

Briefe an die SÄZ

Ausländische Diplome als solche bezeichnen

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

Als auch ein ehemaliger ausländischer Arzt, der die im Leserbrief angesprochene Problematik aus eigener Erfahrung kennt, möchte ich Herrn Kollegen Sevinç folgende Fragen stellen: Welche Überschrift hat Ihre Doktorarbeit und wann, sowie auf welcher medizinischen Fakultät wurde sie als solche anerkannt?

Es ist nämlich so, dass in der Schweiz (und Deutschland, nicht jedoch schon in Österreich), um den Titel Dr. med. zu erreichen, dies verlangt wird. Sonst ist man auch hierzulande «Prakt. Med.». In den nachfolgenden Ländern der habsburgischen Monarchie ist man schon durch die Promotion Dr. In der Tschechoslowakei war ich damit MUDr. (Medicinae Universalis Doctor). Um den hiesigen Dr. med. zu erlangen (Universität Bern), musste ich eine Arbeit vorlegen, auch wenn ich Autor von mehr als 40 wissenschaftlichen Publikationen war. Die angesprochene Regelung, dass man nach dem Dokortitel das Land, in dem man den Titel erwarb, aufführt, finde ich informativ, konsequent und richtig.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Probleme mit der launischen Corona

Brief zu: Baumgartner A. Ist der Mensch nur noch ein Medizinprodukt? Schweiz Ärztezg. 2021;102(16):542.

Sehr geehrte Frau Kollegin Baumgartner, ja, Corona ist (noch) rätselhaft, «tanzt uns auf der Nase» herum und kümmert sich keinen Deut um unsere Pläne und Vorschriften. Sie verhält sich «chaotisch», wie es in einem NZZ-Artikel bezeichnet wurde. Sie drücken es schön in Ihrem Leserbrief aus: «Vieles ist im Grunde weniger klar, als wir glauben.» Und so ist es auch mit Ihrem Glauben, «... dass die Immunität nach einer Infektion mindestens ebenso gut ist und mindestens ebenso lange anhält wie bei Geimpften ...» Für die Corona-Infektion gilt es eben leider nicht so. Sehen Sie sich bitte die entsprechende Literatur an. Mit besten Grüßen

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Die vermeidbare dritte Welle

In der *Schweizerischen Ärztezeitung* vom 31.3. erklärt Blaise Genton unter anderem, dass man die Anzahl Covid-Geimpfter mit Änderungen des Impfprotokolls hätte erhöhen können. Es stellt sich die Frage: Warum ist dies nicht geschehen? Warum wurden Hunderttausende von Impfdosen verschwendet? Erfahrungen mit der EKIF [1] liefern eine Erklärung.

Im Januar 2021 musste ein aufmerksamer Beobachter aus der Covid-Epidemie die folgenden Schlüsse ziehen:

1. Die Inzidenz neuer Fälle verringerte sich kaum – jedenfalls viel weniger als nach der ersten Welle.
2. Der teilweise Lockdown kann nicht viele Monate weitergeführt werden.
3. Nur Impfung verspricht Verhinderung einer dritten Welle – aber die versprochenen Lieferungen sind gering.

In dieser Notlage hätte die EKIF sich fragen müssen: Wie können wir aus dem vorhandenen Impfstoff bis Ende April den maximalen Nutzen ziehen?

Die relevante Literatur (inklusive Preprints) lieferte schon damals erdrückende Beweise für die wahrscheinliche Wirksamkeit geringerer Dosen, mit der Perspektive, mehr Leute impfen zu können.

Am 21.1. wurde die EKIF über diese Sachlage informiert. Keine Reaktion. Nach Mahnung wurde lediglich klar, dass die EKIF die relevanten Publikationen ignorierte. Hier ein Beispiel aus der Antwort: «Die anti Spike Protein Antikörper geben nicht die volle Immunantwort wieder und sind kein generell akzeptierter surrogate marker für Schutz (gold standard sind neutralisierende Antikörper).» Aber die relevanten Publikationen zeigen hohe Titer vor genau diesen neutralisierenden Antikörpern [2].

