

Courrier au BMS



Le vote populaire du 23 septembre: La débâcle

Une loi fédérale considérée même par ses défenseurs comme lacunaire, était confrontée à une solution ayant fait ses preuves dans huit cantons et dans la plupart des pays du monde occidental industrialisé. Le peuple suisse s'est prononcé avec deux tiers des voix pour la loi fédérale qui a été adopté de justesse en 2008 par 89 voix contre 88 dans le conseil national et dans le conseil des Etats par la voix prépondérante de son président (qui alors était président de santé suisse).

Etonnant. A quel point la liberté individuelle, le fédéralisme, la peur des extrémistes, l'insécurité juridique, sont soudainement devenus l'enjeu majeur du scrutin. Ceci donnait au «peuple» l'impression flatteuse qu'il serait appelé à protéger contre des éléments subversifs le compromis élaboré péniblement par des parlementaires consciencieux.

Etonnant? A quel point les médias ont sagement répété ce que d'abord le Neuchâtelois Didier Burkhalter et, après lui, notre ministre de la santé, Alain Berset, ont prétendu: que le progrès observé serait dû à l'actuelle loi fédérale Gastroboro-Alibi (la dernière introduite en Suisse), et qu'avec l'initiative, fumer serait interdit même à la place de travail individuelle, ce qui est un mensonge. Et à quel point les journalistes ont mis en garde devant des ligues de santé BCBG qui bientôt interdiraient tous les fumoirs, comme fumer tout court.

Etonnant! A quel point la corporation médicale Swiss Public Health, les sociétés cantonales de médecine, les rédactions des périodiques de santé ont assumé leur rôle d'experts du public contre la désinformation orchestrée des opposants de l'initiative.

Vainqueurs: Big Tobacco... – et c'est un sentiment désagréable, qu'en notre pays démocratique, les mesures structurelles de prévention sont d'abord décidées par l'économie, qui ensuite les fait gober par le peuple, moyennant sa machinerie de relations publiques.

Dr Rainer M. Kaelin, Médecine interne
et Pneumologie FMH, Morges



Unwissen oder Anmassung? – eine Replik

Replik in Kurzform: In einem Leserbrief fragt Kollege Marti [1], ob unsere Stellungnahme [2] auf Unwissen oder Anmassung beruhe: Würde man Versicherte fragen, was ein Hausarztmodell sei, so würden sie antworten: Gatekeeping. Frage man weiter, ob die freie Arztwahl bei der Wahl des Gatekeepers unter den Grundversorgern und im Falle einer Überweisung des Spezialisten gewährleistet sei, so hiesse es: Ja.

Detaillierte Replik: Im Kanton Bern wurde 1995 der erste Vertrag einer Hausarztversicherung zwischen den RVK-Krankenkassen und den kantonbernischen Vereinigungen der Allgemeinpraktiker, der Internisten und der Pädiater geschlossen, und trat mit dem neuen KVG 1996 in Kraft. Zentrales Element war die kantonsweit freie Arztwahl der Versicherten a) unter den Grundversorgern und b) im (Falle der Überweisung) der Spezialisten. In einem Netzvertrag ist beides nicht gegeben, und das ist der Hauptunterschied. Das Zusatzelement der Budgetmitverantwortung kam bei Wintimed 1998, bei Réseau Delta 2001.

Gerne erinnere ich Kollege Marti daran, dass die Netzwerkpromotoren und damit auch er selber sprachlich den Unterschied zwischen Hausarztmodellen und Netzverträgen bzw. Managed Care förderten:

(2000) *Das bestehende Hausarztmodell droht an Bedeutung zu verlieren und verlangt nach einer neuen Strategie: [...] Das Ziel einer erfolgreichen Strategie muss es sein, die Indikatoren für den erzielten Mehrwert eines erfolgreichen Managed-Care-Modells zu erkennen ...»* [3]

(2002): *Aus den heutigen Hausarztmodellen und den in die Selbständigkeit überführten Kassen-HMOs könnten sich unterschiedliche, überregionale Versorgungsnetze bilden* [4].

