

# Leserbrieft

## Hausarztmedizin bis zuletzt

Leserbrief zu: Krapf R. Kurz und bündig. *Swiss Med Forum*. 2021;21(45–46):764–7.

Ihre Rubrik «Kurz und bündig» gehört seit Jahren in unserem Qualitätszirkel zu unserer Lieblingslektüre, weil sie effizientester und anregendster Form der ärztlichen Fortbildung entspricht. Der Titel Ihres Journal Clubs im *Swiss Medical Forum* wird inzwischen schon von anderen Fachzeitschriften imitiert, allerdings mit wenig Ähnlichkeit zu Ihren intelligenten Zusammenfassungen und Kommentaren...

Diesmal fühle ich jedoch eine leise Enttäuschung, wenn Sie den Kurzbericht über die inzwischen schon recht populäre *JAMA*-Studie [1] über die Verhinderung des Sterberöchelns mit Scopolamin s.c. unter die Überschrift «Für Ärztinnen und Ärzte am Spital» stellen. Bei einer Patientin mit metastasiertem Tumorleiden, deren Sterben zuhause ich vor Kurzem auf ihren eigenen Wunsch begleitete – wobei auch die Angehörigen grundsätzlich damit einverstanden waren –, wurde genau das ein wichtiges Thema: die Angst der Angehörigen, die karchelnde Patientin leide unter Atemnot, die Frage nach dem Absaugen vonseiten der Spitex, zuletzt die Überzeugung, dass der Tod durch Ersticken eingetreten sei – was ja gemäss Studie vielleicht zutrifft. Scopolamin haben wir nicht eingesetzt, aber es wäre möglicherweise eine Hilfe gewesen, die pflegenden Angehörigen und mich als Hausärztin wirksam zu entlasten. Was ich damit sagen will: Es gibt die Hausarztmedizin noch, mitten in der Stadt und bis zuletzt.

*Dr. med. Wilburg Keller Roth, Basel*

### Disclosure Statement

Die Autorin hat deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

### Literatur

- van Esch HJ, van Zuylen L, Geijteman ECT, Oomen-de Hoop E, Huisman BAA, Noordzij-Nooteboom HS, et al. Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life: The SILENCE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326(13):1268–76.

## Replik

Im Namen von Verlag und Redaktion und auch persönlich bedanke ich mich herzlich für die lobenden Worte und Ihre sehr wichtige Stellungnahme [1]. Die Publikation unter der

Rubrik «Für Ärztinnen und Ärzte im Spital» kann tatsächlich etwas als Geringschätzung der hausärztlichen Palliativmedizin und Sterbebegleitung aufgefasst werden. Dem ist aber nicht so! Ich entschuldige mich, dass die Rubrikenzuordnung in diesem Falle etwas einseitig den stationären Aspekt herausstreicht.

*Prof. Dr. med. Reto Krapf,  
Redaktor SMF*

### Literatur

- Keller Roth W. Hausarztmedizin bis zuletzt. *Swiss Med Forum*. 2022;22(1–2):39.

## Kein Fleisch am Knochen

Leserbrief zu: Ulrich CT, Schär RT, Jesse CM, Fichtner J, Raabe A, Payer M, et al. Sagittale Balance und Haltunqinstabilität als Kriterien für Wirbelsäulenoperationen. *Swiss Med Forum*. 2021;21(31–32):536–40.

Mit einem eindrücklichen Titelbild lenkt das *Swiss Medical Forum* (SMF) auch fachfremde Augen zum Artikel zur sagittalen Balance. So etwas könnte ja eines Tages den eigenen alternden Rücken betreffen.

Die Überlegungen zur Wirbelmechanik lesen sich wie eine Fachdiskussion von Fahrradmechanikern, die an der Optimierung eines Bike arbeiten. Das ist ein wichtiger Beitrag, und was so fürs Bike erreicht wurde, geniesse ich gelegentlich.

Doch nach einem ersten Lesen habe ich ernüchtert Rückschau gehalten: Woran leiden diese Leute (Patientinnen und Patienten oder einfach Leute mit abnormer Haltung) eigentlich? Und wenn sie leiden: Ist es die im Autositz erworbene insuffiziente Muskulatur, ist es der dicke Bauch, die da ins Spiel kommen? Haben Operationswillige je eine Physiotherapie verschrieben bekommen? Fragen, zu denen kein Wort im Artikel fällt.

