konsultationen ausserhalb der normalen Arbeitszeiten» geschaffen werde, beantragte aber gleichzeitig, dass sich das Leitungsgremium der TARMED Suisse zur Notwendigkeit der Schaffung einer entsprechenden neuen Tarifposition äussere (Protokoll vom 8.3.2004).
- Das Leitungsgremium, in welchem ebenfalls die Tarifpartner gemeinsam vertreten sind, bekundete an seiner Sitzung vom 13. März 2004 grundsätzlich Verständnis für das Anliegen, beklagte aber die vorhandenen spärlichen Grundlagen: «Das Leitungsgremium fordert eine Gesamtbetrachtung der Notfall-Inkonvenienz und Pikettentschädigung und beauftragt die FMH, entsprechende Vorschläge in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern mit allfälligen Auswirkungen auf Mengen und Kosten zu erarbeiten» (Protokoll vom 13.3.2004).
- Der Antrag der PTK wurde mit diesen Bemerkungen vom Leitungsgremium genehmigt!
- Kurz und gut: Die PTK kann selber nicht entscheiden, sondern unterbreitet dem Leitungsgremium Anträge. Die Diskussionen in der PTK waren keinesfalls hitzig, sondern sogar sehr sachlich. Es wurde in diesem Fall kein Antrag abgewiesen, sondern die FMH beauftragt, entsprechende Vorschläge auszuarbeiten.

santésuisse schlägt vor, allfällige Protestbriefe direkt an das Büro TARMED der FMH zu richten, das für diese TARMED-Info verantwortlich zeichnet. santésuisse wird keinen einzigen Brief, der zum Thema eingeht oder bereits eingegangen ist, beantworten!

Marc-André Giger, Direktor santésuisse

1 Büro TARMED. TARMED-Info. Bulletin Nr. 19. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(13):661-4.



Pourquoi veut-on supprimer les généralistes? [1]

Un des plus puissants instruments développé ces dernières années pour l'asservissement du corps médical (et non seulement des généralistes) c'est TARMED. Il contient tout ce que vous dénoncez si justement: suppression arbitraire de prestations, analyses plus remboursées ou alors à des prix non rentables en laboratoire de cabinet, valeurs intrinsèques à justifier tous les trois ans, tracasseries à propos des formats et de la complexité des notes d'honoraires, investissements onéreux en informatique pour la fact. électronique, codages en tous genre, etc.

Il se trouve que j'ai dénoncé (et je n'étais pas le seul!) cette dérive prévisible causée par le TARMED depuis des années, dans le BMS, dans la presse, dans les revues médicales cantonales, par des courriers personnels adressés au président de la FMH, à celui de la SMCF, etc. Peine perdue. Dans mes prises de bec avec Richard Nyffeler, adepte béat du nouveau tarif, lors des dernières AG, j'ai été chaque fois surpris par l'apathie des généralistes, anesthésiés par la promesse d'une réévaluation des «actes intellectuels».

La suite on la connaît: le corps médical suisse accepte, selon les chiffres fournis par H. H. Brunner, la nomenclature TARMED avec toutes ses conventions-cadres «de peur que le Conseil fédéral ne le lui impose à 80 centimes le point». Les médecins valaisans auraient dû refuser, ils auraient gagné 2 centimes!

Vous avez raison, la situation actuelle est inquiétante mais elle est de notre faute. M. Dizerens, directeur de l'Assura, ne s'est pas privé de rappeler aux médecins pleurnichards qui lui étaient opposés lors de l'émission «infrarouge» de la TSR que c'étaient les médecins eux-mêmes qui avaient créé et voté TARMED.

Quand le vin est tiré il ne reste plus qu'à le boire... jusqu'à la lie!

Dr G. Guignard, Payerne

1 Leuzinger R. Pourquoi veut-on supprimer les généralistes? Bull Méd Suisses 2004;85(14):745-6.



Falsche Angaben zur Berechnung der Minutage

Als TARMED-Delegierter der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft SOG aus der Zeit der Nomenklaturbereinigung und Beteiligter an den Expertengesprächen 1-3 nehme ich Stellung zu einer wiederholt verbreiteten, falschen Berechnungsempfehlung zur Gesamtminutage einer Konsultation:

In sämtlichen Expertengesprächen sind beide Seiten (mit Anwesenheit von HHB als Vorsitzendem) einvernehmlich davon ausgegangen, dass die Minutage einer Leistung dem Können eines Arztes / einer Ärztin mit Ausbildungsstand «FMH 5 + 2 Jahre Praxis» entspricht. Explizit soll dadurch ermöglicht werden, dass Erfahrung und Geschick in einem besseren Einkommen gegenüber Ineffizienz resultiert und dadurch ein Gegenpol zum «Plauderi» gesetzt wird.

