

# Courrier au BMS

## Die Versorgungskapazität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist viel zu klein!

Brief zu: Rota F, Traber R, Léchaire C, Seifritz E. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Pandemie. Schweiz Ärztztg. 2021;102(18):606–9.

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie hat die Versorgung Erwachsener in der COVID-19-Pandemie mit einer Umfrage bei ihren Mitgliedern untersucht. Im entsprechenden Artikel in der SÄZ heisst es auch: «Gegebenenfalls erscheint Bedarf nach höheren Versorgungskapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) zu bestehen.»

Als freipraktizierende Fachärztin sehe ich klar eine ungenügende Versorgungskapazität zumindest in der Ostschweiz. Ich höre auch von meinen Kolleginnen und Kollegen und von den Chefärztinnen und -ärzten der KJPPs und stationären Einrichtungen in der KJPP, dass sie monatelange Wartezeiten haben. Diese Wartezeiten gelten auch für schwer beeinträchtigte Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Kinder, die wegen ihrer psychiatrischen Störung die Schule nicht mehr besuchen können und ambulant nicht intensiv genug behandelt werden können. Die langen Wartezeiten führen zu einer Chronifizierung der Störungen, welche in der Folge schwieriger und mit mehr Aufwand behandelt werden müssen. Jugendliche, die wegen einer psychischen Erkrankung wichtige Meilensteine wie die Berufswahl nicht bewältigen können, können auf Jahre hinaus benachteiligt sein.

Die Versorgung in der KJPP war schon vor der Pandemie ungenügend, mit Wartezeiten, die in der Somatik von niemandem akzeptiert würden. Die Pandemie hat das Problem noch verschärft, weil Kinder mit Lern- und Leistungsstörungen infolge von Schulschliessungen und Fernunterricht noch grössere Mühe hatten, in der Schule mitzukommen, und deswegen vermehrt reaktive Störungen von Verhalten oder Emotionen entwickelten. Lernende haben vermehrt Angst, die Abschlussprüfungen infolge Mangel an beruflicher und schulischer Praxis nicht zu bestehen oder keine Stelle zu finden, weil Lehrabgänger mit coronabedingt reduzierter Ausbildung in der Wirtschaft weniger gefragt sind.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie, Uzwil*

## Weniger ist mehr

Brief zu: Sojer R. Was braucht ein nutzbringendes EPD aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte? Schweiz Ärztztg. 2021;102(18):597–600.

Danke den Verfassern für die konzise Zusammenfassung eines komplexen Themas. Nachdem ich mich selber über ein Jahrzehnt berufsbedingt mit dem Geburtsprozess des EPD auseinandergesetzt habe, kann ich vielleicht doch noch ein paar Prognosen zum Ungeborenen abgeben. Mittlerweile hat ja auch das Parlament nach einigen falsch ausgerechneten Geburtsterminen den Wehentropf angestellt, um die Geburt nun, koste es, was es wolle, einzuleiten.

Ich denke durchaus, dass sich das Kind mal dereinst zum nützlichen Helfer der Medizin entwickeln kann. Damit sich das EPD nicht zur Müllhalde ungezählter PDF-Dokumente entwickelt, ruht meine Hoffnung auf vernünftig eingesetzten Metadaten «was ist in dem Dokument enthalten», anhand derer die Hausärztin in Zeitnot dereinst die relevanten Daten herausfischen kann. Und was braucht der Notarzt? Eine aktuelle Medikamentenliste? Angaben zu Allergien? Oder den Zeitpunkt der letzten Tetanus-Impfung? Letzteres wäre ja auch im elektronischen Impfpass enthalten, wäre dieser nicht grad jüngst aus Datenschutzbedenken vorübergehend vom Netz genommen worden. Ein betagter Freund von mir war innerhalb zweier Jahre dreimal gegen Tetanus geimpft worden, nach jedem Stolpersturz halt. Auch mit strukturierten Laborübersichten könnte einiges an unnötigen Blutentnahmen eingespart werden. Denn: weniger ist oft mehr. Auch bei den Daten.

*Jakob Grieder, Mühlenberg*

## «smarter medicine»: Fehlende wissenschaftliche Grundlage einer Empfehlung (avec réplique)

Brief zu: Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». «smarter medicine»: weitere Top-5-Liste für die ambulante Allgemeine Innere Medizin. Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3.

