

# Courrier au BMS



## 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, vorauszu sehen,

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-

### 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/)

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.

## Communications

### 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 wissenschaftliche 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)

### Groupe de travail Lipides et Athérosclérose de la Société Suisse de Cardiologie (GSLA)

#### Nouveau: Guide de poche du GSLA 2014 «Prévention de l'athérosclérose» – Edition élargie et actualisée selon les dernières recommandations internationales

Le Groupe de travail Lipides et Athérosclérose de la Société Suisse de Cardiologie (GSLA) vient de publier une nouvelle édition élargie et actualisée de son guide de poche «Prévention de l'athérosclérose». La brochure, en format poche de blouse pratique, est disponible

en français et en allemand et peut être commandée sur [www.gsla.ch/recommandations/service-de-commande](http://www.gsla.ch/recommandations/service-de-commande). Dans la nouvelle édition de son guide de poche, le GSLA se réfère principalement à sa propre méthode de calcul du risque qui repose sur les données PROCAM ainsi qu'aux versions actuelles des recommandations de la European Society of Cardiology (ESC) et de la European Atherosclerosis Society (EAS). Sur la base de celles-ci et en prenant compte d'ultérieures publications, le GSLA recommande pour la Suisse d'effectuer une évaluation, estimation et analyse adéquates du risque cardio-vasculaire ainsi que d'adopter des interventions et stratégies de traitement y relatives. Le guide de poche contient désormais un score du GSLA optimisé qui permet de calculer le risque cardio-vasculaire jusqu'à l'âge de 75 ans. La brochure de 20 pages couvre les principaux points suivants:

- Indications d'une évaluation du risque cardio-vasculaire
- Estimation et évaluation du risque cardio-vasculaire
- Facteurs de risque négligés lors du calcul du risque
- Facteurs de risque et risque relatif
- Stratégie de traitement en cas de facteurs de risque cardio-vasculaire
- Autres mesures dans la prévention secondaire
- Traitement médicamenteux des dyslipidémies
- Monitoring de laboratoire lors du traitement par statines

Le nouveau guide de poche est à nouveau publié conjointement par le GSLA et la Société Suisse de Cardiologie (SSC).