Es ist somit falsch (und mit allen Mitteln zu bekämpfen), die Gesamtdauer einer Konsultation gegen die Gesamtminutage der Einzelleistungen aufzurechnen und dann die Restminuten durch den 5'-Takt abzurechnen. Anders ausgedrückt: die Gesamtminutage einer Sitzung kann durchaus die reine Konsultations-/Kontaktzeit mit dem Patienten übersteigen.

Werden unnatürliche Tagesarbeitszeiten gefunden, müssen die einzelnen Leistungen analysiert und korrigiert werden. Alles andere spottet jedem logischen Denken (von Betriebswirtschaftlichkeit ganz zu schweigen).

Insbesondere ist es – unmissverständlich ausgedrückt – Schwachsinn, in einem derart komplexen Tarifsystem den Taxpunktwert herunterzuschrauben, wenn einzelne Leistungen (auch wenn sie «überborden») volumenmässig stark ins Gewicht fallen. Dessen sollten sich auch die uns vertretenden Ärzte in den Spitzengremien bewusst sein, wenn sie solche Entscheide mittragen!

Dr. med. H.-R. Naef, Luzern



Wie TARMED den medizinischen Notfall abschaffte ...

Sie haben ganz recht, Herr Kollege Mannhart: «Wir Ärzte schimpfen zwar mehr oder weniger laut. Dagegen etwas unternehmen tut aber kaum einer und schon gar nicht mit Solidarität.» [1]. Unsere Verhandlungspartner im TARMED-Bereich haben das längst gemerkt und nutzen es erfolgreich und wahrscheinlich auch genüsslich aus. In der Waadt zum Beispiel haben wir als Belegärzte im stationären KVG-Bereich das Jahr 2004 begonnen, ohne die Art und Weise der Entlohnung zu kennen. Wenn wir nun nach etlichen Wochen erfahren haben, dass ein TARMED-Punktwert von 48 (!) Rappen gilt – wohlverstanden *ohne* Beteiligung an der TL –, und es ist nicht zu einem Aufstand gekommen, dann kann das unseren «Partnern» nur als Signal dienen, wie weit man mit uns Ärzten gehen kann.

Dr. med. Claude Oppikofer, Montreux

- 1 Mannhart K. Wie TARMED den medizinischen Notfall abschaffte, die Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen zu Notfällen macht und schliesslich Ruhe ins Gesundheitswesen bringt. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(12):606.



Notfall TARMED

Der TARMED hat, obwohl eine Riesenzahl von Leistungen im Detail erfasst sind, ganz offensichtliche Lücken für den Gebrauch im banalen ärztlichen Alltag einer Allgemeinpraxis. Diese Lücken fallen namentlich im Bereich «Notfall» bzw. «Inkonvenienz» und im Wochenenddienst existentiell ins Gewicht.

Im St. Gallischen Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979 sagt Art. 50 unter dem Titel Beistandspflicht und Notfalldienst: Ärzte, Zahnärzte und Apotheker haben in dringenden Fällen Beistand zu leisten und für eine zweckmässige Organisation des Notfalldienstes zu sorgen.

Ähnliche Formulierungen finden sich in anderen kantonalen Gesundheitsgesetzen. Damit verbunden ist de facto ein eigentlicher Leistungsauftrag. Diesen erfüllen die praktizierenden

Ärzte seit Jahrzehnten zuverlässig und klaglos. Sie leisten ihren Dienst inklusive der dazugehörenden Logistik, wie Organisation der Dienst-einteilung, Sicherstellung bei Ausfällen und Vertretungen in den Ferien, Freistellung vom Dienst von Kolleginnen und Kollegen aus irgendwelchen Gründen (Alter, einseitige Ausbildung bzw. ärztliche Tätigkeit, fehlende technische Infrastruktur) und vieles mehr. Erledigt wird diese Arbeit in Feierabend- bzw. Feiertagsarbeit gratis und franko, ebenso wie das Warten auf die Notfälle im eigentlichen Notfalldienst und das Begleichen der Zusatzkosten für die Bereitschaft der MPA. Was im Notfalldienst so alles läuft, haben wir im letzten Jahr in der Schweizerischen Ärztezeitung in mehreren Beiträgen ganz konkret nachlesen können (z. B. [1]).