Für die Empfehlung von «smarter medicine» vom 28.4.2021, die lautet «kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention», geben die Autoren als einzige Quelle das Paper der Cholesterol Treatment Trialists' Collabo-

ration, CTT: «Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials», *Lancet* 2019;393:407, an.

Die Bedeutung der Studienresultate scheint hier allerdings im Rahmen der Formulierung dieser Empfehlung nicht richtig erkannt worden zu sein. Zumindest kann die Schlussfolgerung, die zur Empfehlung geführt hat, bei korrekter Anwendung allgemeingültiger statistischer Prinzipien aufgrund der zitierten Studie nicht nachvollzogen werden. Die Autoren des CTT schreiben nämlich: «... 14483 (8%) of 186854 participants ... were older than 75 years at randomisation. We observed a significant reduction in major vascular events in all age groups. Although proportional reductions in major vascular events diminished slightly with age, this trend was not statistically significant.» ... «We observed a 25% ... proportional reduction in the risk of coronary revascularisation procedures with statin therapy ... which did not differ significantly across age groups. Similarly, the proportional reductions in stroke of any type ... did not differ significantly across age groups ...»

Leider hat sich in der Medizin die Unsitte eingebürgert, statistisch nicht signifikante Trends als Wahrheiten darzustellen, möglicherweise weil sie nur so in ein bestimmtes Konzept passen. Eine Schlussfolgerung auf der Basis nicht-signifikanter Ergebnisse ist, zumindest in den auf naturwissenschaftlichen Grundlagen beruhenden Teilen der Medizin, unzulässig. Der Satz «... wegen ihres wahrscheinlich geringen Nutzens ...» entspricht somit der Meinung der «smarter medicine»-Autoren, lässt sich aber wissenschaftlich nicht belegen. Aufgrund der Definition des Signifikanzniveaus ( $p < 0,05$ ) sind nicht-signifikante Unterschiede allenfalls durch grössere Studien zu überprüfen, dürfen aber per se nicht wissenschaftlich weiterverwendet werden, als «geringen Nutzens», d.h. als «wahrscheinlich signifikant unterschiedlich zu anderen Gruppen» interpretiert werden oder gar als Grundlage von Empfehlungen dienen.

Die Autoren der Empfehlung schreiben weiter, dass «... es bei Personen über 75 Jahre ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung [unklar] ist, ob eine neu begonnene lipid-senkende Behandlung mit Statinen kardiovaskuläre Ereignisse oder den Tod verhindert.» Sicher verhindert auch eine Behandlung mit Statinen den Tod bei über 75-jährigen nicht; der Durchschnitt der Bevölkerung stirbt 10–15 Jahre später, statistisch rund 50% an ASCVD. Bei tieferem Verständnis der Zusammenhänge zwischen dem kardiovaskulären Risikofaktor

LDLC und dem Auftreten atherosklerotischer Ereignisse wird man hingegen erkennen müssen, dass ein LDLC oberhalb eines bestimmten Grenzwerts (approx. 1 mmol/l) eine Bedingung für die Entstehung einer Atherosklerose ist. Bei lebenslang tieferen Werten (wie z.B. im Tierreich) würde keine Atherosklerose entstehen. Jede Senkung, wie auch die CTT nachgewiesen hat (-21% von «major ASCVD» pro 1 mmol/l LDLC), verlängert das Leben, auch bei über 75-Jährigen, da ja kein Unterschied dieses Effekts im Vergleich mit jüngeren gefunden wurde. Wissenschaftlich jedenfalls, wie dies hier versucht wird, ist deshalb der Verzicht auf eine Behandlung über 75-Jähriger nicht zu begründen.

Prof. Dr. med. André Miserez, Reinach

### Réplique à «smarter medicine»: Fehlende wissenschaftliche Grundlage einer Empfehlung

Sehr geehrter Herr Kollege Miserez  
Vielen Dank für Ihren Leserbrief, in dem Sie kritisieren, dass unsere Empfehlung bezüglich Statin-Neubehandlung bei über 75-Jährigen in der Primärprävention der wissenschaftlichen Grundlage entbehre, und die korrekte Wiedergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse fordern.