Scheinbar losgelöst von einer medizinischen Wirklichkeit wird hier eine Diskussion geführt. Da wirkt das kleine Kapitel «Wie gut ist die Evidenz in der Literatur?» wie ein Feigenblatt.

In der medizinischen Forschung ist die Abstraktion «weg vom Individuum» gelegentlich wichtig, um einen Schritt weiterzukommen. Aus «allen Nieren, die auf der Abteilung liegen» können wir abstrahierend vielleicht etwas über eine Nierenerkrankung lernen.

In diesem Artikel, der vielleicht als Beitrag für eine Wirbelsäulenchirurgientagung denkbar wäre, fehlt aber das Fleisch am Knochen. Das suggeriert schon das Titelbild. Um einen Schritt voranzukommen braucht es mehr:

nach klinisch relevanten Fragen fundierte Fakten, die folgen. Eben Fleisch am Knochen. Für eine Patientin / einen Patienten mit Knochen und Muskeln, Haut und Haar, Herz und Kopf muss sich der Blick weiten. Und das Titelblatt des SMF sähe dann wohl anders aus.

*Prof. em. Dr. med. Urs Martin Lütolf, Zürich*

### Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

## Replik

Die sagittale Balance und Haltunqinstabilität der Wirbelsäule gehören zu den komplexesten Themen in der Wirbelsäulenchirurgie. Unser Artikel im *Swiss Medical Forum* [1] thematisiert die grundlegenden Prinzipien auf dem Gebiet. An diesem knöchernen Thema kann man sich sprichwörtlich die Zähne ausbeissen, und das geht nicht nur fachfremden Personen so, sondern auch den Expertinnen und Experten.

Anfangs fühlt man sich beim Betrachten des Konzepts der sagittalen Balance etwas alleine gelassen – wie in einem Film ohne das erwartete Happy End. Viele Fragen tun sich auf und bleiben unbeantwortet. Nachvollziehbar entsteht die Sorge, dass jeder krumme Mensch geometrisch vermessen und damit eine Kandidatin / ein Kandidat für eine komplexe Aufrihtungsoperation der Wirbelsäule wird. Das ist nicht der Fall. Es geht hier nicht um einfache Haltunqsanomalien oder Lifestyle-Haltunqinsuffizienz, sondern um einen Zerfall der Körperhaltung aufgrund schwerer Wirbelsäulendegeneration. Massiv aus dem Lot geraten beklagen die Betroffenen Strapazen, sich fortzubewegen, haben Erschöpfungsschmerzen durch die nicht mehr zu kompensierende Fehllhaltung. Die Lebensqualität ist in diesem Zustand nicht mehr vorhanden. Massgebliche Ursache ist die knöcherne Degeneration der Wirbelsäule. Aber auch das «Fleisch am Knochen» (Bein- und Rückenmuskulatur, die grossen Gelenke wie Hüfte, Knie und zahlreiche andere individuelle Parameter) trägt einen schwer objektivierbaren Anteil im gesamten Haltunqskonstrukt bei. Die geometrischen Parameter können nur teilweise diese Komplexität widerspiegeln, sind aber als Grundlage zum Verständnis des Ganzen unverzichtbar. Aber es ist eben auch nicht die simple Anleitung für Fahrradmechaniker, die es schablo-

nenhaft zu befolgen gilt, um ein Bike zu optimieren, sondern die Basis, mit der jede instrumentierte Operation an der Wirbelsäule geplant und durchdacht werden sollte, um die Statik der Wirbelsäule schon gar nicht aus dem Lot zu bringen.

Schliesslich beschreibt unser Artikel nur das Grundwissen zur sagittalen Balance. Durch Kenntnis der Grundlagen kann man aber noch nicht pauschal einen Behandlungsplan ableiten. Dazu braucht es die individuelle und patientenspezifische Kenntnis der Situation und die fachkundige Erfahrung – dafür sind wir schliesslich nicht nur Medizinerinnen und Mediziner mit Fachwissen, sondern Ärztinnen und Ärzte. Die sagittale Balance bleibt ein Thema, das auch auf Fachtagungen vehement diskutiert und weiterentwickelt werden wird. Komplexe Themen wie dieses können nicht in einem Übersichtsartikel vollumfänglich abgearbeitet werden. Es braucht aber einen Einstieg in die Materie. Diesen hoffe ich, haben wir mit unserem Artikel vermitteln können.

