

# Courrier au BMS

## Covid-19 – eine Berufskrankheit (mit Replik)

Der 34-jährige Augenarzt Li Wenliang orientierte seine Kollegen am 30.12.2019 über 7 SARS-Fälle im Wuhan Central Hospital, wo er arbeitete. Er wurde von der Regierung als Gerüchtevebreiter gemassregelt. Am 10.1.2020 erkrankte er selbst an Covid und starb am 6.2.2020. Rehabilitiert wurde er zum ersten Patienten mit einer anerkannten Berufskrankheit durch den Erreger der aktuellen Pandemie SARS-CoV-2.

Die Bevölkerung in Italien und Spanien hatte dem Pflegepersonal während Wochen demonstrativ gedankt. Wie viele dabei erkrankt sind, weiss man nicht.

Wie viele gibt es in der Schweiz? Gemäss Suva (August 2020) «kann es sich bei Coronavirus um eine Berufskrankheit handeln. Die Anerkennung als Berufskrankheit setzt voraus, dass in der beruflichen Tätigkeit ein viel höheres Risiko besteht, an Covid-19 zu erkranken, als beim Rest der Bevölkerung. Eine eher zufällige Kontamination am Arbeitsplatz reicht nicht aus. Jeder Fall ist eingehend zu prüfen. Ein massiv erhöhtes Risiko kann gegeben sein, wenn Personal in Spitälern, Laboratorien und dergleichen bei der Tätigkeit direkt mit infizierten Personen oder Material in Kontakt kommen. Ebenso können Mitarbeitende z.B. in Alters-, Behinderten- und Pflegeheimen im Rahmen der direkten Pflege von infizierten Bewohnern einem massiv erhöhten Risiko ausgesetzt sein.»

Für die Patienten ist die Anerkennung einer Berufskrankheit sehr wichtig. Sie werden damit von Diskriminierungen durch Krankenkassen geschützt (Franchise, Selbstbehalt bei Medikamenten, zeitlich unbegrenzt befreit). Es ist gerechter, dass wenigstens dem Pflegepersonal diese Gerechtigkeit zugestanden wird.

Die Prämie bezahlen die Arbeitgeber über Lohnprozente. Der CEO eines Spitals bezahlt deshalb etwas mehr trotz geringerem Risiko, als das Reinigungspersonal, sofern dieses nicht an Subunternehmen ausgelagert wurde. Damit werden alle Krankenkassen entlastet, welche die Leistungen nur über Kopfprämien und indirekt über Steuern (staatliche Prämienverbilligung) finanzieren. Auch diesbezüglich eine klassische Win-win-Situation.

Damit wird die Frage der Berufskrankheit in der Schweiz politisch: Für die Prophylaxe wäre die Suva mitverantwortlich, z.B. Qualität der Masken im Spital, wie die FDA in den USA.

Noch wichtiger ist die Risikobeurteilung bei der Arbeit. «Bei Tätigkeiten, welche nicht auf die Betreuung und Behandlung infizierter Personen ausgerichtet sind, wie z.B. Verkaufspersonal, Hotelreinigungspersonal, Polizei, kann keine Anerkennung als Berufskrankheit erfolgen.» Ist diese Beurteilung der Suva richtig? Die Schulen sind nicht einmal erwähnt.

Gemäss UVG Art. 9 erstellt der Bundesrat die Liste der schädigenden Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Der Bundesrat könnte somit Covid-19 einfach als schädigenden Stoff erklären. Dies würde schlagartig viele erwähnte Probleme gleichzeitig optimal lösen.

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

## Replik auf «Covid-19 – eine Berufskrankheit»

Sowohl die Suva als auch die anderen Unfallversicherer betrachten die aktuellen Vorgaben des UVG betreffend Anerkennung einer Covid-19-Infektion als Berufskrankheit. Es wird geprüft, ob eine arbeitsbedingte Infektionskrankheit im Sinne einer Listenerkrankung (Art. 9 Abs. 1 UVG) vorliegt, wie z.B. bei Arbeiten mit infizierten Patienten in Spitälern oder in Laboratorien, wobei jeweils von einer vorwiegenden Verursachung durch die berufliche Tätigkeit ausgegangen werden muss. Bei Personengruppen, die nicht im klinischen Sektor mit Covid-19-Patienten arbeiten, müsste für eine eventuelle Anerkennung (nach Art. 9 Abs. 2 UVG) nachgewiesen werden können, dass sie für eine gewisse Dauer einem typischen Berufsrisiko ausgesetzt waren, z.B. mehrfachem und längerem bewussten Kontakt mit infizierten Personen. Dies ist z.B. im Detailhandel – aber auch in Schulen – grundsätzlich nicht gegeben.