(2003): *Das bedingt jedoch, dass sich nicht wie in vielen Hausarztvereinen heute alle Ärzte einer Region zusammentun, sondern dass sich die Gleichgesinnten mit gemeinsamer Betreuungsphilosophie in überregionalen Versorgungsnetzen organisieren* [5]. Fordern wir im Interesse der Versicherten, dass die Kassen ihre Angebote klar bezeichnen, und zwar so, wie dies dem heutigen Sprachgebrauch entspricht und wie es der Laie versteht: *Hausarztmodell* ist die Versicherungsform, mit der kantonsweit freien Wahl des Gatekeepers mindestens unter *allen Grundversorgern* und (im Falle der Überweisung) unter *allen Spezialisten*, und weder der Gatekeeper noch die Spezialis-

ten behandeln unter Budgetmitverantwortung oder unter Capitation.

In *Netzverträgen* ist die Wahl des Gatekeepers auf eine *Auswahl* von Grundversorgern einer Region beschränkt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen horizontalen Netzen (Zusammenschluss nur von Grundversorgern, bei Überweisung hat der Patient die freie Wahl des Spezialistes) und vertikalen Netzen (auch die Wahl des Spezialistes ist eingeschränkt) und es gibt Netze ohne und solche mit Budgetmitverantwortung. Der Ansatz von Managed Care ruft nach vertikalen Netzen mit Budgetmitverantwortung.

Dr. med. Daniel Bracher,
Präsident «Verein für freie Arztwahl»

- 1 Marti C. Unwissen oder Anmassung? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(39):1422.
- 2 Bracher D. Wird das Abstimmungsresultat unterlaufen? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(36):1297.
- 3 Peltenburg M. Managed Care – Vision und Wirklichkeit. Schweiz Ärztezeitung. 2000;81(26):1444–6.
- 4 Huber F, Marti C, Götschi A.S, Weber A. Managed Care in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung. 2002 (83): 2629–32.
- 5 Götschi A.S, Weber A, Ärztenetze – die bessere Wahl. Schweiz Ärztezeitung. 2003;84(44): 2300–3.



Qualität der Indikationsstellung

Mit Interesse haben wir den Briefwechsel zwischen Dr. Urs Strebel [1] und Dr. Christoph Bosshard [2], ZV FMH, in der SÄZ Nr. 38/2012 zum Thema Indikationsqualität gelesen. Sie thematisieren das Fehlen einer konsequenten Qualitätsmessung der Indikation für eine medizinische Verrichtung, dies aus der Warte der stationären und invasiven Medizin. Diese zentrale Problematik findet sich auch in der ambulanten Praxis, wo aus eigener Erfahrung nicht selten Medikamente oder auch diagnostische Abklärungen verschrieben werden, ohne dass dazu die Indikation periodisch gesichert ist. Es trifft auch hier zu, dass die Ergebnisqualität wohl sehr durch die Qualität der Indikationsstellung beeinflusst wird. Das Qualitätssystem der Stiftung EQUAM ist deshalb schon vor Jahren um diagnosespezifische Indikatoren erweitert worden, die auch die Qualität der Diagnostik und damit der Indikationsstellung

prüfen. Diese klinischen Module beschränken sich einstweilen auf die arterielle Hypertonie, den Diabetes mellitus und die koronare Herzkrankheit, weitere sind geplant. Zentral ist in diesen Modulen, dass die Indikation zu medizinischen Handlungen sowie auch die regelmässigen Folgeuntersuchungen strikte auf Evidence-based medicine basieren.

*Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess,
Vizepräsident der Stiftung EQUAM*

- 1 Strebel U. Qualitätskontrolle der Indikationen. Schweiz Ärztezeitung.2012;93(38):1385.
- 2 Bosshard C. Antwort. Schweiz Ärztezeitung.2012;93(38):1385-6.



