

# Briefe an die SÄZ

## Replik zu «Impfzertifikat der FMH»

Brief zu: Jakob M. Impfzertifikat der FMH. Schweiz Ärztezg. 2021;102(21):701.

Sehr geehrter Herr Kollege Jakob  
Gerne nehme ich Stellung zu Ihrem Leserbrief zu den Impfzertifikaten.

Zuerst bedanke ich mich für Ihre ausführliche Schilderung aller dysfunktionalen Prozesse und nicht kostendeckenden Dienstleistungen, welche Sie exemplarisch für viele Praxen schildern und den Ärzten und Ärztinnen ungefragt zugemutet werden. Genau eine solche weitere Mühsal droht den Praxen auch mit dem Covid-Zertifikat, top-down behördlich verordnet. Und genau dies hat die FMH bewogen, sich die Vorstellungen des Bundes zur Erstellung des Covid-Zertifikates genauer anzusehen und eine eigene Lösung in Auftrag zu geben. Dabei war es nie unsere Intention, ein separates Zügli zu fahren, sondern an einer Lösung zu arbeiten, welche in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit und dem Bundesamt für Informatik zu einem praxistauglichen Resultat führen kann. Unsere Hauptmotivation dabei war unser erklärtes Ziel, unsere Mitglieder möglichst vor Administrativaufwand zu bewahren. Die FMH hat dabei keine Investitionskosten zu leisten – und ist somit auch frei von der von Ihnen vermuteten Motivation im Sinne eines Fehlansatzes.

Der Zentralvorstand arbeitet im Milizsystem, das heisst die Mitglieder des FMH-Zentralvorstandes arbeiten selbst als Ärztinnen und Ärzte in der Praxis und im Spital und sehen sich sehr wohl mit den gleichen Mühen konfrontiert, die auch Sie erleben. Genau dies motiviert die Mitglieder des Zentralvorstandes, an besseren Lösungen zu arbeiten. Sie erwähnen berechtigt die drohende Mehrarbeit, um Zertifikate nachzutragen für bereits geimpfte oder genesene Patienten und Patientinnen. Mit und ohne FMH-Lösung wird diese Aufgabe auf die Ärzte und Ärztinnen zukommen. Auch hier ist der Zentralvorstand sich des Problems bewusst und setzt sich im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür ein, diese Zusatzbelastung so gering wie möglich zu halten und adäquat entschädigt zu bekommen.

Alle bis jetzt ausgestellten Zertifikate werden in der Tat keine internationale Anerkennung finden und deshalb auch nicht als Covid-Zertifikat verwendet werden können. Dafür stehen aber weder Sie noch die FMH in der Verantwortung. Für die FMH ist klar, dass eine zukünftige Lösung für die Praxen nur brauchbar ist, wenn «aus einer Hand» auch ein inter-

national gültiges Zertifikat erstellt werden kann, vor Ort und praxistauglich.

In Ihrem Wunsch «Vertretbar ist die Einführung jeglicher Zertifikate ausschliesslich, wenn sämtliche Daten aus den bestehenden kantonalen Registern importiert werden mit direktem Versand an die Patientinnen und Patienten, ohne Einbezug der Impfpraxen. Aber nur so!» kommt klar zum Ausdruck, dass alles, was Ihnen im Kontext von Impfschädigung und Aufwand bis jetzt zugemutet wurde, keine weitere Belastung mehr erträgt. Der Zentralvorstand teilt diese Meinung! Ob dieser Wunsch Realität wird, hängt nicht vom Zentralvorstand ab, sondern von der Bereitschaft der Bundesämter und Behörden, die Ärzteschaft früh in die politischen Entscheidungsprozesse einzubeziehen, weil nur sie die Praxisabläufe kennen. Diesbezüglich gibt es noch ein grosses Optimierungspotenzial.

*Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH*

## Der Merkurstab, ein falsches Symbol für Mediziner in der COVID-Zeit (mit Replik)

Brief zu: Siroka J. Die COVID-Impfung und der Merkurstab. Schweiz Ärztezg. 2021;102(19–20):639.