Ein zweites Beispiel: In vielen Ländern werden Personen, die schon mal Covid gehabt haben, nur einmal geimpft. Dies deswegen, weil

1. nach nur einer Impfung Titer erreicht werden, die mindestens so hoch sind wie diejenigen nach zwei Impfungen von Covid-Naiven;
2. die zweite Impfung (der Covid-Erfahrenen) die Titer nicht mehr erhöht;
3. die Nebenwirkungen (Fieber und Schmerzen an der Injektionsstelle bei Covid-Erfahrenen) besonders nach der zweiten Impfung oft erheblich sind.

In der Schweiz aber werden immer noch Tausende vom Impfdosen an Covid-Erfahrene verschwendet, weil die offizielle Empfehlung zwei Dosen vorschreibt.

So stellt sich denn die Frage: Welche Funktion hat ein Experte? Bestimmt nicht, offizielle Empfehlungen durchzusetzen. Jeder kann einen Packungszettel lesen und einspritzen, was draufsteht. Im Gegenteil, Expertenwissen ist vonnöten, wenn man von den offiziellen Empfehlungen abweichen muss. Es ist auch nicht Aufgabe von Experten, jegliches Risiko auszuschliessen, sondern eine Abwägung vorzunehmen und zu empfehlen, was den besten Nutzen/Risiko-Quotienten verspricht.

Dies tat die EKIF nicht. Stattdessen, durch Vermeidung der wissenschaftlichen Diskussion, irreführende Argumente und Verstecken hinter «offiziellen» Richtlinien, zögert sie notwendige Entscheide so lange heraus, bis sie nicht mehr relevant sind.

Die EKIF hat nicht den Mut gehabt, zu tun, was nötig war. Für die unvermeidbaren Folgen der dritten Welle, inklusive der verspäteten Aufhebung des teilweisen Lockdowns, trägt sie einen Teil der Verantwortung.

Prof. Dr. med., Dr. h.c. Bernard Hirschel, Vessy/Genève

1. Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-fuer-impffragen-ekif.html>
2. Chu L, et al. Vaccine. 2021. doi: <https://doi.org/10.1016>
3. Eine vollständige Argumentation würde den Rahmen eines Leserbriefes sprengen: siehe <https://www.dropbox.com/home/Bernard%20Hirschel/Facebook>

TARDOC: climat peu propice à l'échange

Depuis des années, le climat entre la FMH et l'OFSP n'est malheureusement pas propice à la collaboration et à l'échange qui seraient nécessaires pour trouver ensemble des solutions adéquates et intelligentes.

J'ai lu avec intérêt l'excellent article de Christian Oeschger et Patrick Müller sur l'avancement de TARDOC 1.2 paru le 14 avril 2021 dans le BMS. Il est intéressant de voir que l'armée de fonctionnaires qui a «examiné» pendant plus de 500 jours le nouveau tarif ne semble pas faire vraiment de commentaire sur la structure et les positions, mais c'est bien sur le revenu de référence, pourtant calculé objectivement et méticuleusement par l'Institut d'économie de la santé de la Haute Ecole des sciences appliquées de Zurich, que sa critique principale porte, ainsi que sur la durée quotidienne de travail.

Ne serait-il pas plus simple, *in fine*, de calculer le revenu des médecins sur le revenu des fonctionnaires de l'OFSP? Qui dans cet organe travaille 11,4 heures par jour? Quel est le revenu des cadres de ce service des tarifs qui ont de vraies responsabilités (s'il y en a?), équivalentes aux nôtres? Mais il faudra alors, en plus, tenir compte de tous les avantages que ces fonctionnaires ont en termes de retraite, de couverture et d'avantages sociaux, de vacances et... de rythme de travail. Et, il n'est pas exclu, que le revenu de référence des médecins soit très sensiblement revu à la hausse.

