

# Briefe an die SÄZ



## Dank dem Swiss Medical Board

In der letzten Zeit lesen wir häufig von Fachberichten des Swiss Medical Board (SMB) zu verschiedenen Themen (Stellenwert des PSA-Wertes, systematisches Mammographien-Screening, Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse, Ruptur des vorderen Kreuzbandes). Etwas später erscheinen jeweils Stellungnahmen der verschiedenen Fachgesellschaften und eine Replik des SMB mit teils Anpassung ihrer Empfehlungen oder auch nicht. Ich bin in keinem der Gebiete Fachspezialist und lese die verschiedenen Empfehlungen aufmerksam und bin dankbar, dass auch den Fachgesellschaften Raum zur Antwort und zur Diskussion gegeben wird. Zur Ergänzung denke ich ist wichtig zu wissen, dass das Swiss Medical Board die diagnostischen Verfahren jeweils ganzheitlich beurteilt, es geht um die Beurteilung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses medizinischer Leistungen. Das SMB ist ein von Verwaltung (BAG), Leistungserbringern (Krankenkasse) und Industrie (Pharma) unabhängiges interdisziplinäres Fachgremium. Hiermit geht auch ein Dank an das SMB für ihre ganzheitlichen Stellungnahmen.

*Dr. med. Claudia Haunit, Sulgen*



## Cholesterin und das Swiss Medical Board

Bei 10% Risiko eines kardiovaskulären Todesfalls in 10 Jahren verhütet eine Statin-Therapie 3 Todesfälle an allen Ursachen (bei 50% proportionaler Mortalität und 15% Reduktion der Gesamtmortalität [1]). Statt insgesamt 20 von 100 sterben «nur» 17 unter der Behandlung, statt 80 überleben 83. Nun kritisiert die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose [2] das Swiss Medical Board, sein Bericht sei fehlerhaft und verunsichere die Öffentlichkeit. «Richtig» sei eine Statin-Indikation bei 5% Herztod-Risiko (was dann 8,5 statt 10 Todesfälle bei 100 Personen in 10 Jahren ausmacht = Unterschied von 1,5). So oder so, man sieht, dass eine solche Höchstisikoperson immer noch vor dem Dilemma steht, vor auszusehen,

ob sie nun trotz Statin innert 10 Jahren sterben wird (was fast so häufig ist wie ohne Statin) oder ob sie auch ohne Statin überleben wird (was wiederum fast gleich häufig ist wie mit einem Statin).

Die Arbeitsgruppe hatte sich selbst und die Öffentlichkeit 20 Jahre lang irreführend mit der Idee, es gäbe einen Cholesterin-Grenzwert. Dass ein Gesamtrisiko-«Grenzwert» entscheidend ist, war bei der Lancierung der Cholesterin-Hysterie schon wissenschaftlich evident [3] und etwa aus der Sheffield-Tafel gut ersichtlich [4]. Erst ein bereits erfolgter Infarkt und die doch eher seltene Massierung von sämtlichen Risikofaktoren beim Herzgesunden zeigen, dass der Organismus ein wirkliches Problem mit dem Cholesterin hat. Die Primärprävention war immer eine untaugliche Idee und mit einer zu hohen *number-needed-to-treat* verbunden, was in der Hysterie-Zeit iatrogene Mortalität in beträchtlichem Ausmass verursacht hat [5, 6]. Es ist daher erfreulich, wenn auch logisch und zwingend, dass sich die Arbeitsgruppe von ihren früheren Verirrungen gelöst und eine sachgerechte Stossrichtung eingeschlagen hat, die sie im Grunde mit dem Swiss Medical Board verbindet. Die Stellungnahme ist insgesamt bemerkenswert sachlich und evidenz-basiert (und erwähnt etwa auch die vielfach übersehene Tatsache, dass Diabetiker auch mit einem normalen Cholesterin von einem Statin mehr profitieren als von der Blutzuckerkontrolle); sie macht aber grundlos Stimmung gegen das Swiss Medical Board, statt in ihren eigenen Reihen und im Land zu sorgen, dass die von ihr initiierte, alte Torheit der ungezielten Cholesterinbestimmungen und -behandlungen aufhört.

