Briefe an die SÄZ

Und wo bleibt die Nachbetreuung?

DRG-Symposium 11. Mai 09 Zürich [1]

Das Programm des angekündigten DRG-Symposiums ist ein klassisches Beispiel für das «autistisch- undisziplinierte Denken in der Medizin» (Bleuler). Die ganze Problematik des DRG-Systems wird auf die Spitäler fokussiert und reduziert. Dass die Patienten in wenigen Jahren auch in der Schweiz noch rascher aus Spitalpflege entlassen werden, wird von Spitälern, Versicherern und Gesundheitspolitikern einseitig und wenig sensibel (lies unmenschlich) auf Wirtschaftlichkeit reduziert. Wer die so früh als möglich aus Spitalpflege entlassenen (respektive «luxierten») Patienten ärztlich und pflegerisch weiterbetreuen soll, wird konsequent verdrängt. Die Herren Couchepin und Zeltner setzen ja alles daran, die Hausarzttätigkeit so unattraktiv wie möglich werden zu lassen, daran ändern leider auch alle Bemühungen der Med. Fakultäten und der Hausärzte nichts, Studierende für die Hausarztlaufbahn zu motivieren. Wer soll in Zukunft die Verantwortung übernehmen, wenn ein Diabetiker mit Status nach PTCA und Stenting vor vier Monaten unter Clopidogrel und ASA nach Verabreichung von 15 Thrombozytenkonzentraten notfallmässig wegen einer massiven Divertikelblutung laparatomiert werden musste und am vierten Tag postop. mit zwei Drains im Bauch und acht Medikamenten «in erfreulich gutem AZ» nach Hause entlassen wird? Vielleicht wäre es nicht unklug, am erwähnten Symposium diese nicht nur elementare, sondern für die Patienten vitale Problematik mindestens zu erwähnen. Wir möchten ja (Zitat in der Ausschreibung) «lernen und umsetzen». Und dem Patienten (Hallo! den gibt es auch noch!) geht es nicht um Machtverschiebung in der Medizin oder um Effizienz, sondern um kompetente Betreuung auch nach Spitalentlassung. Ohne diese sind sämtliche stationären Bemühungen umsonst.

Benedikt Horn, Interlaken

Anm. d. Red.: Die Behandlung der von Prof. Horn angesprochenen Aspekte ist im Rahmen eines weiteren DRG-Symposiums vorgesehen, das am 17. Juni 2009 stattfinden wird. Da die FMH bei diesem Anlass (wie beim oben erwähnten) im Patronatskomitee vertreten ist, wird in der SÄZ im Verlauf dieses Monats eine kurze Vorschau erscheinen.

1 Reymond MA, Scheidweiler R. Fünf Jahre DRG in Deutschland: Was kann die Schweiz lernen und jetzt umsetzen? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(6):204.

«Bei Risikopersonen die Serokonversion überprüfen nach FSME-Impfung»

Eine Stellungnahme und zwei Antworten

Dr. med. Kind aus Schaffhausen versucht, seine pseudowissenschaftliche Veröffentlichung [1] bezüglich der Wirksamkeit der Zeckenimpfung und der von ihm empfohlenen Auffrischimpfung erst nach 10 Jahren mit untauglichen Argumenten zu untermauern. In dieser Arbeit sind die grundlegenden wissenschaftlichen Prinzipien in gröblicher Weise ausser acht gelassen worden. Ich habe in der «Medical Tribune» (Nummer vom 15. 2. 2008) schon einmal darauf hingewiesen. Die wesentlichen Fehler dieser Arbeit sind:

– Es handelt sich in dieser Arbeit nicht um den zurzeit (und zwar seit 1999) in der Schweiz verfügbaren FSME-Impfstoff, sondern *die Arbeit bezieht sich alleine auf den alten FSME-Impfstoff von Baxter, der seit 1999 (!!) nicht mehr im Handel ist.* Der neue Impfstoff, sowohl von Baxter als auch von Novartis, hat sich grundlegend verändert, wodurch alte Ergebnisse nicht einfach übertragen werden können.
– Es wurde keine Unterscheidung zwischen dem Kinderimpfstoff und dem Impfstoff für die Erwachsenen bzw. Jugendlichen gemacht. Obwohl der Kinderimpfstoff nur etwa die Hälfte der Erwachsenimpfdosis enthält, hat man alles in einer Gruppe zusammengefasst.

Bei einer sachgerechten wissenschaftlichen Arbeit stellt man unterschiedliche Gruppen auf, die z. B. nur mit dem Kinderimpfstoff geimpft worden sind, solche, die einen Mix aus Kinderimpfstoff und Erwachsenimpfstoff erhalten haben, und solche, die nur den Erwachsenenimpfstoff verabreicht bekommen haben.

