

# Courrier au BMS



## European Code against Cancer

In der Nummer 46 der Schweizerischen Ärztezeitung vom 12. 11. 2014 wurden zwei Stellungnahmen bezüglich organisiertem Mammographie-Screening publiziert. T. Cerny, J. Passweg und G. Nosedà [1] kritisierten im Namen von Oncosuisse und Krebsliga Schweiz den Bericht des Swiss Medical Board, den sie als einseitig bezeichneten, da er positive Auswirkungen unterschätzt und negative Folgen überschätzt hat. In einer Replik von P. Jüni, T. Erlanger und M. Zwahlen [2] wird der Bericht hingegen verteidigt. Ich möchte nicht auf Argumente und Gegenargumente eingehen, da diese bereits sehr ausführlich diskutiert wurden. In diesem Leserbrief will ich nur darauf aufmerksam machen, dass die EU-Kommission am 14. Oktober die neue Version des «European Code against Cancer» feierlich veröffentlicht hat. Es handelt sich um 12 sehr kurzgefasste Ratschläge (12 ways to reduce your cancer risk), die in Kürze auch in allen anderen Sprachen veröffentlicht werden. Der letzte Punkt geht auf die systematischen Screenings ein, wobei folgende befürwortet werden: Darmkrebs, Cervix und Brustkrebs (inklusive Mammographie). Diese neue Version des «European Code against Cancer» wurde unter der Federführung der International Agency for Research on Cancer (IARC, Lyon) und aufgrund der Arbeit einer grossen wissenschaftlichen Kommission, zu der ich auch gehörte, zusammengesetzt. In der Kommission waren alle wichtigen Fachspezialitäten vertreten, insbesondere die Epidemiologie. Der Code, aber auch das sehr umfangreiche Material, das die Kommission für die Festlegung der 12 Ratschläge studiert bzw. gebraucht hat, können unter folgender Adresse abgerufen werden: [cancer-code-europe.iarc.fr](http://cancer-code-europe.iarc.fr)

*Prof. Dr. med. Franco Cavalli, Wissenschaftlicher Direktor, Onkologisches Institut der Italienischen Schweiz (IOSI), 6500 Bellinzona*

- 1 Cerny T, Passweg J, Nosedà G. Swiss Medical Board – cui bono? Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(46):1726–8.
- 2 Jüni P, Erlanger T, Zwahlen M. Replik zum vorangegangenen Beitrag «Swiss Medical Board – cui bono?» Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(46):1729–31.



## Sinnhaftigkeit der Finanzierung des Swiss Medical Board

Ähnlich wie dies von anderen Autoren in Leserbriefen an dieser Stelle schon konstatiert wurde [1], stellt sich aus meiner Sicht die Frage der Sinnhaftigkeit der Finanzierung des Swiss Medical Board durch die Mitglieder-Beiträge der FMH. Der Bericht des Swiss Medical Board «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» [2] enthält offenbar trotz sorgfältiger Durchsicht durch Fachexperten krasse Fehler und Fehlinterpretationen, wie zum Beispiel bei der Diskussion der JUPITER-Studie [3], in dem die Autoren (S. 15 des Berichts) diskutieren «[...] auch hier stellt sich die Frage der Übertragbarkeit von Ergebnissen einer amerikanischen Studienpopulation auf schweizerische Verhältnisse [...]». Die JUPITER-Studie war eine internationale Studie, an der 24 Länder aus 4 Kontinenten teilnahmen; die JUPITER-Studie in der Schweiz (Zentrum in Olten, Dr. M. Romanens) wurde von mir selbst als Koordinator der Schweiz geleitet [4]. Die Medizin ist keine Naturwissenschaft, sondern beruht lediglich zu einem Teil auf deren Grundlagen. Die Interpretation von Fakten und Ansichten von Fachexperten können deshalb zum Teil stark differieren. Trotzdem sollte ein gewisses Mass an Interpretationsspielraum nicht überschritten werden.

Die Forderungen der für den SMB-Bericht [2] verantwortlichen Fachexperten im Rahmen der Replik [5] zum Artikel von Michael Romanens und Franz Ackermann [6] sind allerdings abenteuerlich. In dieser Replik von Christoph A. Meier und Urs Metzger [5] wird gefordert, «[...] durch solche [Carotis-Ultraschall] bildgebende Verfahren gewonnenen zusätzlichen Informationen quantitativ in einem Risikorechner (wie z.B. einem der von der AGLA vorgeschlagenen Risikorechner) zu integrieren [...]». Die daraus gefolgerte Konklusion, [dass das Misslingen] «[...] deren Nützlichkeit in der täglichen Praxis stark limitiert und die klinische Implementierung unmöglich macht [...]», zeigt, wie abwegig hier argumentiert wird. Welcher Arzt würde schon einen Algorithmus für die Diagnose einer ebenfalls mittels bildgebender Röntgendiagnostik gewonnenen Erkenntnis einer Unterschenkelfraktur verlangen, damit eine «klinische Implementierung» dieser Erkenntnis in eine mögliche Therapie (Reposition) mündet? Es braucht hier keine Imple-

mentierung in einen klinischen Algorithmus, diese Forderung ist absurd, da die Diagnose «Atherosklerose» im Rahmen durchschnittlichen ärztlichen Verständnisses und Handelns auf dieser Grundlage bereits gestellt werden kann.