Pour avoir participé pendant plus de 20 ans aux différentes commissions des tarifs de ma spécialité, j'ai vu de près le travail accompli et les membres de la FMH peuvent être fiers et reconnaissants d'avoir dans leurs rangs des personnes aussi engagées, déterminées et brillantes pour mener à bien ce travail colossal. La FMH a conduit sans relâche, avec une assiduité et une rare clairvoyance, depuis plus de dix ans, d'abord sous la direction du regretté Dr Ernst Gähler, puis de celle du Dr Urs Stoffel et de leur équipe très efficace, un travail remarquable, chaque position et chaque élément ayant fait l'objet d'une étude attentive et objective, basée sur des calculs extrêmement précis des coûts et des prix, vérifiables à chaque étape, et confirmés par des instituts spécialisés et parfaitement neutres. Il semble donc peu correct de remettre en question les chiffres donnés par la FMH. On peut, bien sûr, mais seulement ensuite, négocier sur la base des chiffres, mais il est inacceptable de la remettre en question. Et s'il fallait une preuve d'un certain manque de bienveillance de l'OFSP à l'égard des médecins, cette fois, et pour celles et ceux qui en doutaient, elle est bien là!

Dr Jean-Pierre Grillet, Genève

Zeit zu sagen «BASTA»!

CHF 180 pro Stunde für die Reparatur eines EKGs + Transfer + CHF 150 Einsatzpauschale! CHF 2 pro Papierrechnung; Handwerker, die üppig und schamlos Arbeitsstunden verrechnen; zunehmende Kosten für eine zunehmende Anzahl an Pflicht-Weiterbildungen, steigende (meist kostengenerierende) Pflichten zur Erfüllung von immer neuen Qualitätsanforderungen (mit der gar nicht bewiesenen Annahme, die aktuell vorhandene Qualität sei nicht genug) zur Fütterung irgendwelcher Beamter ... Und die Ärzteschaft? Wir unterstehen einem BAG, welches denkt, der Stundenlohn eines Arztes soll bei ca.

CHF 65 liegen (vgl. Stellungnahme des BAG bei den neuen TARDOC-Verhandlungen), und als einzige Berufsgruppe müssen wir unsere Arbeit in einzelne Minuten teilen und dokumentieren. Hat eigentlich jemand bemerkt, wie tief die Würde und Anerkennung unseres Berufes gesunken ist im Vergleich zur Arbeitswelt und wie er sich immer noch im Sinkkurs befindet? BAG und Politik wollen einem Volk gefallen, das nur über Arztkosten klagt, aber gleichzeitig trotz Krise noch mehr z.B. für Tabak ausgegeben hat oder es ganz o.k. findet, immer mehr auszugeben, um den besten Markenartikel oder das teuerste Handy zu besitzen mit dem schnellsten Abo.

Wir müssen «BASTA» sagen, und sobald wir nicht politisch besser vertreten und verteidigt werden können, sollten wir einige Gegenmassnahmen erfinden. Warum z.B. nicht eine «Ausbildungspauschale» und eine «Qualitätspauschale» verrechnen? (Anwälte verrechnen doch die benötigte Zeit für die Suche in der Fachliteratur ...)