Fortbildungs-Kontrollitis: JA

Abgesehen vom Selbststudium sind wir Ärzte nach Artikel 40 SMBG *gesetzlich* verpflichtet, an beruflichen Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr 50 sogenannte Fortbildungscredits zu erwerben, weil unser Qualitätsniveau sonst bedauernd tief bleibt und die Zertifizierung zur Praxisführung überdacht werden muss. Leider wird dieses bewährte Fortbildungsmodell mit den vielseitigen Referaten in stimulierender Aperitif-Atmosphäre nun auf unfaire Art und Weise kritisiert und als schulmeisterlich und unnötig (!) abqualifiziert (SÄZ 37 und 39). Im Interesse aller Kranken und Leistungsbegehrer ist es aber unerlässlich, dass die bestehende Fortbildungsverordnung zeitgemäss ausgebaut wird. Das BAG muss endlich auch die elektronischen Medien vermehrt einsetzen, was meines Wissens bis jetzt erst einmal auf geniale Art mit den TV-Spots zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gelungen ist, wo schweizweit wichtigste Aufklärungsarbeit über das Phänomen des interkruralen Juckreizes geleistet wurde. Es muss doch möglich sein, auch die Credits via Internet zu vergeben! Der Arzt soll nicht mehr zu einem Hörsaal oder Hotelkonferenzraum fahren, mühsam einen Parkplatz suchen und nachher noch für seine Credits anstehen müssen. Er muss die Möglichkeit haben, sich in suo domo am Bildschirm fortzubilden und damit wichtige Arbeitsenergien zu sparen. Zur weiteren Qualitätssteigerung kann so das berufliche Wissen und Know-how dank Zeitgewinn noch damit vermehrt werden, dass die Zahl der gesetzlich verordneten Crédits auf 60 pro Jahr angehoben wird. Wir müssen ja immer bedenken, dass unser Gesundheitswesen zum Wohle des ganzen Volkes am Ball bleiben muss und dringend nötige Verbesserungen nicht verpassen darf. Es ist zu hoffen, dass jetzt Pascal Strupler und seine Strategen das Nötige tun und sich nicht von kritischen Stimmen aus Zürich Tiefenbrunnen und

der Provinz von ihrem segensreichen Tun abhalten lassen werden.

Dr. med. Max Konzelmann, Glarus



Dauerthema Taxpunktwert

Stellungnahme zum Brief von Dr. Bernhard Blum [1]

«Wen wundert's, dass sich nicht einmal die Ärztesgesellschaft in einem Kommentar dazu wehrt.» Nun sehr geehrter Herr Kollege Blum, es trifft nicht zu, dass sich die kantonbernische Ärztesgesellschaft nicht mit diesem Dauerthema, Höhe des Taxpunktwerthes in der ambulanten Medizin, befassen würde. Im Gegenteil.

In einem Statement in der Berner Zeitung vom 12. Juni 2012 habe ich mich dezidiert zu diesem Festsetzungsentscheid des Berner Regierungsrates betreffend den spitalambulanten Taxpunktwert von 1.16 CHF gegenüber demjenigen in der freien Arztpraxis von 0.86 CHF geäussert.

Die Ärztesgesellschaft ist durch den TARMED-Tarifvertrag und die kantonale Leistungs- und Kostenvereinbarung mit dem Tarifpartner *santésuisse* resp. mit der Tochterfirma *tarifsuisse* vertraglich verbunden. Dank der guten Qualität der von Ärztesseite gelieferten Daten konnte der Taxpunktwert bisher auf dem bisherigen Stand gehalten werden. In naturgemäss schwierigen Verhandlungen zwischen der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) mit *santésuisse* und *tarifsuisse* stehen mit dem FMH-Projekt TARVISION dringend notwendige Anpassungen der seit Mitte der 90er Jahre unveränderten Berechnungsgrundlagen und ein vernünftiger betriebswirtschaftlich zu rechnender Anpassungsmodus an die Unkostenentwicklung an.

Obschon sich die Berechnungsgrundlagen spitalambulant / freie Arztpraxis deutlich unterscheiden, können die Spiesse unmöglich dermassen ungleich lang gemessen werden, dass eine Erhöhung um über 27% gerechtfertigt wäre, mit der globalen Begründung, der Aufwand spitalambulant für Abklärung und Behandlung sei viel grösser als im praxisambulanten Sektor. Eine entsprechende Anpassung würde auf Ärztesseite einen Taxpunktwert von 1.10 CHF ergeben! Interessant, dass die Privatspitäler auf ihrem bisherigen Taxpunktwert von 0.91 CHF sitzen bleiben dürfen. Arbeiten sie so viel wirtschaftlicher und kostenbewusster als die öffentlichen Spitäler im Kanton Bern? Gemeinhin wird rundum die günstige Abklärungs- und Behandlungsstruktur in der ambulanten Praxis gelobt. Sind wir damit die Dummen?