Im Zusammenhang mit dem Präventionsauftrag bzw. der Kontrollfunktion der Suva sind folgende Punkte entscheidend: Die Suva und das BFU sind im Rahmen der Marktüberwachung die zuständigen Kontrollorgane für die Produktesicherheit, unter Aufsicht des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO. Für den Nachweis der Konformität von Produkten sind wir befugt, Informationen zu verlangen, Muster zu erheben, Kontrollen durchzuführen und sicherheitstechnische Prüfungen zu veranlassen. Bei mangelhaften Produkten sind wir befugt, gegenüber dem Inverkehr-

**Les courriers des lecteurs publiés reflètent l'opinion de l'auteur. La sélection, les éventuelles coupures et la date de publication sont du ressort exclusif de la rédaction. Il n'y a pas de correspondance à ce sujet. Les contenus diffamatoires, discriminatoires ou illégaux ne seront pas publiés. Chaque auteur est personnellement responsable de ses déclarations.**

bringer geeignete Massnahmen anzuordnen und entsprechende Verfügungen zu erlassen. Im Rahmen dieses Auftrags werden von der Suva die Atemschutzmasken (persönliche Schutzausrüstung) sowie von Swissmedic die Hygienemasken (medizinische Produkte) kontrolliert. Basierend auf der Covid-19-Verordnung überprüfen die Suva und die kantonalen Arbeitsinspektorate ausserdem die Umsetzung der Empfehlungen des BAG betreffend Hygiene und Abstand. In medizinischen Einrichtungen und Pflegeinstitutionen werden diese Kontrollen durch die Kantone durchgeführt.

*Anja Zyska, Abteilungsleiterin  
Arbeitsmedizin Suva*

## Bravo!

Brief zu: Fahrer H. Covid-19: FMH muss die Kommunikation des BAG optimieren. Schweiz Ärztztg. 2020;101(37):1139; Steinmann P. Verdienen wir, Ärzte und Ärztinnen, das Vertrauen unserer Patienten und Patientinnen in Sachen Corona? Schweiz Ärztztg. 2020;101(37):1139.

Vor einigen Wochen schrieb ich einen Leserbrief mit der Kritik an der einseitigen Berichterstattung aller Medien (inklusive dieses) bezüglich Covid-19, auch mit Verweis/Link zu einem Arzt, der in China eine Zeit lang genau zu dieser Art Viren geforscht hat – weil seine Stimme bzw. Meinung (quasi aus der ersten Hand) weder gehört noch in gängigen Medien veröffentlicht wurde. Es wurden lieber blind Meinungen von politisch passenden Ärzten und aus benachbarten Ländern übernommen, anscheinend um nicht als Einzelgänger mit eigener Strategie dazustehen (so wie z.B. Schweden). Was danach passiert ist, wissen wir alle – ein grosses Durcheinander mit «Empfehlungen» und «Verordnungen». Und Schweden geht es gar nicht so schlecht. Jetzt, einige Wochen später, bin ich froh, dass auch einige Ärzte sich trauen, ähnliche

Ansichten zu veröffentlichen, deshalb ein «Bravo» an die zwei Kollegen! Es geht ja nicht darum, das Virus als nicht existent abzustempeln oder irgendwelche Verschwörungstheorien zu verfolgen, sondern ganz einfach um das, wofür wir Ärzte da sind: um Erkrankungen aus erster Hand zu beurteilen. Und genau dort können uns gewisse Mitarbeiter des BAG und gewisse Minister (allesamt keine Mediziner) nichts vormachen – noch weniger gewisse Medien.

Ich würde sogar zu der Aufzählung von notwendiger Kommunikation der Medien durch Dr. Fahrer noch einen 4. Punkt aufführen (oder als Ergänzung zu Punkt 2): Prozentsatz der positiv Getesteten pro Anzahl Tests. Wobei ich denke, gestern im Radio einen solchen Prozentsatz gehört zu haben ...

Ausserdem wünsche ich mir mehr Platz in der SÄZ für (solche) Leserbriefe sowie allgemein mehr Diskussionsraum bezüglich Covid u.Ä., nicht nur via Leserbriefe.