Im Bereich der Atheroskleroseprävention sollte die Zeit nun endlich gekommen sein, dass ärztliches Handeln nicht nur noch von epidemiologisch gewonnenen Eventualitäten, die im Einzelfall irrelevant sind, sondern von der individuellen Risikobeurteilung von in diesen Fragen geschulten ärztlichen Spezialisten bestimmt wird. Gerade auf diesem Gebiet besteht in der Schweiz ein enormer Nachholbedarf.

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

- 1 Dubler O. Das Swiss Medical Board als Gegner von Frühdiagnosen und -therapien. Schweiz Ärztezeitung 2014;95(48):1808–9.
- 2 Swiss Medical Board (Bericht 30. November 2013). [www.medical-board.ch](http://www.medical-board.ch)
- 3 Ridker PM, Danielson E, Fonseca AH, et al. N Engl J Med 2008;359:2195–207.
- 4 Ridker PM, Danielson E, Fonseca AH, et al. N Engl J Med 2008;359:2195–207. Suppl. Appendix
- 5 Meier CA, Metzger U. Schweiz Ärztezeitung 2014;95(47):1788.
- 6 Romanens M, Ackermann F. SMB, AGLA und das Statin-Conundrum. Schweiz Ärztezeitung 2014;95(47):1786–7.



## Verweigerungshaltung der FMH zur Charta zur Zusammenarbeit: voll daneben!

Die Ablehnung der Charta der SAMW wegen fehlender Legitimität der an der Ausarbeitung Beteiligten und die entsprechende Desavouierung der Vertreter aus der Ärzteschaft kann eigentlich nur Kopfschütteln auslösen und för-

### Lettres de lecteurs



Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: [www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/](http://www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/)

dert sicher nicht ein positives Bild der FMH. Für eine lebendige Organisation sind aktive Mitglieder lebenswichtig, da strukturelle Legitimität alleine kaum etwas bewegt.

Es ist sicherlich berechtigt, dass die FMH scharf verfolgt, ob den Ärzten etwas weggenommen werden soll, wie es in der Vergangenheit schon oft geschehen ist. Diese Befürchtungen sind gemäss meiner Erfahrung als Mitarbeiter in einer Klinik, wo die Inhalte der Charta seit einiger Zeit aktiv gelebt werden, völlig falsch. Anfängliche Querelen nach Einführung einer dualen Führung Ärzte/Pflege haben nun schon längst einem gegenseitigen Respekt Platz gemacht. Die Kompetenzbereiche sind gut abgegrenzt, meine ärztliche Arbeit kann ich ungehindert ausüben. Entstehende Probleme können auf Augenhöhe angesprochen und gelöst werden. Noch nie zuvor waren konzeptuelle Änderungen der Behandlung so leicht zu implementieren wie heute, und nie zuvor konnte ich auf eine so motivierte Mitarbeit der Pflegenden zählen. Motivation und Engagement lassen

sich ärztlich nicht befehlen, die entstehen bei Beteiligung an den Entwicklungsprozessen. So bin ich heute zum glühenden Verfechter der dualen Führung von Klinikstationen geworden.

In der Kritik der FMH zur Charta finden sich auch Punkte zur Stellung der Patienten. Es wird beklagt, dass sie in den Erstellungsprozess nicht einbezogen waren (welcher der Beteiligten war noch nie Patient?). In der Charta geht es um Optimierungen des zur Verfügung stehenden professionellen Behandlungsangebotes, also um ein besseres Angebot von Möglichkeiten durch die Anbieter, aus denen der Patient als Kunde auswählen kann. Dies ist ganz im Sinne einer modernen Bioethik, wo ein Hauptaugenmerk auf den Respekt der Autonomie des Patienten gelegt wird. In der Kritik treten am Rande auch Aspekte der antiquierten hippokratischen Ethik auf, wo nur der Arzt genau weiss, was für den Patienten gut ist. Dies ist in Anbetracht der gesellschaftlichen Entwicklungen aber ein Auslaufmodell.

Bleibt natürlich die Frage, ob eine solche Charta wirklich nötig ist oder ob sie schon überholt ist, weil gemäss internationalem Vergleich die Situation in der Schweiz ja gut sein soll. Ereignisse der letzten Zeit lassen die Notwendigkeit einer solchen Charta als äusserst dringlich erscheinen. Eben erst wurde die duale Führung der Klinik Königsfelden ausser Kraft gesetzt und durch eine Befehlslinie ersetzt, die die ganze Befehlsgewalt den Ärzten zuschiebt, unter völliger Missachtung von bisher Geleistetem im dualen System. Das darf eigentlich im 21. Jahrhundert nicht mehr geschehen.

Aus Obigem dürfte klar hervorgehen, dass ich die Charta eine gute Sache finde. Ich werde versuchen, mich mit meinem Team um den in Aussicht gestellten Award zu bewerben, damit wir noch einen zusätzlichen Motivationsschub erhalten, die Interdisziplinarität noch besser zu leben – im Dienste unserer Patienten!

*Dr. med. Robert Hämmig, Bern*

## Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur [www.saez.ch](http://www.saez.ch)



Prof. Dr méd. Sevgi Tercanli,  
professeure titulaire de gynécologie et obstétrique à l'université de Bâle

### Dépistage prénatal non invasif (DPNI)

Le DPNI remplace-t-il les procédés de dépistage utilisés jusqu'à présent?



Dr Beat Sottas, consultant indépendant, chercheur et auteur, directeur de la société formative works

### Pourrait-on envisager des études de médecine moins longues et moins chères?

Deux recommandations qui nous viennent des Etats-Unis pourraient bien renforcer la médecine de famille