Wie dem auch sei. Der Wert 1.16 CHF wird zukünftig schweizweit als Benchmark für die ambulante freie Arztpraxis gelten. Die KKA hat von diesem Massstab Kenntnis genommen (der Schreibende ist Mitglied des KKA-Vorstandes).

Die BEKAG wies in ihrer Vernehmlassung zum Spitalversorgungsgesetz auf die massive Ungleichheit hin. Im Grossen Rat des Kantons Bern erreichte die Motion Schürch, die infolge dieses Festsetzungsentscheides eingereicht worden ist, eine ablehnende Antwort des Regierungsrates, wird aber bei der Diskussion sicher noch zu reden geben. Die BEKAG kann dort Einfluss zugunsten einer Überweisung der Motion über die Berner KMU nehmen, in deren Leitendem Ausschuss der Schreibende ebenfalls vertreten ist.

Ein Spaziergang wird die Hebung des Schatzes nicht werden. Die vollständige Vertragskündigung hat den Verlust jeglicher Einflussmöglichkeit der Leistungs- und Kostenfaktoren auf den Taxpunktwert zur Folge. Einziges Kriterium zur Kostenfestsetzung bei gescheiterten Verhandlungen bliebe der Landesindex der Konsumentenpreise, und das wäre fatal.

Der Drachen *PRESANTALEIVER* (*Preisüberwacher-santésuisse-tarifsuisse-LeiKoV-Vertragskündigung*) hütet diesen Schatz. Das Schwert gilt es noch zu schmieden. Mit dem Kopfab schlagen ist es nicht getan. Aus der Sagenwelt wissen wir, dass immer neue nachwachsen!

*Dr. med. Beat Gafner, Niederscherli,
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern*

- 1 Blum B. Taxpunktwerte für ambulante Leistungen. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1387.



Fragwürdige Akupunktur

Aus der Ärztezeitung vom 29.8.2012 [1] vernimmt der Leser, dass die fünf komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden am 12.1.2011 provisorisch in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen worden sind. Ferner lernt er, dass die «Assoziation Schweizer Ärztesgesellschaften für Akupunktur und Chinesische Medizin» ASA als Dachorganisation der vier TCM-Ärztesgesellschaften über 700 Fachärztinnen und Fachärzte mit einem von der FMH anerkannten Fähigkeitsausweis «Akupunktur-TCM» vertritt. [1] Die Darlegung der Grundbegriffe der Traditionellen Chinesischen Medizin, das «energetische Prinzip Qi», Yin und Yang, die Pulstastung und Zungendiagnostik, die Akupunktur und Moxibustion mit Energiebahnen und Akupunkturpunkten, die Diätetik, Arzneitherapie und Qigong, Tai-Chi und Tuina wird wohl von allen zum vernünftigen Denken erzogenen Ärzten als phantastisch und völlig irrational beurteilt. Deswegen können folgende Fakten über die Entstehung und Weiterentwicklung der Akupunktur und ihrer Ausbreitung in der westlichen Welt klärend wirken: Die Akupunktur entwickelte sich in China im 3. und 1. Jahrhundert vor Christus