Gerne gehen wir auf Ihre Kritik wie folgt ein:

1. Die in der Empfehlung zitierte, im *Lancet* publizierte Metaanalyse der Cholesterol Treatment Trialist' (CTT) Collaboration [1] ist die bisher grösste Metaanalyse von randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) zum Thema, darum beziehen wir uns auf sie. Natürlich haben wir auch Kenntnis von weiteren grossen Kohortenstudien zum Zusammenhang zwischen Lipiden und Herz-Kreislauf-Ereignissen [2, 3]. Naturgemäss geben solche Kohortenstudien aber keine Auskunft über kausale Zusammenhänge, sondern nur über Assoziationen, und werden im Vergleich zu RCTs mit tieferem Evidenzgrad bewertet.

Weil somit die wissenschaftliche Grundlage aus *prospektiven* RCTs stammt, verwenden wir in der Empfehlung die korrekte Bezeichnung «Neu-Behandlung mit Statinen».

2. Ihre Argumentation ist schlüssig für die *Sekundärprävention*, bzw. für die gemischte Studienpopulation der CTT aus *Primär- und Sekundärprävention*, das heisst Menschen mit und ohne kardiovaskuläre Ereignisse in ihrer Vergangenheit. Entsprechend ist die Konklusion der CTT für die gesamte Studienpopulation formuliert, inklusive der älteren Probanden.

In Bezug auf unsere Empfehlung dürfen wir jedoch darauf hinweisen, dass sie sich explizit auf die *Primärprävention* bezieht, das heisst auf Menschen *ohne* kardiovaskuläre

Ereignisse. Dies ist klar so benannt in der Empfehlung. Und in dieser Population gilt gemäss der *Lancet*-Metaanalyse [1]: Es sind unter Statintherapie *keine* signifikanten Unterschiede in der Rate kardiovaskulärer Ereignisse bei Menschen über 75 feststellbar (RR 0,92, 95% CI 0,73–1,16). Genau genommen gilt schon ab dem Alter von 70 (bis  $\leq 75$ ) in der Primärprävention, dass die Wirkung des Statinbeginns zweifelhaft ist: Dort beträgt das 95%-Konfidenzintervall 0,70 bis 1,01. Selbst die CTT Collaborators räumen in ihrer Konklusion ein:

*«In the primary prevention setting, among people older than 75 years, there is less evidence of the effects of statin therapy. Ongoing trials are investigating this group directly.»*

Eigentlich müsste es sogar heissen «no evidence» für einen Benefit. Mit unserer Begründung in der Empfehlung «... *wahrscheinlich geringer Nutzen*» haben wir diesen Zusammenhang zurückhaltend formuliert und Raum für die folgende Tatsache gelassen: Das Fehlen eines statistisch signifikanten Effekts in einer Subgruppenanalyse ist noch kein Beweis, dass es sicher keinen Nutzen gäbe. Dieser muss aber in den von den Autoren des Artikels erwähnten Studien zur Primärprävention bei älteren Patienten zuerst nachgewiesen werden.

3. Ihre Betrachtung des pathophysiologischen Wirkeffekts allein greift zu kurz – vor allem wenn ein Benefit zweifelhaft ist, werden die potenziellen Nebenwirkungen einer (Statin-) Behandlung umso relevanter. Muskelschmerzen und andere Nebenwirkungen sind nicht selten bei Statinbehandelten, gerade im höheren Alter. «*Weniger kann mehr sein*», eine Maxime der smarter medicine, gilt somit beim Neubeginn von Statinen in der Primärprävention bei über 75-Jährigen sehr wohl, und das auf wissenschaftlicher Basis.

Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle

Dr. med. Regula Capaul

Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky

#### Literatur

- 1 CTT Collaboration. *Lancet*. 2019;393:407–15.
- 2 Giral P, et al. *Eur Heart J*. 2019;40:3516–25.
- 3 Ramos R, et al. *BMJ*. 2018;362:k3359.

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

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

### Le Conseil fédéral n'est pas l'exploitant du parc de loisirs

Lettre concernant: Gilli Y. Sur le grand huit en compagnie du Conseil fédéral. *Bull Med Suisses*. 2021;102(17):562.

Chère consœur,

Votre éditorial du BMS n° 17 m'a rendu perplexé. Non que je ne comprenne pas l'allusion aux montagnes russes, mais je n'ai pas compris ce que vous auriez voulu transmettre! Et en fait vous dites que cela n'a pas été facile pour le public.