Warum ist dieser öffentliche Leistungsauftrag nicht mit einer ausformulierten Leistungsvereinbarung verknüpft? Oder anders gefragt: Wie kommt es, dass eine einseitige gesetzliche Verpflichtung der praktizierenden Ärzte zur Organisation eines Notfalldienstes besteht, ohne dass der verpflichtende Staat dafür eine Gegenleistung vorsieht? Zumal er mit anderen Einrichtungen, namentlich mit solchen, an denen er selber und mit eigenem Risiko beteiligt ist, ganz anders verfährt. Ich nenne als Beispiele aus dem Gesundheitswesen die öffentlichen Spitäler oder die ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste, deren Leistungsaufträge – ganz selbstverständlich – eine Entschädigung der Öffentlichkeit vorsehen, zum Teil sogar ohne Verpflichtung zum Notfalldienst. Im Spital werden für die Inkonvenienzen Lohnzuschläge bezahlt, und im Farbprospekt der sozialpsychiatrischen Dienste des Kantons St. Gallen lesen wir ganz am Schluss: *Bei Notfällen ausserhalb der Bürozeit wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt resp. den Notfallarzt Ihrer Region, an die Dargebotene Hand oder den diensthabenden Arzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung ...*

Im Lichte der bisherigen TARMED/Notfall-Diskussionen komme ich zum Schluss, dass der Staat bzw. die Kantone aufgerufen sind, die einseitige gesetzliche Verpflichtung der praktizierenden Ärzte bezüglich Notfalldienst aufzulösen und klare Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden Entschädigungen vorzusehen.

Dr. med. Reto Gross, Altstätten

- 1 Gross R. Notfalldienst, 19. Oktober 2002. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(5):218-24.



TARMED und Diagnosecode

Bekanntlich müssen wir seit Einführung des TARMED den Tessiner Code angeben. Dieser Code gibt den Versicherern viel detaillierter Auskunft über das Krankheitsbild des Versicherten als der bisherige. Damit sind wir bereits soweit, dass sich die Sachbearbeiter von Krankenkassen erdreisten, aufgrund der eingegebenen Diagnosen die Dringlichkeit einer medizinischen Leistung zu beurteilen. So geschehen anlässlich meines Notfalldienstes vom 3. und 4. Januar 2004 (Sa/So). Die Konkordia schickte zwei Rechnungen zurück, da die Notfallpauschale B aufgrund der Diagnose nicht gerechtfertigt sei. Im ersten Fall war es ein Patient mit einer Epistaxis, welcher von mir unverzüglich am Samstagabend behandelt wurde. Der Code 01 (Nase) genügte dem Sachbearbeiter offenbar nicht. Im zweiten Fall handelte es sich um eine notfallmässige Spitaleinweisung am Sonntag bei einem Leukämiepatienten. Auch hier genügte die Diagnose B3 (Erkrankung des KM) nicht. Nun, ich habe dazugelernt und festgestellt, dass man eben am besten immer die 03 (akut) hinten an den Code anhängt. Es ist doch bedenklich, wie weit unten wir schon angelangt sind, wenn wir uns gegenüber Sachbearbeitern für medizinische Belange rechtfertigen müssen. Und eine FMH, die in einem Pressecommuniqué vom 1. März 2004 die Problematik um die Diagnosen auf Arztrechnungen lediglich als Sturm im Wasserglas bezeichnet, trägt nicht gerade dazu bei, den Krankenkassen diesbezüglich etwas Wind aus den Segeln zu nehmen.

Dr. med. Andreas Iten, Unterägeri



Betreuung von Patienten am Lebensende [1]

Diese Stellungnahme erfolgt aus der Sicht eines komplementärmedizinischen Allgemeinpraktikers. In zunehmendem Mass suchen weite Kreise der Bevölkerung nicht nur eine komplementärmedizinische Behandlung, sondern auch ein neues Verständnis von Krankheit, Gesundheit, vom Sinn des Lebens und des Todes. In verdankenswerter Weise halten die vorliegenden neuen Richtlinien detailliert die Patientenrechte fest. Dazu gehört insbesondere das Selbstbestimmungsrecht des urteilsfähigen und des nicht urteilsfähigen Patienten. Es werden in übersichtli-

cher Weise die Patientenverfügung (der letzte Wille) und die Wichtigkeit einer bevollmächtigten Bezugsperson in medizinischen Angelegenheiten erklärt. In ungenügender Weise aber verweisen die Richtlinien auf die Selbstverständlichkeit der Patientenbefragung, wenn das Gespräch auf Sterbehilfe kommt. Diese müsste stärker hervorgehoben sein.