Dr. med. Mauro Capoferri, Morbio Inferiore

Off-label-Medikamente

Können wir unsere Patientinnen und Patienten noch gut und adäquat behandeln? Der Zugang zu wichtigen und vorteilhaften Medikamenten wird durch Behörden und Versicherungen immer mehr eingeschränkt und verhindert. Ich erhielt kürzlich – trotz einem mehrfach und zeitaufwändig gut begründeten Kostengutsprachege such für das Medikament Reblozyl® (Luspatercept) – eine willkürliche und negative Antwort der zuständigen Versicherung. Die «richtige» Versicherung zu haben ist oft Glückssache; Off-label-Beurteilungen erfolgen sehr uneinheitlich. Reblozyl® wurde vor ca. 18 Monaten durch die FDA und vor ca. 9 Monaten durch die EMA zugelassen. Der Nutzen dieses Medikaments bei der Behandlung einer schweren transfusionsbedürftigen Anämie bei spezifischen Formen des Myelodysplastischen Syndroms ist nachgewiesen. Deshalb erfolgte auch die Zulassung in den umliegenden europäischen Ländern und in den USA. In der Schweiz sind offenbar Gesundheit und Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung für die Swissmedic und für einzelne Versicherungen jedoch drittrangig. Es ist unverständlich, weshalb die Swissmedic die Zulassung zurzeit verweigert, auch wenn andere kompetente und vertrauenswürdige Kontrollbehörden im grenznahen Ausland den Nutzen unzweideutig bejahen und das Medikament danach in diesen Ländern in die Empfehlungen der Fachgesellschaften aufge-

nommen wird, mit entsprechender (unverzüglicher) Kostenübernahme bei der definierten spezifischen Indikation. Artikel 71 a–d KVV garantiert zwar für den individuellen Patienten – bei fehlenden Alternativen – eine Kostenübernahme; einige Versicherer kümmernt das oft wenig, auch wenn die Herstellerfirma gegenüber der Versicherung eine Kostenbeteiligung zusichert; die Antworten sind jeweils kurz, trotz meist mehrfachen zeitintensiven und ausführlichen Briefkontakten, was in einer Einzelpraxis kaum mehr zu bewältigen ist. Die Folge sind – wie in diesem Fall – unnötig häufige Arztbesuche (meist zweimal pro Woche auf Dauer) für eine aufwändige und komplikationsträchtige Transfusionsbehandlung mit assoziierten Nebenwirkungen und Zusatzkosten; Blutspenden könnten besser verwendet werden. Was fehlt, ist eine Lobby, speziell für unsere Patientinnen und Patienten.

*Dr. med. Ulrich Buser,
Facharzt für Hämatologie, Basel*

Wichtige Kleinigkeit: Offener Brief an Spitaldirektionen

Anfang März 2021 war ich Patient an einem Kantonsspital. Ein kleiner Eingriff in der Handchirurgie. Die Ärztinnen und Ärzte haben mich freundlich und klar behandelt. Ich habe mich gehört und ernst genommen gefühlt, danke.

Was mich sehr stört und worauf ich aufmerksam machen möchte, ist der Umstand, welcher mir schon in diversen Spitälern in der Schweiz und im Ausland aufgefallen ist: Der Mangel an klarer, visueller Kommunikation einerseits und mitfühlende kundenorientierte Kommunikation andererseits. Was meine ich damit?

Menschen werden in den x-ten Stock geschickt, um sich dort anzumelden. Sie steigen aus dem Lift und schauen sich um. Keine Hinweistafel, aber fünf Richtungen: zwei verbotene Türen, Lifttüren, das Treppenhaus und ein kurzer Korridor mit sechs Stühlen. Also muss ich deduzieren, dass dort die Anmeldung sein könnte. Deduktion verlangt eine gewisse intellektuelle Fertigkeit. Sogar wenn ich sie habe, werde ich in jenem Moment verunsichert. Bin ich im richtigen Stockwerk? Wo ist das, was ich konkret suche? Will man mich klein und unwissend, und damit auch gefügig machen? Mit Vorbedacht? Oder ist es eher eine Gedankenlosigkeit/Nachlässigkeit der «Einheimischen», welche sich in diesem Wirt-

warr ja auskennen (und keine Hinweisschilder brauchen)? Ich habe vergessen, ob am Anfang Chaos oder das Wort war – doch ich meine, dass das Wort Ordnung ins Chaos brachte. Und auch hier im Spital bringen könnte. Bitte, schreiben Sie es an.