Ich habe mit grossem Interesse das Editorial der sehr geehrten Kollegin Frau Dr. Siroka mit dem Titel «Die COVID-Impfung und der Merkurstab» gelesen. Angetrieben von guten Absichten und mit gutem Gewissen präsentiert hier die Kollegin eine imperative Realität, sie tut es aber gleichzeitig durch eine fragwürdige Interpretation eines wohl besonders heiklen Symbols.

Das «Kirykeion», Caduceus oder anders Hermesstab, später auch durch die Römer Merkurstab genannt, war ursprünglich ein Symbol des Handels, gelegentlich wurde es auch als das Symbol der Räuber verwendet. Viel später und aufgrund der Ähnlichkeit mit dem Stab des Askulap, wurde es regelmässig als Symbol der Mediziner verwendet und hat sich mit der Zeit als solches etabliert.

Während einer Krise, wie diese von COVID, den Merkurstab als «Symbol der Erkenntnis des Umgangs mit Polaritäten» zu verwenden ist zwar richtig. Es wird aber, und zwar aufgrund der Bedeutung des Symbols, die Frage gestellt, von welchen Polaritäten wir gerade sprechen.

Auf der einen Seite die Erkrankung, der Schmerz, der Verlust, die finanzielle Zerstö-

rung und auf der anderen Seite die wenigen, die durch diese Krise schwerreich geworden sind. Eine Impfung, die für die Rettung der Menschheit und die Wiedereroberung der ehemaligen Normalität so wichtig ist, und auf der anderen Seite Firmen, die die Impfpatente nicht freigeben wollen. Auf der einen Seite der kleine Laden oder der allein kämpfende niedergelassene Arzt und auf der anderen Seite die gigantischen internationalen E-Shops und die grossen Gesundheitskonzerne.

Der Merkurstab repräsentiert, vor allem jetzt in der Mitte einer Gesundheitskrise, eine gefährliche Polarität, eine grosse Spanne in der Gesellschaft und zwischen den sozialen Partnern. Eine Spanne zwischen Armen und Reichen, Genesenen, Erkrankten, Geimpften und nicht Geimpften, eine Spanne zwischen Corona-«Skeptikern» und Corona-«Überzeugten». Wir Mediziner und Medizinerinnen, sollten bei dieser globalen Krise diese Polaritäten so gut wie möglich dämpfen. Ein Symbol des Handels oder sogar der Räuber wäre aktuell für uns zu diesem Zeitpunkt ein falsches Symbol.

*Dr. med. Kyriakos Xafis, Laupen*

## Replik zu «Der Merkurstab, ein falsches Symbol für Mediziner in der COVID-Zeit»

Sehr geehrter Herr Kollege Xafis

Ich freue mich sehr über Ihre differenzierte und treffende Replik. Auch ich sehe mit Sorge die von Ihnen beschriebenen Problemkreise und sich vertiefenden Polaritäten, welche uns als Gesellschaft zunehmend vor grösste Herausforderungen stellen werden. Der Caduceus ist ein Symbol, dessen Tiefe und Vielschichtigkeit sich in den Urgründen der Menschheitsgeschichte verliert. Eine der Bedeutungen stammt aus der römischen Epoche, wo Hermes oder damals Merkur tatsächlich auch als Gott der Händler und Diebe verehrt wurde. Man findet in der Literatur auch Hinweise, das Symbol Raphael – dem Erzengel der Heilung – zuzuweisen. Und Heilung ist für mich stets Mitte-Bildung zwischen Polaritäten.

Immerhin hat der Merkurstab uns beide, Herr Xafis, zu ernsthaften Gedanken bezüglich unserer herausfordernden Zeit geführt. Und dies freut mich sehr.