aus einem magisch religiösen Ritual des Aderlasses [2]*. Die Punktion der Blutgefässe wurde allmählich durch Stichelung von Punkten entlang von «Meridianen» ersetzt, die völlig willkürlich mit Organen und der Funktion derselben in Zusammenhang gebracht wurden. Zu dieser Zeit fehlten die heutigen anatomischen, physiologischen und pathologischen Kenntnisse über den menschlichen Organismus. Das ohne diese Kenntnisse erfundene Ritual wurde 1882 unterbrochen, als der chinesische Kaiser die Akupunktur als Hindernis für den Fortschritt der Medizin verbot. Gemäss dem Medizinhistoriker E. H. Ackerknecht [3] ist die durch den Besuch von Mao Zedong durch Präsident Nixon 1970 ausgelöste Akupunkturwelle die fünfte, die den Westen seit dem 17. Jahrhundert erreichte und jeweils wieder abebbte, wenn der Placeboeffekt der Methode erkannt wurde. Das Gefolge Nixons wurde mit Akupunktur-Anästhesieshows unterhalten. Die dabei anwesenden Journalisten wussten nicht, dass Mao Zedong die Anästhesie durch Akupunktur ersetzt hatte, um Anästhesieausrüstungen zu sparen, und dass die demonstrierten Patienten vor und während der Operation Analgetika bekommen hatten. [2] Zahlreiche kontrollierte Untersuchungen [2, 4] zeigten, dass es sich bei der Akupunktur um eine Placebowirkung handelt und es ohne Nadelstiche (Akupressur) auch geht. Als Variante gilt die Ohrakupunktur mit der Vorstellung, dass die Körperorgane auf die Ohrmuschel projiziert seien und wie ein Homunkulus in der Fötalposition auf dem Kopf stehend [4]. Wenn Stiche wie bei Verletzungen zu einer kurzdauernden schmerzlindernden Endorphinausschüttung [5] im Gehirn führen, kann davon nicht eine heilende Wirkung auf Krankheiten abgeleitet werden. Die Akupunktur gehört wie die anderen zahlreichen, magischen Heilpraktiken zur gegenwärtigen Hochkonjunktur der Irrationalität auf dem politisierten Gesundheitsmarkt.

Der Inhalt des Beitrags der beiden Fachärzte für Allgemeinmedizin über die TCM [1] widerspiegelt die Irrationalisierung des helvetischen Gesundheitswesens durch die Politisierung der Medizin. Die Leser der Ärztezeitung erinnern sich vielleicht nicht alle an die Geschichte der Prüfung der Wirksamkeit der Alternativmedizin [6, 7]: Nach dem NFP34 «Komplementärmedizin» von 1992–98, das keinen Wirksamkeitsnachweis erbrachte, beschloss der Bundesrat 1999 die provisorische Aufnahme von fünf alternativen Praktiken in die Grundversicherung. Das von 1999 bis 2005 durchgeführte Programm «Evaluation Komplementärmedizin PEK» entsprach weniger einer Wirksamkeitsprüfung (abgesehen von der überflüssigen Literaturstudie [7]), sondern einer Marktforschungsstudie zur Erfassung der Popularität der sogenannten Komplementärmedizin. Nachdem Bundesrat Couchepin nach dem insgesamt 12 Millionen Franken kostenden Leerlauf des NFP34 und des PEK konsequenterweise die fünf Praktiken aus der Grundversicherung

entfernt hatte, führte die Volksabstimmung vom 9. 5. 2009 dazu, dass die Homöopathie zusammen mit den vier anderen Praktiken trotz fehlendem Wirkungsnachweis von der Bundesverfassung berücksichtigt werden musste. Dies bewog den Ständerat am 9. 3. 2010 zur Forderung, Ärzte, Apotheker, Zahnärzte und Chiropraktiker (die den politischen und in Zürich sogar universitären Segen bereits erlangt haben) in «Alternativmedizin» auszubilden und die Universitäten zu verpflichten, Kurse in «Komplementärmedizin» zu erteilen. Da die FMH für die von den fünf Fachgesellschaften der alternativen Medizin ausgearbeiteten Fähigkeitsausweise das Placet erteilt hat, ist zu erwarten, dass neben der TCM auch die anderen Irrationalität pflegenden alternativen Praktiken in der Ärztezeitung sich werden darstellen dürfen. Bei allem politischen Erfolg müssen, die zahlreichen unterschiedlichsten Heilpraktiken zur Kenntnis nehmen, dass sie bis heute keinen einzigen medizinischen Durchbruch vorweisen können, der in allen Bevölkerungsschichten ernsthafte Krankheiten und Verletzungen heilte oder ihre Folgen dauerhaft milderte und damit die Lebensumstände wesentlich verbesserte.

Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern

1 Naterop A, Imfeld S: Die Chinesische Medizin – TCM – eine Übersicht. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93:1259–61.

* Die weiteren Literaturangaben finden sich unter www.saez.ch → Aktuelle Nummer oder → Archiv → 2012 → 42.