Il y a une règle «de fer», c'est que le virus est transmis entre personnes, et ce sont donc bien les citoyens qui «font» la diffusion du virus, par leur comportement s'ils sont atteints, et aussi s'ils ne le sont pas et ne respectent PAS les 3 règles. Plus il y a de virus dans l'air, plus de gens sont atteints. Même s'ils suivent soigneusement les 3 règles! Donc à ce titre la responsabilité du public est évidente, globalement. On a entendu dire tellement de bêtises de la part de personnes «laïques», pour défendre leurs intérêts, que cela n'a PAS pu vous échapper. Si vous cherchez dans vos connaissances, elles se sont probablement toutes permis des entorses aux règles, qui ont probablement fait le lit de la deuxième vague, bien surprenante. Lors de la première vague, la situation a été miraculeusement contrôlée, et même AVANT l'instauration des mesures préventives, ce qui prouve que c'est la peur qui a fait bien agir: il y a un travail tout à fait édifiant de l'Université de Lausanne à ce sujet!

Donc le Conseil fédéral, quelquefois trop laxiste pour faire plaisir, fin juin, a été à l'occasion imprudent. Mais qu'il ait fait faux en changeant le dispositif au cours du temps en relation avec l'évolution épidémiologique reste à prouver; je crois d'ailleurs que les gens ont maintenant enfin compris!

On comprend mieux l'intention vers la fin de votre texte: «... pour une vaccination à large échelle au cabinet», donc un plaidoyer pro domo. Vous conviendrez que pour les vaccins à ARN, c'est plutôt difficile, et c'est le motif pour lequel cela n'a été conçu qu'en complément à l'action publique, efficace et maintenant massive.

Dr méd. Virgile Woringe, Lausanne

### Akademische Titel – Etikettenschwindel?

Brief zu: Sevinç S. Ärzteschaft mit ausländischem Diplom. *Schweiz Ärzteztg*. 2021;102(16):542.

Kollege S. Sevinç beklagt sich, dass im Ausland ausgebildete und in der Schweiz praktizierende Ärztinnen und Ärzte ihren im Rah-

men eines Berufsdoktorats erworbenen Titel «Dr. med.» nur verwenden dürfen, wenn zusätzlich das Kürzel des Herkunftslands (A, H, SRB) hinter dieser Bezeichnung steht: z.B. «Dr. med. (H)». Diese Vorschrift der kantonalen Gesundheitsbehörden wird von ihm als Stigmatisierung interpretiert und als fehlende Wertschätzung empfunden.

Bekanntlich gibt es – man denke an die USA und Österreich – grosse Unterschiede im Gebrauch und in der beigemessenen Bedeutung akademischer Titel. Darauf soll aber nicht eingegangen werden.

Zur Vermeidung eines Etikettenschwindels sollen akademische Titel so aufgeführt werden, wie sie tatsächlich verliehen wurden. Der akademische Grad «Dr. med.» wird hierzulande, gestützt auf eine wissenschaftliche Arbeit, die erst im Anschluss an das Medizinstudium – im Rahmen einer Dissertation – verfasst wurde, verliehen. Selbstverständlich steht es den im Ausland ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen frei, durch eine solche Sonderleistung ihren akademischen Titel aufzuwerten und diesen dann ohne «diskriminierenden» Zusatz zu führen. Ich selbst habe einigen motivierten ausländischen Kolleginnen und Kollegen die Promotion zum Dr. med. ermöglicht.

Der Erwerb auch anderer akademischer Abschlüsse beruht auf unterschiedlichen Anforderungen. Dieser Tatsache wird durch eine korrekte Benennung der entsprechenden Diplome und Titel Rechnung getragen. Nur so ist es – seit der Bologna-Reform – möglich, z.B. einen Abschluss als Maschineningenieur an der ETH, Master of Science ETH in Mechanical Engineering (MSc ETH ME), vom Abschluss an einer Fachhochschule, MSc ME ZHAW (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften), zu unterscheiden.

Etikettenschwindel wird hierzulande nicht selten mit dem Titel Dr. phil., der als Zusatz zur Bezeichnung Dr. med. geführt wird («Doppeltitel»), betrieben. Diese Tatsache lässt sich leicht anhand von Briefköpfen bekannter Kliniken und Institute belegen. Der meist im Ausland, z.B. in Australien oder in den Niederlanden, im Rahmen einer üblicherweise zweijährigen wissenschaftlichen Tätigkeit erworbene Titel PhD wird – entgegen einschlägigen fakultären Vorschriften – durch die Bezeichnung Dr. phil. ersetzt. Der Erwerb dieses Titels ist aber nicht nur mit einem viel höheren Zeitaufwand verbunden, sondern auch deutlich anspruchsvoller.