Bei der Anmeldung melde ich mich an und werde angewiesen, auf einem jener sechs Stühle Platz zu nehmen. Zum Glück habe ich etwas zum Lesen mitgebracht; zum Glück ist meine Lektüre spannend genug. Doch irgendwann, nach ca. 45 Minuten werde ich doch etwas unruhig. Immerhin bin ich nüchtern angetreten und daher zusätzlich dünnhäutig; dazu kommt meine Angst vor dem Eingriff bzw. seinen Folgen. Wieso sagt mir niemand, wie lange ich ungefähr warten soll? Schon wieder eine Verunsicherung. Absicht oder Gedankenlosigkeit?

Das Gleiche habe ich an weiteren Kliniken im In- und Ausland erlebt, aber es tröstet mich nicht, dass es «überall» vorkommt. Immerhin gibt es im Postgebäude bzw. bei den SBB-Informationen Nummern und Zeittafeln, welche anzeigen, wie lange es noch dauern wird. Unpersönlich, aber hilfreich.

Vermutlich ist dies für Sie, Herren und Frauen Direktorinnen und Direktoren, Chefärztinnen und Chefärzte, Kommunikationsverantwortliche im Gesundheitswesen, eine Kleinigkeit, neben den viel gewichtigeren Problemen, welche im (heutigen) Alltag gelöst werden müssen. Bestimmt sogar. Doch jedes Unternehmen kann Kundenorientiertheit lernen und fördern. Auch Ihres. Unsicherheit entmündigt, weckt Selbstzweifel.

Gewiss, das macht Menschen besser steuerbar – und in der steilhierarchischen Spitalstruktur ist das vielleicht sogar Absicht. Aber Unsicherheit macht Menschen eng, ängstlich, verschlechtert die Immunantwort und Heilung, u.U. auch die Compliance – und das möchte man doch im Spital eher vermeiden, oder etwa nicht?

Bitte empfangen Sie mich als mündigen Patienten und helfen Sie mir, mein Selbstbewusstsein, meine Entscheidungsfähigkeit und Würde zu behalten, und ich werde Sie preisen und segnen. Wie ich meine Chirurgeninnen und Chirurgen hier preisen und segnen möchte.

Ivan Verny, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

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.

Stellungnahme zum Schultertrauma-Check

Brief zu: Dubs L, Soltermann B, Brandenburg JE, Luchsinger P. Der Schultertrauma-Check. Schweiz Ärztztg. 2021;102(9):324–6.

Die Expertengruppe Schulter und Ellenbogen von *swiss orthopaedics*, welche sich ohne jegliche persönlichen Interessen im Dienste der wissenschaftlichen Grundlage äussert, hat mit Überraschung von dem von den Herren Dubs, Brandenburg, et al. ausgearbeiteten Schultertrauma-Check (STC) Kenntnis genommen [1]. Dieser nicht validierte STC fasst die in der versicherungsmedizinischen Literatur genannten Kriterien zur Differenzierung zwischen einer traumatischen und degenerativen Schädigung der Rotatorenmanschette tabellarisch zusammen. Zugleich verleiht er den einzelnen Kriterien eine Gewichtung innerhalb der Gesamtbeurteilung.

Wir möchten festhalten, dass dieser STC in keiner Weise die Meinung von *swiss orthopaedics* widerspiegelt. Der STC wurde von den Autoren im Alleingang, ohne Rücksprache mit der Expertengruppe respektive den Spezialisten in der Beurteilung der Erkrankungen und Verletzungen der Schulter und des Ellbogens unserer Fachgesellschaft, ausgearbeitet. Er widerspricht der aktuellen Literatur in mehreren Punkten. Die wichtigsten beiden Aspekte wurden kurz mit einer wissenschaftlichen Analyse beurteilt.

