

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, vorauszusehen,

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.

e-Links auf nä Seite



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 Eingabeformular 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/

Literatur

- 1) Fiona Taylor, Mark D Huffman, Ana Filipa Macedo et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Collaboration* January 2013
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004816.pub5/abstract>
- 2) von Eckardstein A, Riesen W, Rodondi N et al. Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. *Schweiz. Ärztezeitung* 2014; 95: 1084-1087
www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/details/statine-zur-primarpraevention-kardiovaskulaerer-erkrankungen.html
- 3) Schmidt JG. Cholesterinscreening: Die Irrationalität von Grenzwerten und die Berücksichtigung des Gesamtrisikos für eine rationale Therapie. In: Kochen MM, ed. *Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis - Rational Pharmacotherapy in General Practice*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1991; 67-811
www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/Springer1991.pdf
- 4) Ramsay LE, Haq IU, Jackson PR et al. The Sheffield table for primary prevention of CHD. *Lancet* 1996; 348:1252.
- www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2805%2965536-5/fulltext
- www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_3_symposium/Karger_IV_5_Schmidt.pdf
- 5) Schmidt JG. Cholesterol lowering treatment and mortality. *Br. Med. J.* 1992; 305: 1226-1227
www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/BMJ1992.pdf
- 6) Schmidt JG. Der Einfluss der Cholesterinsenkung auf die Mortalität. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1993; 123: 2150-2155
www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/SMW1993.pdf
- 7) Schmidt JG. Evidence based Medicine und Rationierung. *Managed Care* 2001; 6
www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/ManagedCare2001_Rationierung.pdf