*Dr. med. Dalibor Dojcinovic, Facharzt  
Allgemeine Innere Medizin, Scherzingen*

## Respektvoller Umgang mit dem Virus

Brief zu: Ackermann M. «Nehmen Sie selbst das Virus ernst und werden Sie so zum Vorbild». Schweiz Ärztztg. 2020;101(38):1201–3.

Sehr geehrter Herr Ackermann

Sehr geehrter Herr Scholer

Allerbesten Dank für Ihr schlüssiges Interview in der SÄZ.

Im allseits babylonischen Stimmengewirr zum Thema Corona tun sorgfältige Informationen zu den Grenzen des Wissens und Nichtwissens gut und schaffen Vertrauen.

Quintessenz für mich: Wir müssen mit dem neuen Virus respektvoll umgehen. Und wir können und kennen die dafür geeigneten Massnahmen, damit unserer Gesellschaft keine existentielle Gefahr droht.

Besten Dank und freundliche kollegiale Grüsse

*Dr. med. Jörg Fritschi, Obernau*

## Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide via un formulaire disponible sur notre site internet:

[www.bullmed.ch/publier/remetteun-courrier-des-lecteurs-remettre/](http://www.bullmed.ch/publier/remetteun-courrier-des-lecteurs-remettre/)

Votre courrier pourra ainsi être traité et publié rapidement. Nous nous réjouissons de vous lire!

## Kommentar zum Artikel von Steve Pascolo

Brief zu: Pascolo S. Sichere und effiziente mRNA-Impfstoffe gegen SARS-CoV-2. Schweiz Ärztztg. 2020;101(39):1234–6.

Der oben genannte Artikel beschreibt über drei Seiten nicht die offenen, Angst machenden Fragen zur mRNA-Impfung. Die Verarbeitung der Impfsbstanz in der Zelle und dem Körper wird in zwei Sätzen wiedergegeben und ist somit zu wenig erklärend.

Der Artikel von Clemens Arvay in der *Schweizerischen Ärztezeitung* [1] ist wesentlich ausführlicher geschrieben und zeigt auch mögliche Gefahren einer genetischen Impfung auf, welche auch durch die Spezialisten der Cure-Vac AG, Tübingen (genetischer Impfstoffhersteller), beschrieben wurden [2].

Ob es richtig war, 300 Millionen Schweizer Franken in eine Vorbestellung eines genetischen Impfstoffs von Moderna USA zu investieren, wage ich zu bezweifeln. Auch ob die Impfdosen je geimpft werden können.

*Dr. med. Hans Baumann, Bassersdorf*

- 1 Arvay C. Genetische Impfstoffe gegen COVID-19: Hoffnung oder Risiko? Schweiz Ärztztg. 2020;101(27–28):862–4.
- 2 Rojer S, Petsch B. Design und Funktionsweise von mRNA-basierten Impfstoffen zum Schutz vor Infektionskrankheiten. Trillium Immunologie, 3/2019. [www.trillium.de/zeitschriften/trillium-immunologie/archiv/ausgaben-2019/heft-32019](http://www.trillium.de/zeitschriften/trillium-immunologie/archiv/ausgaben-2019/heft-32019)

## Alain der Grosse und die kognitive Dissonanz. Der Realsatire 2. Teil

Der Philosoph R. D. Precht erklärt die kognitive Dissonanz anhand eines Beispiels in etwa so: Ein Sektenguru informiert die Gemeinde, dass Gott den Weltuntergang beschlossen hat, und zwar am 11.9.2020. Am 12.9.2020 existiert die Welt immer noch, und seine Jünger leiden nun an den Folgen dieser kognitiven Dissonanz: Einerseits wollen sie ihrem Guru blind vertrauen, andererseits ist die Welt nicht untergegangen. Der Guru muss diese Dissonanz lösen, oder seine Jünger werden sich enttäuscht von ihm abwenden. Er erklärt: «Durch unser fleissiges Gebet haben wir Gott gnädig gestimmt und er hat die Welt noch einmal verschont.» Die kognitive Dissonanz ist aufgelöst.