Dagegen wird für die Palliativmedizin der gebührende Platz geschaffen. Durch die geforderte Verbesserung der Lebensqualität entsteht der notwendige Raum für die Fragen des Schwellenübertrittes ins Nachtodliche.

Auf neue Weise behandeln die Richtlinien als Grenze des ärztlichen Handelns die Beihilfe zum Selbstmord: Der Arzt kann in gewissen Fällen den Patientenwillen zum Selbstmord respektieren, obwohl das im Grunde nicht zur ärztlichen Aufgabe gehört. Das bedeutet, dass man dem Arzt, der dem Patienten (auf seinen Wunsch) den Todestrunke in die Hand gibt, Toleranz und Verständnis entgegenbringt.

Kommentar aus einer anthroposophisch-medizinischen Sicht

Grundsätzlich sind die neu überarbeiteten Richtlinien als Entwurf zu werten. Das betrifft auch den Stil der Ausführungen, der lesbarer und flüssiger sein könnte. Wichtige Begriffe sind ausserdem nicht erläutert, insbesondere die Verwendung des Wortes «Wille». Eine Begriffsentwirrung tut not. Gemeinhin bedeutet «der letzte Wille» eine formulierte Absicht. Im psycho-somatischen Sinn dagegen ist der *Wille* diejenige Kraft, mit der wir eine *Tat vollbringen*. Wir kennen Beispiele: aufhören zu rauchen. Wer das kann, hat einen starken Willen. Eine andere Art von Kraft ist das *Denken*, mit dem wir Absichten formulieren. Diese gehen oft, aber nicht immer, dem *Willen voraus*. Gedanken allein bewirken aber etwas anderes als Handlungen. Häufig ist uns das nicht ganz bewusst. Aber die Entscheidungen zur Sterbehilfe sollten so bewusst wie möglich sein, und transparent, nicht undurchsichtig. Das erfordert, dass man die verwendeten Begriffe klärt.

Dasselbe trifft zu für das Wort «Suizid». Die entscheidende Frage ist: Gehört der Wunsch nach Suizid in den Bereich des Gesunden oder des Kranken? Die Antwort ist nicht nur medizinischer Art, denn jede Überlegung dazu ist weltanschaulich geprägt, sei's durch eine materialistische, sei's durch eine religiöse oder irgendeine andere Überzeugung. Die Richtlinien gehen davon aus, dass der Wunsch nach Suizid zur *Normalität* des menschlichen Daseins gehören kann. Dieser Wunsch steht aber im Widerspruch zum menschlichen Dasein im Hier und Jetzt, denn es

wird durch Suizid verhindert. Die Normalität des Menschseins ist demzufolge mit Suizid unvereinbar. Suizidkonsequenzen sind keineswegs unbedeutend, sowohl materialistisch als auch esoterisch gesehen.

Die Richtlinien sollten unbedingt auf die Vielseitigkeit des Suizidverständnisses hinweisen. Allerdings erwähnen sie in positiver Art die Palliativmedizin, deren Förderung stark impulsiviert wird und welche die Suizidgefährdung vermindert.

Die anthroposophische Medizin verändert den Begriff «Palliativ». Da die Tatsache der Reinkarnation in anthroposophischen Zusammenhängen ernst genommen wird, erhält die sogenannte «nicht zum Erfolg», d.h. zur Heilung, führende Therapie eine andere Bedeutung, denn die Heilung wird sich vielleicht hinübererstrecken in ein nächstes Leben. Das bedeutet, dass eine anthroposophische Behandlung bis am «Ende», d.h. bis zum Tod, auf den Heilungsversuch nicht verzichten muss. Der Unterschied zwischen kurativer und palliativer Pflege ist geringer, denn das Kurative schliesst das Palliative ein; beides ist in der nächsten Inkarnation Anknüpfungspunkt für das Schicksal. Bis ans Lebensende wird die Ganzheit angestrebt.

Auch die Beihilfe zum Suizid verändert sich unter dem Aspekt der Reinkarnation. Unter diesem Gesichtspunkt wird der Arzt, der zum Suizid verhilft, auf intime Weise in die Folgen für den Patienten eingebunden, er wird mitverantwortlich. Das kann sich auswirken in kommenden Inkarnationen. Inwiefern wir diesbezüglich «Toleranz» walten lassen, und inwiefern «Verständnis» mit dem Kollegen nicht mit Zynismus gleichzusetzen ist, muss sorgfältig abgewogen werden.