*Dr. med. Jana Siroka, Mitglied des Zentralvorstands der FMH und Departementsverantwortliche Stationäre Versorgung und Tarife*

## Priorité des activités médicales pendant la pandémie: traitement ou vaccination?

Lettre concernant: Siroka J. Le vaccin et le caducée. Bull Med Suisses. 2021;102(19–20):639.

Merci à Mme Jana Siroka de nous rappeler que nous, médecins, devons d'abord chercher à soigner les malades et y investir «toutes nos forces». En principe, nous le savons tous. Dans le cas d'une maladie pour laquelle il n'existe actuellement aucune thérapie efficace, et vu la complexité de la recherche, il est bien compréhensible que les médecins praticiennes et praticiens utilisent leur énergie à soutenir en priorité les efforts de prévention et de vaccination, aucun d'entre nous n'étant capable, à elle et lui seul, de faire avancer la recherche thérapeutique. Souvenez-vous de la longue discussion sur l'effet thérapeutique attendu de l'hydroxychloroquine et des efforts et du temps qu'il a fallu pour parvenir à des conclusions claires sur son inefficacité. S'occuper des vaccins avant de se lancer dans des traitements empiriques n'est pas un oubli, mais une attitude pragmatique.

Les vaccins sont actuellement la seule arme efficace pour atténuer l'extension de la pandémie, à côté des mesures préventives auxquelles nous sommes soumis depuis un an et que nous souhaitons pouvoir abandonner au plus vite. Le rappel répété, même dans le BMS, des «graves effets secondaires» des vaccins a surtout pour conséquence de semer le doute dans l'esprit du public et de freiner l'acceptation des vaccins. Nous ne savons bien entendu pas tout sur le virus ni sur les vaccins, mais il existe assez d'évidences de leur bénéfice, même chez les personnes qui ont été infectées auparavant, pour approuver leur emploi.

*Dr Jean-Pierre Zellweger, Villars-sur-Glâne*

## Ergänzende Gedanken zu Ihrem Editorial

Brief zu: Siroka J. Die COVID-Impfung und der Merkurstab. Schweiz Ärztztg. 2021;102(19–20):639.

Liebe Kollegin

Die Schlange kriecht im Staube, in der Horizontalen. Eine Medizin, die sich nur mit dem materiellen Körper (symbolische Gleichsetzung von Staub und Materie) beschäftigt, kriecht im Staube. Die am Äskulapstab aufgerichtete Schlange möchte die Medizin daran erinnern, dass sie sich auch in die Vertikale des Menschen ausrichten könnte.

Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod, können in ihrer vertikalen Bedeutung die endlichen Grenzen von Zeit und Raum überwinden. Das kann die Enge der Angst in die Weite des Vertrauens eröffnen.

Mit vertraulichen Grüßen

*Dr. med. Anton Wille, Balzers*

## Unterwandern «Querdenker» die Medizin? (mit Replik)

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.

Die Empfehlungen unserer Fachgesellschaften richten sich nach Class I (is indicated), Class IIa (should be considered), Class IIb (may be considered), Class III (is not recommended). Die Initiative «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» [1] empfiehlt zu Statinen ab 75 Jahren: «Kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention.» Die ESC (European Society of Cardiology) empfiehlt Class IIb [2]. Zur Begründung nennt «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» das Bottom-up-Verfahren: Eine Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich hat 1000 Hausärztinnen und Hausärzte nach Interventionen befragt, die sie für nutzlos oder schädlich halten. Dies sei für die primärpräventive Behandlung mit Statinen der Fall. Der richtige Schluss daraus wäre indes der gewesen: Über 1000 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte kennen die ESC-Richtlinien nicht. Anstatt diesen Fehler zu korrigieren, wird er mit diesem Vorgehen aber gefestigt. Damit verdreht «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» ihr Ziel, Fehlbehandlungen zu korrigieren, in sein Gegenteil.

