

# Courrier au BMS

## Der Nachholbedarf der digitalen Schweiz und die Bedürfnisse der kranken Menschen

Brief zu: Zimmer A. Gelungene Digitalisierung braucht funktionierende Schnittstellen. Schweiz Ärztztg. 2021;102(25):833

Das Gesundheitswesen der Schweiz hat bei der Digitalisierung einen grossen Nachholbedarf. So jedenfalls tönt es immer wieder aus Kreisen der Politik sowie der Pharma- und IT-Industrie. «Der Nachholbedarf ist gross», schreibt auch Alexander Zimmer und bezieht sich auf das Ranking der Bertelsmann-Stiftung, wonach wir Helvetier auf dem Platz 14 der 17 untersuchten Länder gelandet sind. Ist «Nachholbedarf» jedoch überhaupt ein Argument? Oder vielleicht einfach nur Rhetorik und Propaganda? Oft wird Dänemark als digitaler Musterknabe hingestellt, im besagten Ranking besetzt das nordische Land den dritten Rang. Nun: Dänemark hat im Vergleich zur Schweiz auch den stärkeren Aquavit, den besseren Blaukäse und die schöneren Leuchttürme. In diesen Bereichen redet indes niemand von «Nachholbedarf». Viele meiner Patienten kommen aus Portugal, manche aus Ex-Jugoslawien, einige aus Deutschland, eine ältere Dame aus Dänemark, die meisten aus der Schweiz. Sie beklagen sich nicht über das Schweizer Gesundheitssystem. Die Patienten schätzen es, wenn sie beim Arzt ein offenes Ohr erwarten dürfen. Wenn der Arzt oder die Ärztin nicht gestresst wirkt und nur auf den Bildschirm starrt. Wenn die nötigen Abklärungen und Therapien rasch und zielgerichtet eingeleitet werden. Das sind die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten. Über die vergleichsweise rückständige Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen – darüber haben sich die kranken Menschen in meiner Sprechstunde noch nie beklagt.

*Dr. med. Felix Schürch, Zürich*

## Von Worten zu Taten!

Brief zu: Gonzalez Holguera J, Senn N. Das Konzept der «Co-benefits» von Gesundheit und Umwelt. Schweiz Ärztztg. 2021;102(24):807–9

Sehr zu Recht weisen Autorin und Autor auf die lange Liste von Evidenz hin, dass «was für den Planeten gut, auch für uns Menschen gut ist». Noch sehr viel länger ist die Liste von Evidenz, dass es wir Menschen sind, die jährlich steigende Treibhausgasemissionen verursachen und so die Zukunftsaussichten unserer Nachkommenschaft kompromittieren; gleich gross ist das Wissen darüber, welche Gegenmassnahmen zu treffen sind. Natürlich stimmt es, dass wir Ärztinnen und Ärzte bei jedem Patientenkontakt dieses Wissen weitergeben müssen, nämlich dass unsere Gesundheit nicht ohne gesunde Umwelt zu haben ist. Mindestens so wichtig ist es aber, dass wir als Kollektiv – und damit ist vor allem die FMH gemeint – endlich aus unserem Dornröschenschlaf aufwachen und geeint griffige Massnahmen zur sofortigen Bekämpfung der bereits sich anbahnenden Klima-Katastrophe ergreifen. Bei der Gestaltung unseres Berufsumfeldes stehen uns zahlreiche über die Betreuungsbereitschaft hinausgehende Möglichkeiten des Klimaschutzes offen, die leider weitgehend brachliegen: von der Gestaltung und den Abläufen in der Praxis über die Spitalbauplanung bis zu den Anlagen unserer Alterssparguthaben. Dass so etwas wie die Covid-19-Pandemie eintreffen würde, war aufgrund wissenschaftlicher Kenntnisse im Voraus bekannt – trotzdem fehlten dann in der reichen Schweiz z.B. die Masken, als es so weit war. Können wir aus Fehlern lernen? Wie Holguera und Senn klar zeigen, sind Klimaschutzmassnahmen gleichzeitig auch gesundheitsfördernd – nichts hindert uns also daran, als einzelne Ärztin, als einzelner Arzt sowie als Ärzteschaft in Klimafragen endlich klar Stellung zu beziehen.

*Dr. med. René Jaccard, Mitglied wissenschaftliche Kommission der Klima-Grosseltern CH, Küssnacht*

## «smarter medicine»?

Vielen Dank für Ihre Replik (Schweiz Ärztztg. 2021;102(21):689–99) zu meinem Leserbrief, der sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen Ihrer «smarter medicine»-Empfehlung Nr. 1: «Kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention» befasst (Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3).

Punkt 1 Ihrer Replik kann ich voll und ganz unterstützen: Die im *Lancet* publizierte Metaanalyse [1] ist die bisher grösste Metaanalyse randomisiert-kontrollierter Studien (RCTs).

