

# VEMSInsights

Drei vermeintliche Wahrheiten dekonstruiert



Juni 2022

- Der **Lockdown** hat **mehr Schaden** angerichtet als Nutzen gebracht – wirklich?

- Der **Versorgungsauftrag** der Medizin gilt für die kardiovaskuläre **Prävention** nicht – wirklich?

- Die FMH-Annahme des **SAMW-Papiers** zur Sterbehilfe schafft endlich **Klarheit** – wirklich?

---

# Hat der Lockdown wirklich mehr Schaden angerichtet als Nutzen gebracht?

---

Eine Studie der Universität Basel unter Einschluss des Basler Public Health Instituts rechnet vor, die Schweizer Bevölkerung habe durch den Lockdown 5,6 Millionen QALYs verloren. Da die Übersterblichkeit durch Covid-19 während dieser Periode jedoch lediglich rund 100'000 Tote betrug, setzen die Autoren Stefan Felder und Günther Fink diesen hypothetischen Verlust von Lebensqualität mit 5,6 Millionen Todesfällen gleich – was den Lockdown zum grössten Lebensvernichter in der Geschichte der Schweiz macht. Die beiden Arbeiten, eine [nationale](#) und eine [internationale](#), wurden in einem [NZZ-Artikel vom 02.04.2022](#) und in einem weiteren [NZZ-Artikel vom 22.04.2022](#) thematisiert.

Der VEMS hat die Studien in einem Papier der Serie [Medizin-Narrative](#) untersucht und [vertieft](#). Zum einen werden hier reale Zahlen hypothetischen Zahlenwerten gegenübergestellt, als handelte es sich um vergleichbare Grössen. Zum anderen werden menschliches Handeln und Lebensqualität entkoppelt von Gefühlen beurteilt. In einer Befragung mussten sich die Testpersonen eine Situation vorstellen, in welcher ein Lockdown zwar verordnet wurde, aber keine Pandemie existierte. Der Verlust der Lebensqualität wurde also beurteilt im Rahmen einer Massnahme, die unter diesen Umständen natürlich sinnlos und autoritär gewesen wäre. 48,2 % haben denn auch bekundet, sie würden lieber sterben, als 12 Monate mit den Restriktionen während eines solchen irrealen Lockdowns zu leben. Die Realität sieht anders aus: In beiden Abstimmungen zu den Corona-Massnahmen haben über 60% der Bevölkerung diesen zugestimmt.

[Wer den Faktor Angst aus seiner Hochrechnung herausrechnet, indem er ein Befragungsszenario entwirft, in welchem diese im Gegensatz zur realen Pandemie nicht vorkommt, der trägt zum Wissensgewinn nichts bei.](#)

---

## Gilt der **Versorgungsauftrag** der Medizin nicht auch für die kardiovaskuläre **Prävention**?

---

Die Frage klingt wie eine rhetorische Frage: Natürlich gilt der Versorgungsauftrag auch für die kardiovaskuläre Präventivmedizin; er ist gesetzlich verankert, wieso sollte er für ein bestimmtes Indikationsgebiet nicht gelten? Eine [Studie des Berner Instituts für Hausarztmedizin](#) fordert die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte allerdings auf, ebendies zu tun, namentlich: ein verschriebenes Medikament (Statine) bei einer bestimmten Patientengruppe (70 Jahre und älter) abzusetzen, um zu schauen, ob sich tatsächlich mehr Herzinfarkte und Hirnschläge ereignen als in der Kontrollgruppe. Das ist verantwortungslos, denn dafür, dass [Statin-Effekte im Alter](#) plötzlich abnehmen sollen, gibt es keinerlei Evidenz.

Man fragt sich, wie eine medizinethisch derart problematische Studie durchgewunken und vom Nationalfonds finanziert werden konnte, eine Studie auch, die antiwissenschaftlich ist, indem sie vermeidbare Herzinfarkte und Hirnschläge durch einen Zufallsgenerator wieder zu den Schicksalsschlägen macht, die sie mal waren. Eine mögliche Antwort: Für Statine wurde – ebenfalls von Stephan Felder – jahrelang ein falsches Kosten-Effektivitätsverhältnis herumgereicht: 210'000 Franken pro gewonnenes Lebensjahr in guter Qualität (QALY). Diese Zahl ist vom [BAG inzwischen berichtigt](#) worden: Sie ist um mehr als 200'000 Franken geringer. Dass QALY-Berechnungen so enorm unterschiedliche Zahlen liefern können, zeigt, wie anfällig sie auf Manipulation sind (siehe hierzu [«Lebensqualität und QALY»](#) sowie unser Positionspapier [«Rationierung, QALY und die mathematische Maschinerie»](#)).

Wenn Fragen der objektiven Wirksamkeit von Behandlungen zu subjektiven Fragen hypothetischer Lebensqualität gemacht werden, sind Medizin und Patientinnen und Patienten einseitig-ökonomischen Interessen ausgeliefert.

---

## Schafft die Annahme des **SAMW-Papiers** zur Sterbehilfe in die FMH-Standesordnung nun endlich **Klarheit?**

---

Nach langem Tauziehen hat die FMH die SAMW-Richtlinien zur Sterbehilfe in die Standesordnung aufgenommen (Siehe [SAEZ-Artikel](#) vom 15.06.2022). Sind damit die Probleme gelöst? Hierzu als Beispiel ein Fall, den der [Republik-Artikel](#) vom 20.07.2021 thematisiert hat: Die Familie eines Exit-Mitglieds stellte bei ihrem sterbewilligen Vater einen Wesenswandel fest und hatte das Gefühl, er fälle einen überstürzten Entscheid. Dafür war im Ablauf von Exit indes kein Platz, der Widerstand der Familie wurde als Nicht-loslassen-Können taxiert, der assistierte Suizid zu deren Befremden unbeirrt durchgeführt. Der VEMS hat den Fall mit verschiedenen Expertinnen und Experten besprochen. Wir sind uns einig, dass hier zumindest einiges nicht optimal gelaufen ist.

Die Sterbehilfe ist heute zu einem Dienstleistungsbetrieb geworden. Da sie am Ende einer Krankheitsgeschichte steht, wirken Fälle wie der obige so oder so auf die Medizin zurück. Was deshalb Not tut, ist dass die offenen Fragen, die sich hier seit längerem stellen und die weder die FMH noch die SAMW beantworten, endlich angegangen werden: der Einbezug der Angehörigen bei Fällen mit Altersdepression etwa, die fehlende Begleitforschung, ebenso eine behördliche Supervision der Ausbildung und der Arbeit der Sterbehelferinnen und Sterbehelfer etc. Der VEMS hat hierzu mit einem Team von Expertinnen und Experten bereits im Dezember 2017 einen [Katalog offener Fragen](#) erstellt. Man drückt sich um diese aber, weil sie politisch nicht immer opportun sind.

[Die offenen Fragen in der Sterbehilfe, welche seit Jahren im Raum stehen, wären nun endlich anzugehen, im Sinne einer Medizin, die sich bis zum Tod für ihre Patientinnen und Patienten engagiert – ob direkt involviert oder als Player auf Verbandsebene.](#)