Suizidhilfe im Kontext des Weltbildes

Mit Interesse verfolge ich die Beiträge zur Suizidhilfe. Ich denke, die Entscheidung, ob man als Arzt Suizidhilfe ausführt, hängt stark vom eigenen Weltbild ab und von dem des Patienten. Ist man im Glauben, der Mensch weiss nicht, woher er kommt und wohin er geht, ist die Verkürzung des Leides des Patienten eine «gute Tat». Im Islam und (eigentlich auch) im Christentum wird das Leben als ein Gottesgeschenk betrachtet, das dem Menschen nicht selbst gehört; folglich ist aus dieser Sicht fraglich, ob es eine «gute Tat» aus Patienten- und aus der Sicht des Arztes ist.

In anderen Religionen gibt es den Gedanken der Reinkarnation, das heisst, der Mensch sät, was er erntet. Im Hinduismus zieht ein Suizid im nächsten Leben eine Strafe nach sich, im Buddhismus ist es ein Irrtum, weil das, was zum Suizid geführt hat, im nächsten Leben gelöst werden muss.

Persönlich erlebte ich meinen Grossvater während des Studiums sehr nah in seiner über

Monate hinziehenden Sterbephase. Er vollzog eine tiefe Reifung und verstarb in Frieden.

Dr. med. Claudia Haunit, Frauenfeld



Über Risiken und Nebenwirkungen der Sterbebeihilfe

Statt auf den längerfristigen Wunsch des «Ablebewilligen» nach einem weniger leidvollen Leben blickt man wie gebannt auf seinen aktuellen Wunsch, zu sterben, «versteht» denselben und hält sich für berechtigt, ihn erfüllen zu helfen. Die schiefe Bahn, die man damit betritt, ist nicht ungefährlich. Denn sowohl das Gewährenlassen des Gefährdeten als auch die Beihilfe zu seinem Suizid kosten viel weniger an persönlicher Mühe [...] als der Versuch, ihm im Rahmen der Lebenserhaltung zu helfen (Prof. Klaus Ernst, vormals ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich).

Die chronisch Kranke im Rollstuhl schaffte es aus eigener Kraft zur Migrosfiliale, um sich Brot zu «posten», nur war dieses bereits ausverkauft. Im Quartier und in der Ladenfiliale war sie bekannt, nur wer wollte schon «mehr als unbedingt nötig» mit einer chronisch Kranken, deren Krankheit vielleicht irgendwie suspekt war, zu tun haben? Es hätte sich jemand ihrer persönlich annehmen, für sie bei einer Bäckerei oder sonstwo Brot besorgen oder ihr mit eigenem aushelfen können. Stattdessen überliess ihr nur jemand eine aktuelle «gebrauchte» Zeitung, worin sie las: Jeder soll jetzt selbst entscheiden dürfen, ob er leben möchte oder nicht, auch wenn jeder freie Entscheid auch ein irrtümlischer sein und im Fall eines frei gewählten (wenn auch vielleicht wenig gut beratenen) «stattfindenden Ablebens» nicht rückgängig oder gar wiedergutmacht werden kann. Hauptsache Freiheit und Selbstbestimmtheit, nur was ist, wenn jemand sich damit, ob «frei und selbst» oder nicht einen bösen Bären dienst tut? Vielleicht hätte in der Zeitung etwas von Gesellschaft stehen sollen, z.B. wieso diese nicht auf die Idee komme, sich um Geschwächte, sich selbst und den Glauben an vorhandene Fähigkeiten aufzugeben Versuchte, Kranke usw. so zu kümmern, dass sie nicht denken, sich selbst abschaffen zu sollen oder zu wollen, sondern wieso diese sich nur scheinheilig und im Sinne einer «Einbahnstrassen»-Gesellschaft für solche «freien Entscheide» starkmache, die ihnen nicht mehr einbringen, als dass es sie «nachher» nicht mehr gibt?

Es war der Kranken, als habe die «Migros» ihr gesagt, das Brot sei ausverkauft, jedoch gebe es die billige Freiheit, sich abzuschaffen bzw. sich des Einzigsten, was man noch habe (des Lebens), zu berauben.

Dr. med. Peter Süsstrunk, Seewis