Die Festsetzung eines Risiko-Grenzwertes, ab welchem eine Behandlung einen fassbaren Nutzen hat, bleibt stets etwas willkürlich und hängt von vielen Gesichtspunkten ab. Die Ärzteschaft pflegt zu unbesonnen ihren übereifrigen Krieg gegen alles Pathologische, als dass sie sich keine Einmischungen gefallen lassen müsste. Es ist richtig, wenn Ethiker, Ökonomen und eine breitere Öffentlichkeit heute mitreden, wann medizinische Massnahmen sich rechtfertigen lassen und wann nicht [7]. Wenn Patienten und Ärzte dadurch «verunsichert» werden, kann Transparenz in die Cholesterinfrage und in die alten Irreführungen durch Lipidologen und Präventivmediziner kommen. (Herz-)Gesunde Personen sollten so transparent informiert werden, dass sie möglichst selber entscheiden können, ob sie ein gewisses Risiko (bzw. eine kleine Risikodifferenz) tragen

oder lieber «Risikopatient» werden wollen. Dabei können gute Empfehlungen eine Orientierungshilfe sein.

*Dr. med. Johannes G. Schmidt, Einsiedeln*

- 1 Taylor F, Huffman MD, Macedo AF et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Collaboration January 2013.
- 2 von Eckardstein A, Riesen W, Rodondi N et al. Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Schweiz. Ärztezeitung 2014;95(29/30):1084-7.
- 3 Schmidt JG. Cholesterinscreening: Die Irrationalität von Grenzwerten und die Berücksichtigung des Gesamtrisikos für eine rationale Therapie. In: Kochen MM (Hrsg.). Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis - Rational Pharmacotherapy in General Practice. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1991; 67-811
- 4 Ramsay LE, Haq IU, Jackson PR et al. The Sheffield table for primary prevention of CHD. Lancet 1996; 348:1252.
- 5 Schmidt JG. Cholesterol lowering treatment and mortality. Br. Med. J. 1992; 305: 1226-7.
- 6 Schmidt JG. Der Einfluss der Cholesterinsenkung auf die Mortalität. Schweiz. Med. Wochenschr. 1993; 123: 2150-5.
- 7 Schmidt JG. Evidence-based Medicine und Rationierung. Managed Care 2001:6.



## Autonomie und Irrtumsanfälligkeit des «denkenden Schilfrohrs» Mensch

### Eine Sprachkunde

In der etwas undeutlich und umständlich formulierten Antwort auf einen Leserbrief, dessen Verfasserin der «Palliative Care» die «Autonomie des reiflich überlegten Suizidbeschlusses» entgegenhält, war in SÄZ Nr. 27/28 zu lesen: «Ein nennenswerter Teil der Mitglieder der Ärzteschaft und anderer Berufsgattungen im gros-

### Leserbriefe



Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Leserbrief 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/)

sen Nachbarland [...] bleibt «verkeilt» («coincé») in deontologischen Haltungen, die nicht gänzlich akzeptieren, dass die Person, und besonders der Kranke, die volle und ganze Freiheit, sich über die Art, seine Existenz zu führen/fortzusetzen, habe; namentlich die Freiheit, sich für eine Behandlung, von welcher er profitiert, zu entscheiden, wohlverstanden inbegriffen, sie abzulehnen, ohne sich zu «rechtfertigen» zu haben. Man kann also ausgewogene, nicht-dogmatische Positionen begrüssen.»

Was ist, wenn der genannte «nennenswerte Teil» (derjenige mit den religiösen Attitüden?), der vielleicht zum Weiterleben rät (jedoch niemanden dazu zwingt), lediglich vorsichtig im Umgang mit grossen Worten wie «Autonomie» oder «uneingeschränkte Entscheidungsfreiheit» sein möchte, dies angesichts der Tatsache, dass der Mensch auch schon «denkendes Schilfrohr» genannt wurde (Blaise Pascal, französ. Philosoph 1623–1662), dessen Entscheide, ob reiflich überlegt («mûre») oder nicht, auch irr-

tümlich oder «vom Wind gebogen» (also z.B. Trend-, nicht autonom bestimmt und irrtümlich für freiwillig gehalten sein können? Ist «vorsichtig» gleich «dogmatisch»?)