Dass «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» es schafft, mit seiner Empfehlung irgendwie konform zu den ESC-Richtlinien zu sein, geschieht mit einem Trick: «Bei Personen über 75 Jahre ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung ist es unklar, ob eine neu begonnene lipidsenkende Behandlung mit Statinen kardiovaskuläre Ereignisse oder den Tod verhindert. Entsprechend kann auf die Lipidmessung in dieser Patientengruppe verzichtet werden.» Im Ergebnis dürften die von diesen widersprüchlichen Empfehlungen verunsicherten Hausärztinnen und Hausärzte von einer Behandlung wohl eher absehen.

Diese Rationierungs-Problematik hat der VEMS im «Positionspapier zu Smarter Medicine und Choosing Wisely» [3] dargelegt: Die Anwei-

sungsverben (must, ought, should, may) werden in der «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» zugrundeliegenden ABIM-Charta [4] nicht so verwendet, wie es die Klassifizierung der Fachgesellschaften vorsieht. Prof. Rehmann-Sutter hat uns in einem Gutachten [5] geschrieben: «Die Graduierung in medizinischen Empfehlungen gestützt auf den Evidenzgrad der Nützlichkeit in einer bestimmten Situation (indiziert, soll erwogen werden, kann erwogen werden, ist nicht empfohlen) ist von einer anderen Logik getragen als die normative Sprache der Charta. Hier sind die Worte 'must, ought, should, may' im moralischen Sinn zu verstehen.»

Doch die SGAIM degradiert zudem eine Class-I- zu einer Class-IIb-Empfehlung: «Bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten und insbesondere nach Herzinfarkten sollte nach ausführlicher Information gemeinsam mit den Patienten entschieden werden, ob der Einsatz von Statinen gerechtfertigt ist.» Damit verlässt die SGAIM evidenzbasierte Richtlinien komplett. Die Empfehlungen könnten gemäss Gutachten Prof. Kieser [6] den Tatbestand der Irreführung mit einem mangelhaften Medizinprodukt der Klasse I entsprechen.

*Dr. med. Michel Romanens, Basel*

## Literatur

- 1 <https://saez.ch/article/doi/saez.2021.19746>
- 2 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353>
- 3 <https://docfind.ch/VEMSPositionspapierSmarter-Medicine.pdf>
- 4 <http://annals.org/aim/fullarticle/474090/medical-professionalism-new-millennium-physician-charter>
- 5 <http://www.docfind.ch/GutachtenMedProfessionalismCharter.pdf>
- 6 <https://varifo.ch/wp-content/uploads/2021/01/AGLAGutachtenKieser012021-2.pdf>

## Replik zu «Unterwandern 'Querdenker' die Medizin?»

Kollege Romanens kritisiert, dass sich die neuen Smarter-Medicine-Empfehlungen der SGAIM nicht an das Klassifikationssystem von Fachgesellschaften halten. Er führt dazu das System der Evidenzklassen I bis III an, wie es beispielsweise die European Society of Cardiology (ESC) verwendet. Sein semantischer Exkurs zur Verwendung von Anweisungsverben kritisiert denn auch die Sprachregelung von Empfehlungen der internationalen Choosing-Wisely-Kampagne. Im Besonderen wirft er der SGAIM vor, dass sie mit der Statin-Empfehlung für ältere Patienten über 75 Verwirrung stifte und dass sie sich bei der Empfehlung für die Sekundärprävention für Patienten über 75 nicht auf Evidenz basiere.

Der Kern von Smarter Medicine, wie auch von Choosing Wisely, sind Empfehlungen, was