Zu Punkt 3 «...Nebenwirkungen einer Statinbehandlung «... sind nicht selten...gerade im höheren Alter...» haben Sie leider keine Referenz angegeben, somit bleibt dies eine Behauptung.

Zu Punkt 2: Die Argumentation in Ihrer Replik ist ein klassisches Beispiel zur Rechtfertigung einer statistischen (Fehl-)Entscheidung, auch Fehler 2. Art oder Beta-Fehler genannt.

Die Nullhypothese in diesem Fall wäre, dass kein Unterschied in der Gruppe (Primärprävention, > 75 Jahre) bezüglich Neubeginn einer Statintherapie (bzw. in der Metaanalyse [1], s. Fig.4, der Statin/intensiveren vs. Kontrolle/weniger intensiven Therapie) besteht. Dieser Unterschied erreichte in der Gruppe der >75-jährigen (N=603), entweder aufgrund der deutlich zu geringen Zahl an Patienten verglichen z.B. mit der Gruppe > 65 bis ≤70-jährigen (N=955) oder aber aufgrund des Fehlens eines wahren Unterschieds, das statistische Signifikanzniveau nicht. Die Entscheidung, dass somit kein Unterschied besteht (d.h. dass die Nullhypothese stillschweigend angenommen werden kann), kann – auch wenn dies «...zurückhaltend formuliert...» wäre, keineswegs getroffen werden.

Einen Fehler 2. Art begeht man nun, wenn man die statistische Power, d.h. die Gruppengrösse ausser Betracht lässt, und damit behauptet, der Unterschied wäre auch in einer grösseren Gruppe (vergleichbar mit denen der anderen Altersklassen der Fig. 4) oder in der Grundgesamtheit nicht signifikant geworden. Eine zu kleine Anzahl von Patienten (Mangel stat. Power) erlaubt eine derartige Schlussfolgerung einfach nicht.

Noch einmal etwas einfacher gesagt, wenn aus einer Grundgesamtheit zu wenig Individuen ausgewählt werden, lassen sich keine Rückschlüsse ziehen. Beispiel: Man wählt zwei Personen aus verschiedenen Regionen der Schweiz aus und fragt sie nach ihrer Meinung zur COVID-19-Impfung. Wenn sich diese zwei Personen einig sind (=Nullhypothese),

## 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!

**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.**

heisst dies nicht, dass sich alle Bewohner der Schweiz einig sind.

Wenn man nun Fig. 4 genauer betrachtet, ist es offensichtlich, dass sich der Unterschied bei immer grösseren Untergruppen weiter von 1 entfernt, d. h. dass die Risk Ratio (RR) zunehmend signifikant zwischen den Gruppen ausfällt. In der Gruppe der >65- bis ≤70-Jährigen (N=955) ist die RR 0,61, bei den >55- bis ≤60-Jährigen (N=715) ist sie 0,81. Die unterschiedliche Gruppengrösse könnte diese unterschiedliche RR zwanglos erklären, nicht aber das Alter, denn dies wäre genau reziprok zur Hypothese der Autoren.

In der medizinischen Literatur wird der Zweck und damit die Berechtigung einer statistischen Auswertung, d. h. der Möglichkeit der Rückweisung einer Nullhypothese (mit anderen Worten der Beweis eines Unterschieds) zwischen Gruppen häufig vernachlässigt. Vergessen wird auch, dass Aussagen im Umkehrschluss, für die die entsprechende Statistik nie konzipiert wurde, unzulässig sind, weshalb sie, falls ein derartiger Umkehrschluss tatsächlich gezogen wird, auch als Fehler 2. Art bezeichnet werden.

*Prof. Dr. med. André R. Miserez, Reinach*

#### Literatur

1 CTT Collaboration. Lancet. 2019;393:407–15

### Corona und die drei G für die Jugend

Alle negativ Getesteten werden auch einmal vom Coronavirus erwischt. Die meisten genesen zwar, manche leiden lange.

Die Zahl und die Relevanz der Genesenen sind unsicher.

Geimpfte erkranken selten und verbreiten kaum mehr Viren.

Quarantäne, Masken und teures Testen bleiben somit notwendig, solange auch Jugendliche selten geimpft sind.

Meldet also eure Kinder ab 12 Jahren jetzt im Impfzentrum an. Vielleicht ergattern sie noch einen Impftermin vor dem Sommerlager, wenigstens vor dem Beginn der Schule oder Berufslehre.

Viele hatten am 13.6.21 in der Confoederatio Helvetica (CH) im Hinblick auf die langfristige Zukunft bei Umweltvorlagen irrational abgestimmt. Personen aus dem Marketing lehren, dass nur prägnante Sprüche immer wieder wirken: Impfen ist besser als Testen!