– Die in der Arbeit vorgenommene Altersgruppeneinteilung (<20 J, 20-60 J, >60 J) ist inadäquat. Das Immunsystem des Erwachsenen kann schon nach dem 50. Lebensjahr deutlich schwächer werden.
– Es wurde nur die Anzahl der Impfungen der Probanden gezählt, wobei kein Unterschied gemacht wurde, ob es eine normale Grundimmunisierung oder eine Schnellimmunisierung war.
– Für den Titererfolg nach einer erfolgten Impfung ist es bei den heutigen Impfstoffen von wesentlicher Bedeutung, dass die Applikationsstelle für den Impfstoff richtig und einheitlich gewählt wird (keine Impfung in den «Po»).
– Es wird berichtet, dass nach 10 Jahren immer noch 86 % einen positiven Titer gehabt hätten. Um eine klare, exakte wissenschaftliche Aussage machen zu können, hätte man aber regelmässig, d. h. zumindest jährlich, den Titer bestimmen müssen, um eben genau feststellen zu können, ob dieser Titer noch ein Impftiter ist oder ob zwischenzeitlich ein Zeckenbiss erfolgte, der z. B. einen erneuten Titeranstieg verursacht hat.
– Der Kühltransport des Impfstoffes und die Aufbewahrung des Impfstoffes in der Praxis des Arztes sind von eminenter Bedeutung. Auch hierzu fehlt jedweder Hinweis in der Arbeit.

Nur wenn man diese oben aufgeführten grundlegenden Kriterien einhält, ist man in der Lage, eine sachgerechte, wissenschaftliche Arbeit zu erstellen. Diese Kriterien sind bei dieser Studie in krasser Weise missachtet worden, so dass die Arbeit gar keine wissenschaftliche Aussage machen kann und im Bereich der pseudowissenschaftlichen Veröffentlichungen anzusiedeln ist. Dennoch hat das BAG gerade diese Arbeit als Grundlage genommen, um den Zeitraum für die Auffrischimpfung nach einer Grundimmunisierung auf 10 Jahre auszudehnen. Das BAG empfiehlt die Auffrischimpfung zwar, ist aber nicht bereit, die juristische Konsequenz zu ziehen und die Verantwortung zu übernehmen, wenn sich herausstellen sollte, dass der Zeitraum von 10 Jahren doch fehlerhaft ist.

Die Impfempfehlung einer Auffrischimpfung erst nach 10 Jahren in der Schweiz ist einmalig auf der Welt und ist von keiner anderen nationalen Impfkommission übernommen worden. Impfexperten für Zeckenimpfungen gibt es in der Tat auf der ganzen Welt. So haben z. B. die Chinesen vor geraumer Zeit in Südchina das grösste Zeckengebiet der Welt festgestellt und für dieses Gebiet eine Impfempfehlung herausgegeben. Will ein niedergelassener Allgemeinarzt aus Schaffhausen sich anmassen, die Empfehlungen aller namhaften Experten auf diesem Gebiet in den verschiedensten europäischen Ländern, wie Deutschland, Österreich, Tschechien, Polen usw. zum Trotze als obsolet zu bezeichnen? Ich glaube, hier ist in der Tat die Bodenhaftung verlorengegangen.

Dr. med. Rolf Pillmeyer,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Willisau

1 Kind A. Bei Risikopersonen die Serokonversion überprüfen nach FSME-Impfung. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(28/29):1234.

Replik

Ausgangspunkt für das Schaffhauser FSME-Projekt war eine Beobachtung in der Praxis: Zum Zeitpunkt der fälligen Auffrischungsimpfung (früher alle 3 Jahre) hatten noch fast alle Impfkandidaten nachweisbare Antikörper [1]. Die Kritik von Dr. Pillmeyer geht von falschen Voraussetzungen aus. Wir hatten keineswegs den Anspruch und auch nicht die Mittel, eine klinische Studie zur Wirksamkeit eines Impfstoffes durchzuführen. Wir wollten mit unserer Studie eine Strategie von Auffrischungsimpfungen, basierend auf Titerkontrollen, evaluieren. Wir haben mit praktizierenden Ärztinnen und Ärzten 673 Titermessungen bei früher Geimpften durchgeführt, die Literatur zu den bekannten Impfversagern studiert und dann zwei und zwei zusammengezählt. Das wichtigste Ergebnis unserer Analyse: Wenn die zehn Prozent aller Geimpften, welche 3 bis 19 Jahre nach der letzten Impfdosis keine nachweisbaren Antikörper mehr aufweisen, alle nicht mehr geschützt wären, so würden sich bis zehnmal mehr FSME-Fälle bei Geimpften ereignen als tatsächlich beobachtet. Dank dem zellulären immunologischen Gedächtnis hält der Impfschutz nach erfolgreicher dreimaliger Impfung jahrzehntelang an, vermutlich sogar lebenslänglich, so dass systematische Nachimpfungen eigentlich nicht notwendig sind. Analog wie im Fall der Hepatitis B-Impfung dauert der Impfschutz offensichtlich weit über das Absinken der Antikörper unter die Nachweisgrenze weiter an. Der Grund für die sel-