*Med. pract. Peter Süsstrunk, Seewis*

1 Martin J. Réponse. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(27/28):1055.

## Mitteilungen

### Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

#### Ausschreibung Johann-Georg-Zimmermann-Forschungspreis 2014/2015 Ausschreibung Johann-Georg-Zimmermann-Medaille 2014/2015

Seit mehr als 40 Jahren fördert die Deutsche Hypothekbank AG mit dem Johann-Georg-Zimmermann-Preis herausragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Krebsforschung. In Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurde seither eine Vielzahl deutscher und internationaler Forscher(innen) für besondere Verdienste in der Krebsbekämpfung geehrt. Der Preis zählt zu den höchsten Auszeichnungen Deutschlands im Bereich der Krebsforschung. Seit 2012/2013 erfolgt die Vergabe des Preises durch die Förderstiftung MHH plus. Die Auswahl der Preisträger(innen) erfolgt durch ein wissenschaftliches Kuratorium, dessen Vorsitz Herr Professor Dr. Michael P. Manns (MHH) innehat.

Auch dieses Mal soll die Auszeichnung zweigeteilt werden. Medizinische Fakultäten und Forschungseinrichtungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz werden gebeten, in ihren Augen besonders herausragende und preiswürdige Wissenschaftler(innen) und Persönlichkeiten in der Krebsforschung zu benennen. Aus diesen Vorschlägen wählt das wissenschaftliche Kuratorium die Preisträgerin / den Preisträger für den Johann-Georg-Zimmermann-Forschungspreis – dotiert mit 10000 Euro und gerichtet an junge Nachwuchsforscher(innen) (bis 40 Jahre) für ihre aktuelle wissenschaftli-

che Arbeit – und für die Johann-Georg-Zimmermann-Medaille eine Persönlichkeit, die sich mit besonderem Engagement um die Bekämpfung von Krebserkrankungen verdient gemacht hat. Diese Auszeichnung ist mit 2500 Euro dotiert. Von der Empfängerin / dem Empfänger der Medaille wird erwartet, dass sie/er einen Festvortrag hält.

Die Preisverleihung wird voraussichtlich Anfang Februar 2015 in der MHH stattfinden. Vorschläge für die Vergabe des Forschungspreises und der Medaille sind *bis 7. September 2014* (Ausschlussfrist) elektronisch unter [www.mh-hannover.de/4282.html](http://www.mh-hannover.de/4282.html) einzureichen. Benötigt dazu werden ein Votum informativum des Vorschlagenden sowie ein tabellarischer Lebenslauf (mit aktueller Telefonnummer und Bild) und eine Auflistung bisheriger Veröffentlichungen Ihrer Kandidatin / Ihres Kandidaten. Es werden nur Vorschläge angenommen, die vollständig und in elektronischer Form über das Webformular eingereicht werden. Weitere Auskünfte bei Dr. Eckhard Schenke, Stabsstelle Fundraising, Tel. 0049 511 532 65 49 oder [schenke.eckhard\[at\]mh-hannover.de](mailto:schenke.eckhard[at]mh-hannover.de)

### Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (AGLA)

#### AGLA Pocketguide 2014 «Prävention der Atherosklerose» – Erweiterte und aktualisierte Ausgabe nach aktuellen internationalen Guidelines

Die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiolo-

gie (AGLA) hat den Pocketguide «Prävention der Atherosklerose» aktualisiert und ergänzt. Die handliche Broschüre im Kitteltaschenformat ist auf Deutsch und Französisch verfügbar und kann ab sofort via [www.agla.ch/empfehlungen/bestellservice](http://www.agla.ch/empfehlungen/bestellservice) bestellt werden.

Die AGLA stützt sich in der neuen Auflage vor allem auf ihre eigene, auf den PROCAM-Daten beruhende Risikoschätzmethode sowie auf die aktuellen Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) und der European Atherosclerosis Society (EAS). Von diesen und weiteren Publikationen abgeleitet empfiehlt sie für die Schweiz ein effizientes Vorgehen zur Abklärung, Schätzung und Beurteilung des kardiovaskulären Risikos sowie Interventionen und Behandlungsstrategien. Der Pocketguide enthält neu auch einen optimierten AGLA-Score, der eine CV-Risikoschätzung für Personen bis 75 Jahre ermöglicht. Die 20-seitige Broschüre behandelt folgende Themen:

- Indikationen für eine kardiovaskuläre Risikoabklärung
- Kardiovaskuläre Risikoschätzung und -beurteilung
- Bei der Risikoberechnung nicht berücksichtigte Risikofaktoren
- Risikofaktoren und relatives Risiko
- Behandlungsstrategie bei kardiovaskulären Risikofaktoren
- Weitere Massnahmen zur Sekundärprävention
- Medikamentöse Therapie der Dyslipidämien
- Labormonitoring bei Statintherapie

Der neue Pocketguide wird von der AGLA gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) herausgegeben.