Wie die Sektenmitglieder habe auch ich einige Überzeugungen verinnerlicht. Zum Beispiel dass die Wahrung der demokratischen Rechte, der individuellen Freiheit, der freien Meinungsäusserung, der Bewegungs- und Reisefreiheit so unveräusserbar sind, dass es o.k. ist, jedes Jahr zu ihrer Verteidigung tau-

sende junger gesunder Menschen zu rekrutieren, um im Militär bei Bedarf ihr Leben zu lassen. Dies galt bis ins Jahr 2019. 2020 erkennen meine sieben Gurus, dass diese Grundrechte relativierbar sind, wenn es darum geht, eine Grippe-ähnliche Krankheit aufzuhalten. Und in mir entsteht der Schmerz der kognitiven Dissonanz: Meine Gurus bereiten für zentrale Werte unserer Gesellschaft zehntausende Teenager im Militär auf tödliche Gefahren vor und dieselben Werte sind plötzlich verhandelbar, um unsere Spitäler nicht zu überlasten. Meine Versuche, diese Dissonanz aufzulösen, sind die folgenden:

1) Es geht ja nur um eine beschränkte Zeit. Bald ist alles wieder normal: Ja, schon möglich, aber was machen wir, wenn als nächstes nicht eine schwere Corona-Grippe kommt, sondern etwas wirklich schlimmes? Und was machen wir, wenn die nächste xy-Grippe wieder denselben Fehlalarm auslöst wie Corona? Gibt es eine Sicherheit für unsere Grundrechte? Leider haben meine Gurus keine guten Erklärungen, die es qualitativ mit jener des Sektengurus aufnehmen können.

2) Wir dürfen Alain vertrauen, schliesslich hat er uns für Ostern Ausgang versprochen bei guter Führung, und er hat sein Versprechen gehalten, erinnern Sie sich noch? Wer braucht da noch Grundrechte, wo wir doch unsern Alain haben?

3) Wenn der Russe kommt und wir unsere Söhne retten wollen, wie aktuell die möglichen Corona-Opfer (oder noch ein bisschen dringlicher, da unsere Soldaten im Schnitt 65 Jahre jünger sind als die Corona-Opfer), und sie deshalb nicht in die Schlacht gegen die Russen schicken, verlieren wir unsere Freiheit auf immer und ewig. Die jetzigen Corona-Massnahmen dagegen gelten nur für kurze Zeit: Dieses Argument habe ich unter 1) bereits entkräftigt. Zudem: Hey, wir reden darüber, dass unsere gesunden Söhne ihr Leben auf dem Schlachtfeld lassen sollen!!! Für dieselben Grundrechte, die für Corona so verzichtbar sind. Und glauben Sie mir: Putin würde uns bei guter Führung an Ostern auch etwas Ausgang geben! Alain und Vladimir wissen beide, was für uns wirklich wichtig ist!

4) Wir haben viele Menschenleben gerettet: Ja, v.a. kranke und schwer kranke sind im Lockdown nicht gestorben. Drei meiner geretteten Patienten sind inzwischen doch gestorben: einer mit Exit, einer an COPD erstickt und einer seinem Tumorleiden erlegen. Sie alle haben wir gerettet vor Corona, verurteilt, ihr Leiden bis zur bitteren Neige auszukosten. Ich fürchte, meine kognitive Dissonanz bleibt vorerst bestehen.

Meine Gurus haben noch nicht genug für die Rettung der Welt gebetet.

*Dr. med. Rainer Fischbacher, Herisau*

## Harte Fakten

Brief zu: Binder T. Nicht das Virus ist entscheidend, sondern das Milieu, individuell und gesellschaftlich. Schweiz Ärztztg. 2020;101(38):1187–8.

Sehr geehrter Herr Kollege Binder  
Schauen Sie sich doch bitte alle Fakten genau an. Ad Positivitätsrate in der Schweiz: 2.3.2020 4% und am 5.3.2020 22%! Dass deshalb die Panik ausbricht und plötzlich deutlich mehr Tests gemacht werden und somit die Testdurchführung grosszügiger wird, liegt auf der Hand. Dadurch sinkt primär nochmals die Positivitätsrate. Ein so steiler Anstieg von 4% auf 22% als ein rein lineares Phänomen zu bezeichnen, ist zumindest etwas gewagt. Wenn Sie also wirklich der Wahrheit näherkommen wollen, dann bleibt Ihnen nichts anderes übrig, als harte Fakten zu nehmen, die nicht beeinflussbar sind durch Testhäufigkeit, Testindikationen, Testverfügbarkeit etc. Es bleibt uns nur der Tote als hartes Faktum übrig. Um hier ehrlich zu sein, müssen wir aber auch da ins Epizentrum gehen = Kanton Tessin (oder Kanton Waadt). Und da müssen Sie mir schon erklären, wie Sie mir diesen PEAK an Todesfällen im Tessin erklären ohne COVID-19. Eine Grippewelle ist dazu lächerlich. Ich möchte hiermit dem ganzen Tessin meinen Respekt zollen für seine unglaubliche Leistung und Durchhaltewillen – und einen Kollegen entschuldigen, der die Welle nicht erleiden musste und leider auch bis dato nicht wahrhaben will.