ten beobachteten Impfversager liegt wohl daran, dass die Impfung bei bis 3 % der Geimpften erfolglos sein kann, also dass gar keine Serokonversion stattgefunden hat [2]. Gerade bei älteren Personen kann dies häufiger der Fall sein. Bei Hochrisikopersonen und älteren Personen kann es sich also lohnen, die Serokonversion nach der 3. Impfdosis zu überprüfen und damit Impfversager zu vermeiden. Das bisher übliche systematische Nachimpfen alle drei Jahre ist im Falle der FSME eine ineffiziente und auch sehr teure Strategie. Dr. Pillmeyer – wir wollen doch annehmen, dass nur das Wohl der Patienten ihn zu seinen Wortmeldungen treibt – müsste doch auch einsehen, dass die geänderten Impfempfehlungen positive Effekte gehabt haben: Mit der berechtigten Hoffnung auf einen jahrzehntelangen Schutz hat die Bereitschaft der betroffenen Bevölkerung, sich gegen FSME impfen zu lassen, markant zugenommen.

Dr. med. Albert Kind, Schaffhausen

1 Kind A. Wieviele Auffrischungsimpfungen sind notwendig gegen die Zeckenencephalitis FSME (Frühsommermeningitis)? Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(16): 844-8.

2 Arzneimittelkompendium der Schweiz, Ausgabe 2008.

Stellungnahme zum Leserbrief von R. Pillmeyer

Die aktuell gültigen Empfehlungen zur Impfung gegen Zeckenenzephalitis wurden von einer Arbeitsgruppe vorbereitet, von der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) verabschiedet und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im März 2006 publiziert [1]. Hintergrund bildete die starke Zunahme der gemeldeten Erkrankungsfälle 2005, welche sich 2006 noch weiter verstärkte. Ziel der neuen Empfehlungen war es, möglichst viele Personen in den Endemiegebieten optimal vor einer Erkrankung zu schützen, und nicht, einigen wenigen einen maximalen Schutz zu bieten. Der Entscheid, Auffrischimpfungen nur noch alle 10 Jahre zu empfehlen basierte auf einer eingehenden Analyse der verfügbaren Datenquellen. Ein wichtiger Punkt dabei war die Feststellung, dass die Notwendigkeit regelmässiger Auffrischimpfungen alle 3 Jahre nicht belegt ist. Die Daten aus der Studie von A. Kind et al. waren eine der in die Analyse einbezogenen Quellen [2]. Die Ausführungen von R. Pillmeyer enthalten keine stichhaltigen Argumente, welche auf die Ergebnisse der Studie von A. Kind einen ungünstigen Einfluss haben könnten (es ist eher vom Gegenteil auszugehen). Studien wie jene von A. Kind, in welcher die Auswirkungen einer Impfung unter den Gegebenheiten der alltäglichen Praxisbedingungen untersucht wurden, können grundsätzlich ebenso nützliche Daten liefern, wie solche, welche unter idealen klinischen Bedingungen durchgeführt wurden («effectiveness versus efficacy»). Das BAG wird die epidemiologische Situation und die wissenschaftliche Literatur aufmerksam verfolgen, um die Angemessenheit der aktuellen Empfehlungen laufend zu überprüfen.

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Impfungen

1 Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Impfung gegen Zeckenenzephalitis. Bull BAG 2006;Nr.13:225-31.

2 Kind A, Ritzmann P, Marty F, Zimmermann H. Der Impfschutz gegen die Zeckenenzephalitis hält viel länger als bisher angenommen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(45):1903-6.

Mit diesen Beiträgen schliessen wir die Diskussion zur FSME-Impfung vorläufig ab.

Die Redaktion

Leserbriefe

Leserbriefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine offensichtlichen Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Leserbriefe wird in der Regel keine Korrespondenz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstr. 8, 4132 Muttenz, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez@emh.ch.