

# Briefe an die SÄZ

## Wie verlässlich sind die Impftiterkontrollen im Falle der Frühsommer-Meningoenzephalitis FSME? – ein Aufruf

Die Erfahrung der letzten 35 Jahre – vor allem in Österreich, das seine Bevölkerung seit den 80er Jahren fast flächendeckend gegen FSME impft – zeigt uns, dass die FSME-Impfung äusserst erfolgreich ist. Nach einer dreimaligen Grundimmunisierung zum Zeitpunkt 0, 1 und 9–12 Monate haben rund 99% der Geimpften schützende Antikörper, übereinstimmend mit dem Befund, dass sich bei den dreimal Geimpften das Risiko um den Faktor 1:100 reduziert, an einer schweren FSME zu erkranken. Eine ungeimpfte Person im Endemiegebiet, die sich nur hie und da im Wald aufhält, hat eine A-priori-Wahrscheinlichkeit von 1:1000, im Laufe der nächsten 10 Jahre an einer schweren FSME zu erkranken. Nach der dreimaligen Impfung reduziert sich das Risiko auf 1:100 000 auf 10 Jahre gerechnet. So kommt es pro Jahr in der Schweiz nur zu 1–3 Erkrankungen bei vollständig Geimpften. Mit diesem Risiko kann man leben. Anders sieht es für beruflich oder durch Freizeitaktivität hoch exponierte Personen aus. Da ist die A-priori-Wahrscheinlichkeit für eine Infektion mit FSME natürlich viel höher und das 1% Impfersagen könnte ins Gewicht fallen. Um dieses Kollektiv besser zu schützen, macht es Sinn, den Impferfolg zu überprüfen mit einer Messung des Titers anti-FSME IgG. Nun hört man an Vorträgen oder liest in der Laienpresse immer wieder Verlautbarungen von «Experten», dass man sich auf diese Impftiter nicht verlassen könne. Warum eigentlich? Gibt es einen wissenschaftlichen Beleg für diese Zweifel? In den letzten 10 Jahren wurden in der Schweiz schätzungsweise (als grobe Hochrechnung aufgrund Auskünften der Laboratorien Risch und Unilabs) 20 000 Impftiterkontrollen; anti-FSME nur IgG allein, ohne IgM durchgeführt. Es ist anzunehmen, dass die Impftiter vor allem bei überdurchschnittlich hoch Exponierten kontrolliert wurden. Und es ist davon auszugehen, dass man sich bei einem signifikant positiven Resultat auf den Impfschutz verlassen hat und nur bei negativem Ergebnis eine bis mehrere weitere Impfdosen appliziert wurden, analog wie bei der Hepatitis-B-Impfung. Oder dass man bei hartnäckigen Non-Respondern die betroffene Person zumindest warnen konnte, dass vielleicht kein genügender Schutz besteht. Tatsache ist, dass in der Schweiz in all diesen Jahren bei diesem hoch exponierten Kollektiv kein einziger Fall gemeldet wurde, bei dem trotz nach-

gewiesener Serokonversion später dennoch eine schwere FSME-Erkrankung aufgetreten wäre. Die Richtigkeit der Annahme eines 100% Impfschutzes bei nachgewiesener Serokonversion scheint damit gegeben. Im Meldeformular des BAG wird im Falle einer FSME nach dem Impfstatus gefragt, aber leider bisher nicht explizit nach einem vorgängigen Impftiter. Wenn die Meldungen ans BAG im Falle einer FSME-Erkrankung mit der Frage nach früherem Impftiter ergänzt würden, so würden wir mit den Jahren immer zuverlässiger wissen, ob eine nachgewiesene Serokonversion wirklich gleich gut schützt wie die durchgemachte Krankheit – analog wie bei der Hepatitis-B-Impfung.

Damit komme ich zum Aufruf an die Ärzteschaft:

*Wenn jemand Kenntnis von einem Fall hat, bei dem es trotz nachgewiesener Serokonversion irgendwann später dennoch nachweislich zu einer ernsthaften FSME-Erkrankung gekommen ist, bitte mit dem Autor Kontakt aufnehmen!*

*Dr. med. Albert Kind, Schaffhausen*

### Literatur

- Kind A. Wieviele Auffrischungsimpfungen sind notwendig gegen die Zeckenzephalitis FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)? Schweiz Ärztzeitung. 2004;85(16):844–8.
- Kind A. Erfahrungen mit Titermessungen zur Impfschutzkontrolle bei der Zeckenzephalitis FSME, Primary Care 2005;5(10):231–5.
- Kind A, Ritzmann P, Marty F, Zimmermann H. Der Impfschutz gegen die Zeckenzephalitis hält viel länger als bisher angenommen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(45):1903–6.
- Kind A, Rüttimann S. Schwere Frühsommermeningoenzephalitis (FSME) sechs Jahre nach korrekter Impfung – Hätte sie durch Überprüfung der Serokonversion nach Impfung verhindert werden können? SchweizMedForum 2009;9(15–16):307–8.

## Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: [www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/](http://www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/)

## Serment d'Hippocrate

### A propos de la lettre de lecteur de Dr Peter Marco [1]

Il est vrai que le Serment d'Hippocrate peut en partie être remplacé par les directives d'une organisation professionnelle, telle la FMH, qui donne des directives de bonne conduite à ses membres, ou telle les commissions d'Ethique. En revanche, l'esprit du Serment d'Hippocrate se distingue par sa forme de contrat moral unique et individuel entre le médecin et son patient. Une des vertus du Serment est de pouvoir s'opposer à une autre «Ethique», qui contreviendrait à la protection raisonnable d'un patient et à l'engagement justifié de son médecin. Pensons à la récente affaire judiciaire qui s'est déroulée en Valais, dans laquelle certaines autorités de Etat voulaient imposer au médecin de nourrir de force un prisonnier par perfusion, alors que celui-ci, sain d'esprit, refusait consciemment de s'alimenter! C'est l'Ethique du médecin, découlant de son Serment, qui s'est opposée, avec succès, à l'Ethique des autorités gouvernementales!