Impfkritisch denkende Personen, speziell in einem Parlament, welche sich demonstrativ nicht an Gesetze halten und so zur Ausbreitung der Infektionen beitragen, untergraben das Vertrauen in unseren Staat. Sie verlängern damit die Epidemie und gefährden andere Menschen (Entsolidarisierung). Manche missachten arbeitsmedizinische Grundsätze der eigenen Verantwortung auch für andere: Mitarbeitende, Kinder, Kranke. Betten sind nutzlos ohne Personal, welches frustriert sich neu orientiert. In Landarztpraxen lohnt sich Impfen von Patienten nicht. Zentren und Apotheken impfen billiger?

Bildung ist ein Grundrecht der Menschen. Andere Sprachen benutzen den Begriff «Erziehung». Bilder sind mehr als eine Ansammlung von Pixeln. Kunst und Kultur sind mehr als Algorithmen. Die Sprache ist mehr als eine Folge von Buchstaben, Wörtern.

Nur über Zuhören kann man einen Menschen besser verstehen. Dies bildet die Grundlage für Vertrauen, braucht aber Zeit: im Parlament und in der Sprechstunde. Jeder Mensch hat davon jeden Tag genau gleich viel\*.

Bei Verhandlungen über Tarife und Kosten, nicht nur beim Impfen, auch im Gesundheits- und Bildungswesen zur Ausbildung von Personal bleibt diese Frage zentral: Welche Zeit darf wie viel kosten? – Für wen, zum kurz- oder langfristigen Nutzen für alle (Gesundheit, Bildung, Frieden) oder zum fatalen Schaden (marktwirtschaftliche Ausnützung, Gier, sogar Kriege).

\* Arabisches Sprichwort: «Als Gott die Zeit schuf, hat er davon genug gemacht und allen gleich viel gegeben: vom Sonnenaufgang bis zum Sonnenuntergang.»

(1974 beim Impfen von Nomaden in der Sahara gegen Pocken, BCG und Masern oft gehört!)

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

### COVID-19: Vacciner les enfants? Quid de l'éthique médicale?

Un vaccin, encore plus que tout autre traitement, puisqu'il est destiné à des personnes en bonne santé, doit avoir un rapport bénéfices/risques très élevé.

Il doit protéger le sujet d'une maladie potentiellement grave, pour laquelle il n'y a pas de traitement efficace; mais il ne doit pas être nocif, en particulier pour les individus qui ont

peu de risque de faire une forme sévère de la maladie.

Les effets secondaires graves de ces vaccins, déclarés à Swissmedic (18 mai 2021) [1], sont de 222 cas pour 1 million de doses vaccinales, chiffre qui peut allègrement être multiplié par 10 ou 100 compte tenu de la sous-déclaration notoire des effets indésirables [2].

Au vu de ces seuls chiffres, comment donc justifier une vaccination dans cette tranche d'âge? D'autant que la décision de la FDA et du Gouvernement américain de vacciner les adolescents a été prise sans aucune évaluation scientifique indépendante, sur la seule base des déclarations de Pfizer, laboratoire condamné à de multiples reprises aux Etats-Unis pour falsification de données, corruption active et versement de commissions occultes [3, 4].

Certains rétorqueront que le but de la vaccination des enfants et des adolescents est essentiellement de conférer une immunité de groupe qui serait atteinte avec un taux de 80% de personnes vaccinées. Or cette notion n'est basée sur aucune expertise scientifique et a été même infirmée dans d'autres maladies (rougeole par exemple) [5]. Elle ne tient pas non plus compte de l'extraordinaire capacité de mutation de ce virus qui, tôt ou tard, fera apparaître une forme résistante à ces vaccins.

Ajoutons encore qu'il n'y a aucune preuve actuelle que les personnes vaccinées ne puissent pas transmettre la maladie rendant nul l'argument de la solidarité.

Au vu de ce qui précède et du fait que de nombreuses inconnues persistent sur les effets à moyen et long terme, vacciner les enfants paraît contraire à toute éthique médicale.

*Dr Pascal Büchler,  
médecine interne générale,  
Yverdon-les-Bains*

#### Références

- 1 <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documenta-tion/communiqués/msg-id-83644.html>
- 2 Kessler DA. «Introducing Medwatch; A New Approach to Reporting Medication and Device Adverse Effects and Product Problems». JAMA. 1993 (June 2);269(21): 2765-8.
- 3 <https://www.justice.gov/opa/pr/justice-department-announces-largest-health-care-fraud-settlement-its-history>
- 4 <https://www.justice.gov/opa/pr/wyeth-and-pfizer-agree-pay-7846-million-resolve-lawsuit-alleging-wyeth-underpaid-drug-rebates>
- 5 <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/rougeole-en-france-limmunité-de-groupe-nest-pas-atteinte>