besser zu vermeiden sei, basierend auf der aktuellen Evidenzlage. Genau dies trifft auch für die Formulierung der Statin-Empfehlung zu: Gerade weil die Evidenzlage ergibt, dass ein Benefit für Patienten in dieser Situation (Therapiebeginn, Alter über 75, Primärprävention) aktuell nicht nachweisbar ist, soll – nach entsprechender Information der Patienten – kein Therapiebeginn empfohlen werden und dementsprechend auch keine Lipidmessung erfolgen (weil ohne therapeutische Konsequenzen). Die vermeintliche Verwirrung, die Kollege Romanens unterstellt, ist nichts anderes als die bisher fehlende Beweisführung für die Wirksamkeit von Statinen in solcher Situation. Da scheint es uns konsequenter, den Verzicht auf einen Statin-Beginn zu empfehlen als ein reines «Erwägen» («may be considered»). Dass Messung und Behandlung in einer Empfehlung zusammengefasst sind, macht aufgrund des logischen Ablaufes von Diagnostik zu Therapie Sinn und entspricht genau den Vorschlägen der Kollegen aus den Praxen, die an der zugrundeliegenden Studie teilgenommen hatten. Darin einen Trick zu sehen, um irgendwelche versteckten Absichten mit Pseudo-Evidenz zu untermauern, ist demnach völlig aus der Luft gegriffen.

Dass auch bei Patienten über 75 in der Sekundärprävention eine gewisse Zurückhaltung angesagt ist, bezieht sich ebenfalls auf die aktuelle Evidenz: In dieser Situation ist zwar ein Benefit nachweisbar, aber in nur geringem Masse (NNTs zwischen 77 und 140 für kardiovaskuläre Ereignisse pro Jahr und pro mmol/l LDL-Senkung). Diesem schmalen Benefit stehen die bekannten potenziellen Nebenwirkungen von Statinen gegenüber und andere Faktoren wie persönliche Prioritäten und Lebenserwartung. In dieser «Präferenz-sensitiven» Situation ist die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten, wie wir sie empfehlen, die richtige Antwort. Dieses patientenzentrierte und zeitgemässe Vorgehen als ein Verlassen von evidenzbasierten Richtlinien zu interpretieren, ist aus unserer Sicht nicht gerechtfertigt. Im Gegenteil: Patienten über die Faktenlage verständlich zu informieren, damit sie zu einer überlegten, ihren Präferenzen angepassten Entscheidung finden können, ist ein wichtiges (und anspruchsvolles) Ziel der Betreuung, gerade im präventiven Setting.

*Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle,  
Autor Top-5-Liste für die ambulante Allgemeinere Innere Medizin und Mitglied SGAIM*

*Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky,  
Co-Präsident SGAIM*

*Dr. med. Regula Capaul,  
Co-Präsidentin SGAIM*

### Die Task Force schwebt über dem Alltag

Mit ihren ziemlich vielen (um 70) Mitgliedern unterliegt die «Wissenschaftliche Begleitgruppe des Bundes» (Task Force) dem Geist der überbesorgten Eltern, die ihre Kinder beschränken, wo sie nur können. Am Anfang der Epidemie war es einigermaßen verständlich, aber nach bald anderthalb Jahren mit einem Haufen von neuen Kenntnissen wäre es an der Zeit zu helfen, die alten Zöpfe abzuschneiden.

Schon zu Beginn der Epidemie war klar, dass das COVID-19-Virus kein Norovirus ist, das sich leicht über Gegenstände verbreitet und die Desinfektion nötig macht. Man konnte auch bald lesen, dass das 15 Sekunden dauernde Waschen der Hände reicht, um die Coronaviren zu töten. Aber noch immer geistern die Desinfektionsmittel bei Eingängen der Geschäfte herum, auch wenn man dort die Lebensmittel unbehindert ohne Handschuhe berühren kann. Noch vor 3–4 Wochen erlebten wir im Zürcher Hauptbahnhof, wie man Abfallcontainer mit Desinfektionsmitteln traktierte!

Auch wenn es schon von Anfang an klar war, dass zu einer COVID-19-Übertragung auch in geschlossenen Räumen mehrere Minuten Kontakt nötig sind, sieht man noch immer viele Leute in der Natur nicht nur Masken tragen, sondern auch beim Vorbeigehen einen grossen Bogen um einen machen und dafür in den Graben geraten. Das erhöht nur unnötig die Ängste der Ängstlichen.