*PD Dr. Christian T. Ulrich,  
Lindenhospital, Bern*

#### Literatur

- Ulrich CT, Schär RT, Jesse CM, Fichtner J, Raabe A, Payer M, et al. Sagittale Balance und Haltungsvermögen als Kriterien für Wirbelsäulenoperationen. *Swiss Med Forum.* 2021;21(31–32):536–40.

#### Gravierende Fehler im Kommentar

Leserbrief zu: Krapf R. Kurz und bündig. *Swiss Med Forum.* 2021;21(49–50):836–9.

Ich habe die im Artikel «Fluvoxamin bei COVID-19: Sollen wir das schon glauben?» [1] in der Rubrik «Auch noch aufgefallen» des «Kurz und bündig» besprochene *Lancet*-Studie [2] aufmerksam gelesen und möchte auf mehrere gravierende Fehler in Ihrem Kommentar aufmerksam machen:

- COVID-19-Patienten mussten unter Fluvoxamin 31% weniger häufig eine Notfallstation aufsuchen oder hospitalisiert werden (11%) als COVID-19-Patienten unter Plazebo (16%), und nicht nur 5%, wie sie in Ihrem Kommentar schreiben.
- Sie behaupten, dass in dieser Studie keine definitiven Aussagen über die Mortalität gemacht worden sei. Dem ist nicht so. Es wurde in dieser Studie durchaus auch die Mortalität angegeben: 17 Patienten starben in der Fluvoxamin-Gruppe versus 25 Patienten in der Plazebo-Gruppe. In der Fluvoxamin-Gruppe starben somit 32% weniger COVID-19-Patienten als in der Plazebo-Gruppe.
- Sehr bedauerlich ist, dass Sie die Nebenwirkungen von Fluvoxamin nicht verglichen haben mit den Nebenwirkungen der neuen COVID-19-Medikamente. In dieser Studie wurde Fluvoxamin gleich gut vertragen wie das Plazebo.
- Sehr bedauerlich ist auch, dass sie die Kosten für die zehntägige Behandlung mit Fluvoxamin (ca. CHF 18) nicht verglichen haben, mit den Kosten der neuen COVID-19-Medikamente.

*Dr. med. Charlotte Bucheli Egger,  
Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie  
Pringy/Gruyères*

#### Disclosure Statement

Die Autorin hat deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

#### Literatur

- Krapf R. Kurz und bündig. *Swiss Med Forum.* 2021;21(49–50):836–9.
- Reis G, Dos Santos Moreira-Silva EA, Silva DCM, Thabane L, Milagres AC, Ferreira TS, et al; TOGETHER investigators. Effect of early treatment with fluvoxamine on risk of emergency care and hospitalisation among patients with COVID-19: the TOGETHER randomised, platform clinical trial. *Lancet Glob Health.* 2021:S2214-109X(21)00448-4.

#### Replik

Vielen Dank für Ihren Leserbrief [1], auf dessen zwei Hauptpunkte ich kurz antworten möchte:

Die Studie wählte als primären Endpunkt einen gemischten Endpunkt bestehend aus Hospitalisation oder Aufenthalt auf einer Notfallstation von >6 Stunden. Dieser primäre Endpunkt wurde in der Fluvoxamin-Gruppe in 11% (oder 79 von 741 Patienten), in der Plazebo-Gruppe in 16% (119 von 756 Patienten) erreicht. Die absolute Differenz beträgt also 5%, die «number needed to treat», wie ich schrieb, also 20.

Sie haben recht, denn in der Plazebo-Gruppe gab es 25, in der Fluvoxamin-Gruppe 17 Todesfälle. Die Autoren errechneten eine Risikoreduktion (odds ratio) auf 0,69. Das 95%-Konfidenzintervall streute jedoch sehr breit und zwar von 0,36 bis 1,27. Deshalb bleibt mein Hinweis, dass keine konklusiven Aussagen zur Mortalität gemacht werden können, korrekt.

*Prof. Dr. med. Reto Krapf,  
Redaktor SMF*

#### Literatur

- Bucheli Egger C. Gravierende Fehler im Kommentar. *Swiss Med Forum.* 2022;22:(1–2):40.