*Dr. med. Andreas Würmli, Altstätten*

## Die Spezialistinnen und Spezialisten haben das Nachsehen

Replik zum Leserbrief von Hauser, G.  
Sparen im Gesundheitswesen: Hausarzt und -ärztin first!  
Schweiz Ärztztg. 2020;101(37):1139–40.

Sehr geehrter Herr Hauser  
Sie sind der Ansicht, dass der Bundesrat Berset recht hat, wenn er verlangt, dass jeder Patient zuerst zum Hausarzt gehen muss, um Kosten zu sparen.  
Es ist auch richtig, dass der Hausarzt immer weiss, wer der beste Spezialist für ein Leiden ist, das heisst, dass der Spezialarzt von der Qualitätsbeurteilung des Hausarztes, Arzt, der noch nach Hause kommt, abhängig ist. Gleichzeitig schlagen Sie vor, dass die Hausärzte und Hausärztinnen eine bessere Ausbildung haben sollten und dass diese dafür die Befugnis bekommen, die entstehenden Kosten zu verrechnen.

Sie verlangen eine 7-jährige Weiterbildung in Dermatologie, Gynäkologie, Pädiatrie usw. und fordern von den Kranken, die direkt einen Spezialisten aufsuchen, ein Strafhonorar von CHF 300.

Wenn ich Ihre Forderungen lese, dann wird mir mehr als schlecht, und ich muss feststellen, dass Sie die Absichten des Herrn Bundesrates nicht durchschaut haben, denn dieser macht zurzeit jeden Hausarzt zum Generalspezialisten, der alles kann und noch darf, und gleichzeitig wird ein Studiengang an der Uni Freiburg geführt, der aus Krankenschwestern, Hebammen und Pflegern Hausärzte macht. Dies sollte Ihnen zeigen, was Herr Berset von unsern Grundversorgern hält. Seine Absicht dürfte sein, schlechte und spitalabhängige Grundversorger und entschlackte Spezialisten zu haben, die alles an die Zentren im staats-eigenen Spital schicken müssen. Als Spezialarzt kann ich Ihnen versichern, dass wir zurzeit nur noch mit Verboten beglückt werden, und dies mit der Absicht, die Zentren in den Staats-Spitälern zu füttern und unsere guten Netzwerke zu zerstören.

Unser Bundesrat und ein grosser Teil der Politiker wollen ein staatliches Gesundheitswesen, das aus schwachen Grundversorgern, ambulanten und staats-eigenen Spitalzentren und Spitälern besteht. Der Rest ist Schnee von gestern.

Der Grundversorger in der Gruppenpraxis (Zukunft) wählt nie den besten Spezialisten, aber den, der auch Mitglied oder Aktionär der Gruppenpraxis ist. Ist kein Spezialist in der Grosspraxis, so können diese auf die Mithilfe der lokalen staatlichen Spitäler zurückgreifen. Der niedergelassene Spezialist hat das Nachsehen.

Wenn Sie eine bessere Ausbildung der Grundversorger fordern, so fordern Sie etwas, was bei den älteren Grundversorgern die Regel gewesen ist. Leider haben sich auch die Strukturen der Spitäler, die immer noch die Hauptausbildner der Ärzte und Ärztinnen sind, gewandelt. So finden Sie auf der Dermatologie, der Pädiatrie, der Gynäkologie usw. praktisch keine Stellen für Grundversorger und Grundversorgerinnen mehr. Alle Fächer sind bereits in Spezialeinheiten unterteilt.

In Zukunft wird es nur noch staatlich (Bund/Kanton/Krankenkasse) angestellte Grundversorger und Spezialisten in den Spitalzentren und klassenlosen Spitälern geben. Ein von Ihnen gefordertes Strafhonorar wird auch entfallen.