- Es ist aus grossen Kohorten-Studien hinreichend bekannt, dass degenerative Rotatorenmanschettenrupturen im Alter zwischen 40 und 50 Jahren eine Seltenheit darstellen. Die Prävalenz ist geringer als 11% [2–4]. Demgegenüber wird im STC das Patientenalter ab 40 Jahren als Kriterium für eine degenerative Ätiologie einer Rotatorenmanschettenruptur genannt.
- Zweitens führt der STC Schädigungsmechanismen als starke Kriterien auf, anhand derer degenerative von traumatischen Rotatorenmanschettenrupturen differenziert werden können. Dabei werden das direkte Trauma und der Sturz auf die ausgestreckte Hand, respektive den Ellbogen, als ungeeignete Mechanismen für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette aufgeführt. *swiss orthopaedics* hat in einer Stellungnahme an das Bundesgericht [5] anhand der aktuellen Literatur dargelegt, dass das direkte Trauma gegen den Schultergürtel sehr wohl ein möglicher Schädigungsmechanismus der Rotatorenmanschette darstellen kann. Der entgegengesetzte Aussage des STC liegt keine evidenzbasierte Literatur zugrunde, die über mehr als 20 Jahre alte, sich selbst zitierende Expertenmei-

nungen ohne Originalarbeiten hinausgeht. Des Weiteren hat ein Mitglied der Expertengruppe Schulter und Ellenbogen anhand einer systematischen Literatursuche darlegen können, dass Stürze auf den Ellbogen oder auf die Hand ebenfalls zu traumatischen Schädigungen der Rotatorenmanschette führen können [6]. Während diese aktuelle Arbeit in einem *peer reviewed* internationalen Journal publiziert wurde, ist uns keine evidenzbasierte Literaturstelle bekannt, welche die entgegengesetzte Darstellung des STC unterstützt.

Aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Grundlage und der nicht objektiven Beurteilung der Sachlage lehnt *swiss orthopaedics* diesen Schultertrauma-Check ab, distanziert sich als Fachgesellschaft in aller Form von der Aussage der Autoren und empfiehlt dringend, diesen für die Beurteilung versicherungsmedizinischer Sachverhalte nicht zu verwenden.

Im Namen des Vorstands und der Expertengruppe Schulter swiss orthopaedics
Prof. Dr. med. Andreas Müller
Prof. Dr. med. Matthias Zumstein

Literatur

- 1 Dubs L, Soltermann B, Brandenburg JE, Luchsinger P. Schweiz Ärztztg. 2021;102(9):324–6.
- 2 Moosmayer S, Smith HJ, Tariq R, Larmo A. Prevalence and characteristics of asymptomatic tears of the rotator cuff: an ultrasonographic and clinical study. *J Bone Joint Surg Br.* 2009 Feb;91(2):196–200. doi: 10.1302/0301-620X.91B2.21069. PMID: 19190053
- 3 Yamamoto A, Takagishi K, Osawa T, Yanagawa T, Nakajima D, Shitara H, Kobayashi T. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010 Jan;19(1):116–20. doi: 10.1016/j.jse.2009.04.006. PMID: 19540777.
- 4 Liem D, Buschmann VE, Schmidt C, Gosheger G, Vogler T, Schulte TL, Balke M. The prevalence of rotator cuff tears: is the contralateral shoulder at risk? *Am J Sports Med.* 2014 Apr;42(4):826–30. doi: 10.1177/0363546513519324. Epub 2014 Feb 5. PMID: 24500916
- 5 Jost B, Müller AM, Zumstein M. Stellungnahme BG-Urteil vom 22.10.2019 8C_446/2019.
- 6 Nyffeler RW, Schenk N, Bissig P. Can a simple fall cause a rotator cuff tear? Literature review and biomechanical considerations. *Int Orthop.* 2021 Mar 27. doi: 10.1007/s00264-021-05012-6. Epub ahead of print. PMID: 33774700

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/