Noch spannender ist der Etikettenschwindel mit dem Professorentitel, dessen «Währung» u.a. mit geläufigen Abkürzungen der Herkunftsuniversität oder -hochschule transparent gestaltet werden könnte.

*Prof. Dr. med. Erich W. Russi, Winterberg*

### Drei Mal Ja für eine gesunde Umwelt

Brief zu: Felix O. Haben Sie keine Angst, «Ja» zu Ihrer Gesundheit zu sagen. Schweiz Ärztzeitg. 2021;102(15):506.

Alle wollen etwas tun, aber wenn es konkret wird, hören wir die altbekannten Argumente gegen eine Wende zum Positiven: «Heute doch lieber nicht und so extrem auch nicht.» Das ÄrztInnen-Komitee «3x JA für eine gesunde Umwelt» ([www.aefu.ch/3x\\_JA](http://www.aefu.ch/3x_JA)) ist der Ansicht, es brauche hier und jetzt konkrete, umsetzbare Vorgaben. Das Stimmvolk hat die Gelegenheit, am 13. Juni gleich 3 Mal von der Politik Massnahmen für eine gesunde Umwelt zu fordern: mit dem Ja zum CO<sub>2</sub>-Gesetz (Klimaschutz heisst Gesundheitsschutz), dem Ja zur Trinkwasserinitiative (keine Steuergelder für eine gesundheitsschädliche Nahrungsmittelproduktion) und dem Ja zur Pestizidverbotsinitiative (innert 10 Jahren Umstellen auf eine nachhaltige Landwirtschaft).

*Reiner Bernath, Hausarzt,  
Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU),  
Solothurn*

### Un rein vaut mieux que deux... (avec réplique)

Voici une lettre que j'ai récemment adressée à la commission d'éthique de Swisstransplant. Je n'ai pas eu de réponse pour l'heure. Médecin assistant en psychiatrie dans un hôpital suisse, j'ai récemment pris en charge un patient d'origine extra-européenne lors d'une consultation aux urgences psychiatriques. Le patient est âgé de 31 ans et présente une insuffisance rénale terminale, diagnostiquée lors de son arrivée en Suisse il y a deux ans, avec environ trois dialyses par semaine. Son statut administratif est un permis N. En raison de sa situation administrative, ce patient n'est pas prioritaire pour une greffe pour deux raisons qui, en apparence, se renforcent:

1. avant toute prise en charge en vue d'une intervention, on attend que le Secrétariat d'Etat aux Migrations (SEM) se prononce sur sa demande d'asile, afin qu'une décision en cours de processus n'entrave celui-ci;
2. au vu de situations cliniques antérieures, lors desquelles le SEM a prononcé des décisions de renvoi directement après une transplantation d'organe (décision liée à la réalisation de l'opération), on devient hésitant à réaliser des transplantations sur des patients au statut incertain.

Cela fait donc deux raisons pour ne pas élire un demandeur d'asile pour une greffe d'organe. Ces raisons semblent, par ailleurs, prio-

ritaires par rapport à d'autres critères d'éligibilité.

Swisstransplant semble n'avoir pas d'avis clair sur la question des candidats en situation de demande d'asile. Quelle est la position de son comité d'éthique?

*Dr Marius Zimmermann, Genève*

### Réplique à «Un rein vaut mieux que deux...»

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung, zum Schreiben von Herrn Dr. Zimmermann Stellung zu beziehen. Leider hat uns das erwähnte Schreiben an die Ethikkommission von Swisstransplant bis heute nicht erreicht. Wir möchten deshalb auf diesem Weg zu den im Brief aufgeworfenen Fragen Stellung nehmen.

Das Transplantationsgesetz sieht vor, dass jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz bei der Organzuteilung gleich zu behandeln ist. Bei der Zuteilung eines Organs darf niemand diskriminiert werden. Auch Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz kommen unter bestimmten Voraussetzungen die gleichen Rechte zu wie Personen, die in der Schweiz wohnen. So sind Personen aus EU- und EFTA-Staaten sowie Grenzgänger/-innen und deren Familienangehörige bei der Organzuteilung gleich zu behandeln, wenn sie in der Schweiz krankenversichert sind.