Schon 2–3 Monate ist bekannt, dass der Nachweis von COVID-19 im Speichel so zuverlässig ist wie im nasopharyngealen Abstrich, aber wir plagen auch Kleinkinder mit den Wattestäbchen in der Nase. Warum haben unsere Autoritäten nicht den Mut, diese «Befreiungsschläge» zu verkünden und damit das Leben leichter zu machen? Das grösste Versäumnis scheint mir die Vernachlässigung des «Kollektivtracings». Während das «individuelle» Tracing wegen der Überlastung teilweise ausgesetzt wurde, sind uns die Gründe, warum sich die Infektion verbreitet und wieder abflaut, in vielen Details noch unbekannt.

*Dr. med. Peter Marko, St. Gallen*

**Die Leserbriefe geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefs muss nicht die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion übernimmt keine Verantwortung für Inhalt und Richtigkeit der getätigten Behauptungen. Jede Verfasserin und jeder Verfasser ist persönlich für ihre/seine Aussagen verantwortlich.**

### Warum wir Ärzte und Ärztinnen das CO<sub>2</sub>-Gesetz unterstützen sollten

Es ist heute etabliertes Fachwissen, dass der Klimawandel überwiegend durch menschgemachte Treibhausgasemissionen verursacht wird. Wir leben in einer globalen Welt (heisst wir machen Flugreisen und Ferien in anderen Kontinenten, verzehren Fleisch, Früchte und Gemüse aus Übersee und erfreuen uns an immer besseren Elektronikgeräten aus dem asiatischen Markt). Doch nicht nur wir Menschen, sondern auch Treibhausgase wie CO<sub>2</sub> sind global. Die Schlussfolgerung ist eindeutig: Wir haben eine globale kollektive Verantwortung für unseren Planeten, oder wie es der durch einen tragischen Unfalltod verstorbene Arztkollege Martin Vosseler formulierte: Eine planetare Ethik ist erforderlich.

Das CO<sub>2</sub>-Gesetz kommt am 13. Juni 2021 zur Abstimmung und ist ein kleiner Schritt in die richtige Richtung, wenn auch nur ein kleiner Tropfen auf den immer heisser werdenden Stein der Klimaerhitzung. Es ist fair konzipiert und belohnt diejenigen, die sich nachhaltig verhalten. Diejenigen, die das nicht verstehen, haben Wissenslücken, denn die verursachergerechte Belastung von externen Kosten ist zutiefst marktwirtschaftlich und entspricht dem state-of-the-art der modernen Ökonomie.

Slogans wie «Autofahren nur für Reiche» sind unter diesen Aspekten nicht nur fachlich falsch und irreführend, sondern entsprechen einer populistischen Irreführung der Abstimmungsberechtigten, um eine Besitzstandswahrung zu sichern, deren Legitimation abgelaufen ist. Eine Korrektur ist nötig: Die Mobilität mit fossilen Treibstoffen verursacht heute rund ein Drittel des Treibhausgasausstosses in der Schweiz. Heizungen mit fossilen Brennstoffen ebenso. Was kann getan werden? Wir importieren jedes Jahr mehr als 10 Millionen Tonnen Erdölprodukte. Daraus entstehen über 30 Millionen Tonnen CO<sub>2</sub> in der Schweiz! Diese unsinnig grosse Menge CO<sub>2</sub> muss reduziert werden, denn für dieses Geld können wir besser unsere einheimischen Ressourcen zu unserem Vorteil nutzen. Statt unnötig Geld ins Ausland für verschmutzende Technologien und Öllieferungen auszugeben, die unserem Klima und unserer Gesundheit schaden, können wir unsere einheimische Wirtschaft stärken. Nachhaltige Landwirtschaft, Wasserkrafttechnologie, Solarstrom, Windkraft, Elektromotoren und E-Mobilität, IT-Knowhow mit Energieoptimierung etc. sind Technologien, die wir schon lange beherrschen. Sie schaffen Tausende von Arbeitsplätzen und Wertschöpfung, die wir in unserem eigenen Land generieren können.

*Rolf Oetiker, Cham*