*Dr. med. Stephan Probst, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Facharzt für Phlebologie und Lasertherapien, Sursee*

## Generalkonsent: Verständlichkeit als ethische Dimension

Brief zu: Sprecher F, Talanova V. Verbesserungspotenzial des Generalkonsents. Schweiz Ärztztg. 2020;101(38):1197–200.

Die Daten- und Probenforschung in der Humanforschung ist unbestritten wichtig für den generellen medizinischen Fortschritt. Dabei ist die Information und Einwilligung der Teilnehmenden essentiell und muss rechtlichen und ethischen Standards entsprechen. Im Artikel «Verbesserungspotenzial des Generalkonsents» zeigen die Autorinnen Talanova und Sprecher auf, welche Anpassungen im Generalkonsent (GK 2018) aus rechtlicher Sicht in der aktuell verwendeten Version von unimedsuisse und swissethics aus ihrer Sicht notwendig wären. Es ist in der Tat korrekt, dass einzelne rechtliche Spezifikationen in der Version GK 2018 nicht ausgeführt werden. Dabei handelt es sich allerdings nicht um ein absichtliches Vorenthalten von Rechtsinformation – z.B. des Rechts auf Nicht-Wissen oder der Anonymisierung – und auch nicht um eine bewusst eingesetzte rechtliche «Ungenauigkeit», wie die Autorinnen postulieren, sondern vielmehr um einen Kompromiss im Abwägungsprozess zwischen rechtlicher Korrektheit und der ethischen Dimension der Verständlichkeit. Letztere wird oftmals vergessen. Im GK 2018 wurde demnach berücksichtigt, dass nicht alle Personen zwischen Verschlüsselung und Anonymisierung immer unterscheiden können. Begriffe wie «Widerspruch» und «Widerruf» – in juristischer Sprache eine Selbstverständlichkeit – werden von Patientinnen und Patienten möglicherweise verwechselt. Mit anderen Worten: Die Rechtsprache ist für Forschungsteilnehmende nicht einfach zugänglich und daher in puncto Verständlichkeit vielleicht manchmal ungeschickt, wenn diese 1:1 übersetzt wird. Das Dokument GK 2018 ist im Abwägungsprozess zwischen ethisch «gut» und rechtlich «richtig» entstanden und zu verstehen. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass im Prozess der Aufklärung wesentlich ist, dass es nicht nur um die Aushändigung eines Schriftstücks geht, sondern ebenfalls eine persönliche mündliche Aufklärung stattfinden soll, wobei auch individuelle Fragen beantwortet werden.

Um Vertrauen in die Daten-Proben-Forschung zu generieren und die Bereitschaft, an Forschungsprojekten teilzunehmen, zu fördern, sollen und müssen die Teilnehmenden fair, verständlich und korrekt informiert werden. Dabei steht die Herausforderung im Vordergrund, das rechtlich Notwendige in verständlicher Form präzise und strukturiert wiederzugeben. Es darf nicht vergessen werden, dass der Generalkonsent von kranken und teilweise schwachen Patientinnen und Patienten

gelesen wird und verstanden werden soll. Hier muss man sich fragen, ob ein kurzer, prägnanter Text nicht tatsächlich besser ist als ein alle rechtlichen Details ausführendes – und damit kompliziertes – Dokument. Für Forschungsteilnehmende steht an erster Stelle immer das Vertrauen, die Fairness und Offenheit, in der persönlichen Beziehung zu Ärztinnen und Ärzten sowie zu den jeweiligen Spitälern und Institutionen. Dies ist die Grundlage, dass diese ihre Daten und Proben zur Verfügung stellen. Ein hauptsächlich für Juristinnen und Juristen verfasster und verständlicher Text des Generalkonsents – wie von Talanova und Sprecher favorisiert – kann dieses Vertrauen in Personen und Institutionen nicht ausschliesslich entstehen lassen. Daher setzt sich swissethics weiterhin für eine in erster Linie verständliche Form jeglicher Informationsschrift ein, welche nach hohen ethischen Standards versucht, rechtlich richtig, aber nicht ausschliesslich rechtlich detailliert zu informieren. Der Weg dorthin bleibt voller Herausforderungen und kann nur im Dialog gelöst werden.

*Dr. med. Susanne Driessen, Präsidentin swissethics, St. Gallen*

### Die eigene Haltung auf dem Prüfstand

Brief zu: Martin J. Späte Erkenntnis. Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(38):1204.