Zudem regelt die Organzuteilungsverordnung besondere Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Warteliste von Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz, welche nicht unter die oben genannten Kategorien fallen.

In dem vom Kollegen erwähnten Fall handelt es sich um einen dialysepflichtigen Asylsuchenden mit Aufenthaltsbewilligung N. Eine Zuteilung von Organen ist hier genauso möglich wie bei allen anderen oben erwähnten Kategorien, sofern die betroffene Person in der Schweiz krankenversichert ist. Die Indikation zur Aufnahme eines Patienten auf die Organwarteliste wird von den Transplantationszentren gestellt, welche auch die notwendigen Abklärungen im Vorfeld durchführen. Dabei stellt sich auch die Frage, ob und wenn ja, inwieweit die Nachsorge im Herkunftsland gewährleistet ist, um das Ergebnis einer Transplantation bei mangelhafter oder gar fehlender Immunsuppression nicht zu gefährden.

*PD Dr. med. Franz Immer,  
Cardiovascular Consultant,  
Medical Director – CEO Swisstransplant*

## Impfzertifikat der FMH

Wir haben in unserer Zweierpraxis mehrere hundert Patientinnen und Patienten gegen Covid-19 geimpft. Obwohl die finanzielle Entschädigung unterirdisch ist, wollten wir einen Beitrag leisten zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten. Die Belastung war immens: schwierige Patientenselektion, telefonische Terminabsprache und Impfdurchführung. Viel Zeit benötigte auch die Erfassung im kantonalen Register mit komplizierter Benutzerführung, wobei ein Datentransfer vom Praxissystem nicht möglich war. Zusätzlich zu Namen und Adresse mit Telefonnummer mussten Risikodiagnosen angegeben und mittels Checkbox bestätigt werden, dass der 93-jährige Patient nicht schwanger ist. Aus dieser Datenbank musste dann mühsam für jede einzelne Person ein kantonales Zertifikat mit QR-Code generiert und ausgedruckt werden, welches bei Zweitimpfung ausgehändigt wurde.

Nicht überraschend ist das kantonale Impf-Tool fehlerbehaftet, musste der Kanton doch aus dem Nichts eine Lösung hinzubauen, weil das BAG sich als unfähig erwiesen hat, rechtzeitig ein entsprechendes Tool zur Verfügung zu stellen. Noch heute ist der Bund beschäftigt mit der Evaluation eines Zertifikats aus 52 Bewerbungen. Auch unsere FMH hat eine Version eingereicht, ist jedoch durchgefallen, aus welchen Gründen auch immer. Nun plant die FMH, den eigenen inoffiziellen Impfausweis trotzdem öffentlich anzupreisen und einzuführen, wahrscheinlich um die entstandenen Entwicklungskosten zu rechtfertigen. Gemäss Verlautbarung sei der Schritt nötig, damit Geimpfte rechtzeitig dokumentiert seien, obwohl sie das mit dem kantonalen Zertifikat bereits sind. Der Impfarzt soll den FMH-Ausweis erstellen und den Patienten abgeben, wobei die Patientendaten direkt vom Praxissystem importiert werden könnten. Nicht bedacht wurde, dass die Daten der Impfungen nicht im Abrechnungssystem erscheinen und separat nachgetragen werden müssten. Gleich verhält es sich mit einer allfällig durchgemachten Covid-Erkrankung. Ebenso wenig hat sich der Zentralvorstand Gedanken gemacht, wie unsere Praxistelefone und MPAs erneut belastet werden für die Ausstellung eines letztendlich ungültigen zusätzlichen Zertifikats.

Was geschieht erst, wenn die übrigen 50 negativ evaluierten Anbieter ihren Ausweis ebenfalls anpreisen? Was, wenn der Bund eines Tages überraschenderweise ein offizielles Zertifikat anbietet und als integrativen Bestandteil der Impfschädigung ebenfalls uns Impfarzte ausfüllen lässt?

Vertretbar ist die Einführung jeglicher Zertifikate ausschliesslich, wenn sämtliche Daten aus den bestehenden kantonalen Registern importiert werden mit direktem Versand an die PatientInnen, ohne Einbezug der Impfpraxen. Aber nur so!

Ansonsten sähen wir uns genötigt, unser Telefon analog den umliegenden Spitälern zu konfigurieren: «Wenn Sie Fragen zum Impfausweis haben, kontaktieren Sie bitte direkt die FMH unter Telefon 031 359 11 11, ansonsten drücken Sie die 1.»