Sowohl betreffend Suizid als auch der Beihilfe dazu muss aus anthroposophisch-medizinischer Sicht auf Folgen dieser Handlungen aufmerksam gemacht werden, damit so bewusst als möglich, und so frei wie möglich, entsprechende Entscheidungen getroffen werden können.

Zum Schluss komme ich auf die ungenügende Präsenz der Patientenbefragung zurück. Einerseits offensichtlich, so ist es doch im Konkreten oft schwer, den Patienten direkt um seine Meinung zu fragen. Er kann dement sein oder komatös, oder der Fragende wagt aus Befangenheit das Thema Sterben nicht anzusprechen. Diese Umstände müssen bewusst gemacht werden. Und unabhängig von seinem Bewusstseinszustand sollte grundsätzlich jeder Patient immer auch dann direkt angesprochen werden, wenn sterbebegleitende Massnahmen zur Diskussion stehen. Auch dann, wenn er in der Zeit davor sogenannte «nicht mehr ansprechbar» war. Denn es kommt immer wieder vor, dass bei entscheidenden Fragen Patienten auch aus komatösen Zuständen wie kurz zu vollständiger Bewusstseinsklarheit erwachen und die wichtigen Fragen selber entscheiden. Aus diesem Grund sollten die Richtlinien die Befragung des Patienten zu seiner Absicht («letzter Wille») explizit hervorheben.

Dr. med. Björn Riggenbach, Neuchâtel

- 1 SAMW. Betreuung von Patienten am Lebensende. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(6):288-91.



Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten

Replik und Stellungnahme der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation SAR zum Leserbrief von Dr. med. Armin Oberle [1]

Dass gerade diese Patientengruppe in den letzten Jahren zunehmend die gesellschaftliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat, ist auch im Rahmen eines steigend nach ökonomischen Aspekten orientierten Gesundheitswesens noch verständlich. Es wirkt aber um so unverständlicher, ausgehend von einer durch höchste Erwartungshaltungen geprägten intensivmedizinischen Vorphase, genau diesen Patienten – nachdem ihnen ein maximales Anrecht auf Erstversorgung zugestanden und gewährt wurde – im Sinne einer von Herrn Oberles Leserbrief getragenen Argumentationsbasis danach die Betreuung ebenso konsequent wieder sehr früh bzw. generell für den Langzeitaspekt entziehen zu wollen. Die Beschreibung, dass es sich hier bei diesen Patienten nur noch um «sinnlose Last» bzw. «nur noch vegetatives, nicht mehr menschliches Leben» handeln soll, entbehrt breit erwiesenermassen pflegerischer, therapeutischer und neurorehabilitationsmedizinischer Erfahrungs- und Wissensgrundlagen – und ist vor allem ethisch fragwürdig.

Behandlungsrichtlinien in der Frühneurorehabilitation gehen heute zu Recht von einer ersten mehrmonatigen Therapie- und Fachpflegephase aus, um dem sehr individuellen Outcome gerade dieser Patienten gerecht zu werden. Die meisten

der von Dr. Oberle angesprochenen Patienten wechseln im Verlaufe der ersten Monate zudem aus dem Wachkoma zumindest in den Zustand des «minimal responsive state» über, wo sich sehr wohl eine gerichtete, individuelle und eindeutige Kommunikation aufbauen lässt und die Frage der eigenen Entscheidung über Leben und Tod aufgenommen werden kann. Es ist erwiesen, dass bei korrekter Frühversorgung und optimalem Einsatz einer Rehabilitation und adäquater Langzeitpflege gerade auch bei Schwersthirnverletzten ernste, die neurologische Entwicklung limitierende Komplikationen vermeidbar sind und gerade auch im Langzeitbetreuungsbereich sich oft nach Jahren noch erstaunliche Fortschritte im Bereich von Kommunikation und Reduktion von fachpflegerischer Abhängigkeit einstellen.

Es widerspricht den Regeln eines von humanmedizinischen und ethischen Überlegungen getragenen ärztlichen Denkens, in einer derart reduktionistischen Denkweise und ohne Berücksichtigung des heutigen Wissens Schlüsse mit dieser Konsequenz zu ziehen. Die Diskussion über die zur Verfügung stehenden Ressourcen kann nur unter Berücksichtigung aller Aspekte und ihrer gesamten Wertung erfolgen, sicher nicht in dieser primär abwertenden Haltung.

*Für den Vorstand der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation SAR:
Dr. med. Beat Knecht, Präsident*

- 1 Oberle A. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(10):498.