Ich schreibe als einer derer, von denen der Autor vermutet, dass sie ihre eigene Haltung bislang als aufgeklärt wahrgenommen haben, sie nun aber auf den Prüfstand stellen. Aber ich habe schon immer ein gewisses Unwohlsein dabei empfunden. Mit der «Späten Erkenntnis» kommt eine solide Beschreibung des Status quo. Und für mich doch auch eine Benennung des Problems. Dafür vielen Dank. Meine Vita enthält auch Arbeit als Arzt in Afrika, Publikationen zu den medizinanthropologischen Dimensionen der Medizin in Afrika/Europa und immer wieder private Kontakte nach Afrika. Wie der Autor bin ich mir keiner Verfehlungen bewusst, ich habe immer versucht, mich allen Situationen anzupassen und das Beste daraus zu machen. Vorstellungen von Unter- oder Überlegenheit sind nicht nur systemisch und bestehen hartnäckig fort: Vor allem sind sie als solche oft nur schwer erkennbar. Die Grenzen verschwimmen im Alltag, Probleme sind in komplexe Zusammenhänge eingebunden. So ist «Überlegenheit» eine analytische Kategorie, die für mich (und andere) oft nicht erfahrbar ist. Ebenso wie ich auch einem Patienten eine Behandlungs-Empfehlung nur nach bestem Wissen und Gewissen geben kann, eben was

mir in der Situation möglich und richtig erscheint.

Mit der Schlussfolgerung, das alles zum Thema zu machen und eben zuzulassen, dass nicht alles ein für alle Male geklärt ist, gehe ich vollständig mit. Auch wenn ich mich eigentlich nicht von Themen wie Lynchmord oder Vergewaltigungen angesprochen fühle, weil ich immer hoffte, darüber wären wir hinaus. Aber sie sind eben nur die Spitze eines Eisberges. Und stellen mein Bild von der Entwicklung, die ich als Nachkriegskind so positiv erlebt habe, immer mehr in Zweifel.

*Dr. med. Thomas Lux, Zürich*

### SDM: gemeinsame Entscheidungsfindung

Brief zu: Rosca A, et al. Gemeinsame Entscheidungsfindung: keine Modeerscheinung. Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(39):1239–41

Die dargelegten 12 Mythen sind meiner Meinung nach nicht alles nur Mythen. Gegen das von Jürgen Kaspar vorgelegte Modell der Kommunikation und Entscheidungsfindung ist prinzipiell nichts einzuwenden. Ich frage mich nur, braucht es tatsächlich einen solch riesigen Aufwand mit Symposien von weitgereisten Experten, um das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung, abgekürzt SDM oder wie üblich in Englisch «Shared Decision-Making», zu diskutieren. Es ist mir klar, dass die Zeit der Götter in Weiss vorbei ist, aber dass es den gesunden Menschenverstand gibt, wissen wir. Aber wir wissen auch, wie schwierig dieser zu definieren ist. Wir können auf den Philosophen Denis Diderot (1713–1784) zurückgreifen: Gesunder Menschenverstand ist jenes Mass von Urteilskraft und Intelligenz, durch dessen Hilfe jeder mit den gewöhnlichen Angelegenheiten der Gesellschaft fertig wird.

Ich behaupte, dass wir in der Praxis täglich SDM angewendet haben und anwenden, ohne zu wissen, dass dies SDM heisst (angeblich einer der Mythen). Im Weiteren, um bei den sogenannten Mythen zu bleiben, sind viele Patienten damit überfordert oder nicht in der Lage, diesen Prozess mitzuverfolgen, oder lehnen diesen sogar ab.

Es ist durchaus denkbar, dieses vorgeschlagene 6-Schritte-Modell in den Lernkatalog des Medizinstudiums einfließen zu lassen. Ich befürchte nur, dass als nächster Schritt ein Formular kreiert wird und SDM zwingend dokumentiert werden muss und damit der administrative Aufwand in der Praxis um ein weiteres (unnötiges) Element erweitert wird.

*Dr. med. Jürg Kälin, Luzern*

### Des secondes d'éternité

Lettre à: Stalder H. Le temps des vieux. Bull. Med. Suisses. 2020;101(37):1166.