*Dr. med. Markus Jakob, Bad Ragaz*

## Resilienz bei Corona: Impfungen in der Stabilisierungsphase

Die Pandemie durch SARS-CoV-2-Viren ist nach wie vor weltweit aktuell. In der Schweiz ist sie die grösste gesundheitspolitische Herausforderung. Sie betrifft alle vernetzten staatlichen Strukturen.

Die Übertragung durch Tröpfchen und Aerosole, ausgehend von (noch) gesunden Trägern, ist heute unbestritten. Massnahmen zur Verhinderung von Kontakten (Isolation) sind langfristig inakzeptabel. Infektionen lassen sich über die Anzahl Kontakte einschränken. Tracing, Testungen, um Virusausscheider zu erfassen, sind sehr kostspielig und langfristig ineffizient. Dies gilt auch für wirksame Massnahmen zur Reduktion der Virusdosis über den Abstand: Raumbelüftung, Schutzwände, Masken. Die Resilienz bei der Beschaffung des Materials wurde missachtet.

Optimal wirken nur alle Massnahmen gleichzeitig zusammen, auch mit Impfungen: Die Wissenschaft hat in sehr kurzer Zeit viele Impfstoffe geschaffen. Das weltweite Konzept der Solidarität, gezielt Risikogruppen zu impfen, ist einmalig. In der ersten Phase wurden die Risikopatientinnen und -patienten, die Seniorinnen und Senioren und das Pflegepersonal geimpft, sofern die betroffenen Personen dies wollten. Die regionale Verteilung der Impfstoffe hat in der Schweiz funktioniert. Probleme ergaben kantonal unterschiedliche Hortungen von Impfstoffen.

Die Hausärzteschaft hatte wegen der Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten rascher und effizienter die gelieferten Impfstoffe verimpft. Die Arbeit wurde wegen Vorschriften für Registrierungen, unbrauchbarer Tools, fragwürdig verlangter persönlicher Daten, komplizierter EDV-Übermittlungen,

völlig diskriminierender Tarifverträge, fehlender Bezahlungen der Abrechnungen so erschwert, dass viele Hausärztinnen und -ärzte nicht mehr impfen. Diese Impf-Resilienz wurde gebrochen. Es braucht nun sehr viel, dieses Vertrauen wiederaufzubauen.

In der zweiten Stabilisierungsphase galt nur die Priorisierung nach Alter. Prioritär sollten jedoch Personen geimpft werden, welche aus arbeitsmedizinischen Gründen speziell gefährdet sind (Lehrpersonen, Polizeikräfte, Personal im Verkauf lebensnotwendiger Güter usw.), nicht Impfdränger, Versicherer, Touristen. Die altersspezifische Erkrankungsrate nimmt jedoch bei Jugendlichen und Schülern zu. Sie sind als Risikogruppe nicht akzeptiert, obwohl sie zusätzlich langfristig psychosozial über fehlende praktische Bildungsfähigkeit, Herumhängen, Gewaltdemonstrationen, Vereinsamung durch digitale «soziale Medien» gefährdet sind. Ohne die Eltern zu fragen, können Schüler ab 16 Jahre geimpft werden. Dies gilt speziell für Lehrlinge und Mittelschüler.

Für die Zukunft der Menschen ist die Bildung zentral. Impfen ist nichts anderes als die immunologische Bildung. Deshalb sollten die Lehrpersonen, welche die Bildung vermitteln, auch prioritär geimpft werden. Sie erklären dies ja auch den Schülern. In risikoreichen Berufen instruieren die Lehrpersonen auch die arbeitsmedizinischen Schutzkonzepte (Handschutz, Hygiene, Masken). In einzelnen Kantonen werden sie bevorzugt geimpft, in anderen besteht kein Konzept. Man empfiehlt, Lehrpersonen und Jugendliche vor den Sommerlagern zu testen, um Betroffene zu isolieren oder Quarantäne zu verordnen. Impfen wird nicht erwähnt, obwohl dies epidemiologisch wirksamer wäre.

Nicht alle Lehrpersonen wollen sich impfen lassen. Wichtig ist das Zeichen der Solidarität, dass ihre Anliegen ernst genommen werden. Prioritär geimpfte Lehrpersonen fördern die Akzeptanz der Impfungen, speziell der Jugendlichen.

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

**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.**