Notre civilisation glisse semble-t-il vers un système de santé à caractère commercial, aux acteurs multiples, mais où les pouvoirs sont détenus de plus en plus par les financiers et les assureurs. Les politiques ultra libérales ont des objectifs et une Ethique qui s'opposent naturellement à ceux des personnes souffrantes et sans beaucoup de ressources! Mêmes les définitions du langage changent pour conforter les nouveaux paradigmes et les nouvelles Ethiques commerciales. Les nouveaux dieux se nomment désormais *Rentabilité*, *Performance* et *Perfection*. Le médecin est devenu un simple «prestataire de soins» ou un «facteur»! Les employés, les médecins comme leurs patients sont devenus des «ressources humaines». Ces transformations du langage rappellent étrangement la «novlangue» de Georges Orwell! Comment ne pas craindre la disparition de notre droit à l'intimité, au secret professionnel, du droit de s'opposer, du droit à l'imperfection? Dans l'esprit du Serment d'Hippocrate il y a, en plus d'un contrat éthique civil, un contrat moral unique entre le médecin et son patient. Ce contrat éthique n'est donc pas seulement un contrat avec l'économie ou avec une organisation. L'esprit du Serment d'Hippocrate n'est pas remplaçable, ni négociable!

*Dr Pierre Burri, Sion*

1 Marco P. Der ärztliche Eid ist eine nostalgische Folklore. Schweiz Ärztzeitung. 2016;97(35):1180.

## Elektronisches Patientendossier

### Zum Beitrag «Elektronisches Patientendossier durchläuft eine kritische Phase» [1]

Ich stimme der Kritik von Frau Gilli zum Entwurf des elektronischen Patientendossiers (EPD) zu. Zu hohe Anforderungen und zu hohe Regeldichte bergen das Risiko einer Totgeburt des EPD. Einen heiklen Punkt hat Frau Gilli nicht erwähnt: Ein Anbieter für die Implementierung des EPD soll offenbar die Swisscom sein. Die Swisscom kann bei einer Praxiseröffnung grobe Fehler machen, so dass die Erreichbarkeit der Praxis nicht gewährleistet ist – und lehnt auch in solchen Fällen jegliche Verantwortung ab. Die Begründung ist: Eine Arztpraxis sei ein KMU und KMU haben keine Sonderrechte. Wie sieht dies nun erst aus für Datenverlust beim EPD oder für das Weiterleiten sensibler Daten an falsche Empfänger, wenn Swisscom den Sonderstatus einer Arztpraxis nicht anerkennt respektive nicht versteht? Und wie wird es um den Datenschutz stehen, wenn dem Telekommunikationsmonopol die Verwaltung von Patientendaten

übertragen wird? Könnte auch Facebook die Umsetzung des EPD anbieten?

Wenn Swisscom Patientendaten verwaltet, werde ich mich weigern, EPDs zu führen. Erst würde ich eine Stellungnahme des Bundesverwaltungsgerichts zu dieser Frage abwarten.

*Dr. med. Peter Buess-Siegrist, Basel*

- 1 Gilli Y. Elektronisches Patientendossier durchläuft eine kritische Phase. Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(36):1213.

## Indikationen überprüfen

### Replik auf «Probleme bei Umsetzung des Vorschlags» [1]

In meiner Stellungnahme [2] habe ich die Meinung vertreten, anstatt sich mit der akribischen und falschen Preisfestsetzung bei TARMED gegenseitig zu zerfleischen, sollten die Fachgesellschaften besser die Indikationen überprüfen; denn so liesse sich eine Verminderung entbehrlicher Untersuchungen und Behandlungen herbeiführen und der von

der Ärzteschaft erwartete Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten leisten. Kollege Zaman lehnte dies aus zwei Gründen ab:

1) Indikationen seien in der Psychiatrie nur sehr schwer zu überprüfen. Einverstanden, aber wenn man eine Schrift von 277 A5-Seiten [3] auf 10 000 Zeichen komprimiert, lässt man Dinge, die einem selbstverständlich scheinen, weg. In der somatischen Medizin sind Indikationen sehr wohl zu beurteilen.

2) Zur Überprüfung der Indikationen würden viel zu viele Ärzte benötigt. Kollege Zaman unterschätzt den Nutzen von Stichproben. Niemand lehnt im Strassenverkehr Geschwindigkeitsbegrenzungen mit dem Argument ab, es bräuchte hunderttausende von Polizisten und Radargeräten, um alle Strassen zu überwachen.

*Dr. med. D. Bracher, Gümliigen*

- 1 Zaman T. Probleme bei Umsetzung des Vorschlags. Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(36):1227.
- 2 Bracher D. Bedenkliche Standespolitik. Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(33):1117–9.
- 3 Bracher D. Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. 2013. ISBN 9783033043442

## Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf [www.saez.ch](http://www.saez.ch)



Jean-Claude Vuille, Prof. em., Bern

### Prävention von Übergewicht

«Stop the war on obesity»



Dr. med. André Seidenberg, Zürich

### Meldepflicht

Meldepflicht bei Behandlungen mit psychotropen Stoffen