Cher Monsieur Stalder, Plein de bon sens (comme d'habitude!) l'article sur «Le temps des vieux». Votre réflexion a détendu mon esprit de philosophe qui s'empêtre depuis des années avec ce problème du «temps», si compliqué, surtout quand on l'accouple à l'espace. Le plus appréciable dans le temps des vieux, c'est la lenteur, car il permet de cueillir de plus en plus «des secondes d'éternité». Amicalement,

*Dr. méd. Henri Duruz, Meyrin*

### Überrissene Medikamentenpreise: was tun?

Die Kollegen Barben und Cerny haben unlängst in dieser Zeitschrift [1] auf eindrückliche Weise dargestellt, wie die Situation der Medikamentenpreise und Pharmagewinne sogar in den reichsten Volkswirtschaften spätestens seit der Corona-Krise nicht mehr haltbar ist. Schon vor ein paar Jahren habe ich in einem ausführlichen Artikel detailliert die Entwicklung der Krebsmedikamentenpreise beschrieben [2], die in den letzten 20–25 Jahren fast 50-mal teurer geworden sind. So liegen die Kosten für neue Krebsmedikamente zurzeit etwa bei 12 000 Franken, gelegentlich sogar in der Grössenordnung von 15 000 Franken pro Monat. In vielen Studien wurde bewiesen, dass diese Preise in keinem Verhältnis weder zu den Produktionskosten noch zu ihrer Wirksamkeit stehen. Kürzlich wurde auch nachgewiesen, dass etwa zwei Drittel aller Krebsmedikamente, die in den letzten 15 Jahren zugelassen worden sind, im Vergleich zu früheren Krebsmedikamenten nur marginal wirksamer sind, wenn überhaupt [3]. Der Richtpreis für neue Medikamente wird in den USA festgelegt, wo die republikanischen Präsidenten alle Gesetze ausser Kraft gesetzt haben, die dem Staat eine Möglichkeit einräumten, den Richtpreis zu kontrollieren. Gegen diese Medikamentenpreise anzukämpfen, die der Pharmaindustrie Gewinnmargen erlauben, von denen andere Industriezweige nur träumen können, ist äusserst schwierig, aber nicht unmöglich. National gibt es die Möglichkeit, mit Zwangslizenzen den Gebrauch von Generika zu erwirken, selbst wenn das Patent noch gültig ist. International sollte man grossen Druck ausüben, damit endlich Transparenz über die Entwicklungs- und Produktionskosten der neuen Medikamente geschaffen wird. Aus gut unter-

richteter Quelle erfährt man aber, dass unser Land zu denjenigen gehört, die jede entschiedene Offensive der WHO in diese Richtung weitgehend bremsen. Es ist deswegen an der Zeit, dass wir unseren Bundesrat diesbezüglich unter Druck setzen.

*Prof. Dr. Franco Cavalli, Präsident, Institut für onkologische Forschung (IOR), Bellinzona*

- 1 Barben J, Cerny T. Welche Lehren ziehen wir aus der Corona-Krise? Schweiz Ärztztg. 2020;101(37):1152–4.
- 2 Cavalli F. Irrsinnige Medikamentenpreise. Widerspruch. 2016;68:153–64.
- 3 Davis C, et al. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009–13. BMJ. 2017;359:j4530.

# Communications

## Examen de spécialiste

**Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en neurochirurgie**

*Date:*

Printemps: le jeudi 27 mai 2021

Automne: le jeudi 30 septembre 2021

*Lieu:*

Printemps: Neurochirurgie, Universitäts-  
spital Basel, Spitalstrasse 21, 4031 Bâle

Automne: Neurochirurgie, Universitätsspital  
Basel, Spitalstrasse 21, 4031 Bâle

*Délai d'inscription:*

Printemps: 27 avril 2021

Automne: 30 août 2021

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → neurochirurgie

## Sujets d'actualité en ligne

[www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) → tour d'horizon



Prof. Arnaud Chiolero, MD, PhD, Laboratoire de santé des populations, Département de santé communautaire, Université de Fribourg

### Informer en temps d'épidémie: comment faire mieux

Si le système de santé suisse a fait face à la crise de manière satisfaisante en comparaison internationale, la surveillance sanitaire et la communication sur le risque n'ont pas été convaincantes.



Interview avec Carlos Quinto, médecin de famille et membre du Comité central de la FMH

### Manque d'expertise aux postes décisifs

Pourquoi le «Plan suisse de pandémie influenza» a fini dans les tiroirs de nombreux acteurs de la santé et quelles leçons peut-on en tirer.