

**Inhaltsverzeichnis: siehe Seite 32**

## Weniger Antibiotika dank CRP und Kommunikationstraining

**r** Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM et al. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009 (5. Mai); 338: b1374

### Studienziele

In dieser Cluster-randomisierten Studie wurde untersucht, ob in der Allgemeinpraxis die Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP), ein spezifisches Kommunikationstraining oder beides zusammen hilft, bei Atemwegsinfektionen Antibiotika zu sparen und wie dies die Behandlungsergebnisse beeinflusst.

### Methoden

In 20 niederländischen Praxen mit jeweils 2 Allgemeinärztinnen oder -ärzten wurden 431 Kranke mit einer Infektion der unteren Luftwege in die Studie aufgenommen. Die Praxen wurden nach dem Zufall einer der folgenden vier Interventionsgruppen zugeteilt: 1. CRP-Bestimmung in der Praxis, 2. strukturierter Workshop mit Kommunikationstraining, 3. die Kombination der Massnahmen 1 und 2, 4. keine Intervention (Kontrollgruppe). Die Erkrankten führten ein Symptomtagebuch für 28 Tage. Primäres Auswertungskriterium war die Verordnung von Antibiotika in der Erstkonsultation, als sekundäre Kriterien dienten Antibiotikaverordnungen während der weiteren Beobachtungszeit, erneute Konsultationen, klinische Heilung und Zufriedenheit der Behandelten.

### Ergebnisse

Bei 227 von 431 Kranken wurde das CRP bestimmt; bei 69% von ihnen lag der Wert unter 20 mg/l, bei 24% zwischen 20 und 99 mg/l und bei 7% 100 mg/l oder mehr. CRP-Bestimmung und Kommunikationstraining der Fachpersonen reduzierten die Zahl der Antibiotikaverordnungen bei Behandlungsbeginn je um etwa die Hälfte: die CRP-Bestimmung reduzierte den Anteil der antibiotisch Behandelten von 53% auf 31% und das Kommunikationstraining von 54% auf 27%. Mit beiden Interventionen zusammen erhielten nur 23% der Kranken Antibiotika gegenüber 67% in der Kontrollgruppe. Unabhängig vom Antibiotikagebrauch waren der Symptomverlauf, die Anzahl Folgekonsultationen und die Zeit bis zur Heilung in allen 4 Gruppen identisch. Die Patientinnen und Patienten waren in allen 4 Gruppen gleich zufrieden. Komplikationen, insbesondere Hospitalisationen oder Todesfälle, ereigneten sich keine.

### Schlussfolgerungen

Sowohl die Bestimmung des CRP in der Praxis als auch ein Kommunikationstraining der medizinischen Fachpersonen reduziert die Anzahl Antibiotikaverschreibungen bei Atem-

wegsinfekten ohne negativen Einfluss auf den Heilungsverlauf und die Zufriedenheit der Kranken.

Zusammengefasst von Markus Häusermann

*Obwohl kein Outcome-Kriterium dieser aufwendig geplanten, Cluster-randomisierten Studie, nehme ich ein wichtiges Ergebnis schon einmal vorweg: Die Reduktion von Antibiotikaverordnungen bei Kranken mit akuten respiratorischen Infekten des unteren Respirationstraktes hat – zumindest innerhalb des Beobachtungszeitraums von 28 Tagen – niemandem in den beiden Interventionsgruppen geschadet. Diesen Sicherheitsaspekt bestätigen sowohl zahllose andere Studien wie auch die kürzliche Empfehlung des britischen «National Institute of Clinical Excellence» (NICE), Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten nur den wirklich gefährdeten Kranken vorzubehalten (1. Kinder unter 2 Jahren mit bilateraler Otitis media; 2. Kinder mit Otitis media und laufendem Ohr; 3. Personen mit Pharyngitis/Tonsillitis und 3 von 4 «Centor»-Kriterien [Fieber, Tonsillenexsudat, zervikale Lymphknoten, fehlender Husten] – wobei letztere Gruppe noch zu diskutieren wäre).*

*Bleibt die Frage, ob man beide erfolgreich getesteten Interventionsmassnahmen, die Testung des CRP in der Praxis und das Kommunikationstraining, als «Paket» zur Reduktion der immer noch irrationalen Überverschreibung von Antibiotika empfehlen soll. Mein Urteil fällt ziemlich eindeutig aus: Kommunikationstraining ja, CRP-Testung nein. Nicht nur dass die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen keine statistisch signifikanten Differenzen aufwiesen. CRP verursacht zusätzliche Kosten, die Interpretation ist nicht immer einfach und zuverlässig und Untersuchungen z.B. aus Skandinavien zeigen ein nicht zu unterschätzendes «Missbrauchspotential» (exzessiver Einsatz bei Erkältungskrankheiten).*

*Auch wenn das Kommunikationstraining, wie etliche andere Untersuchungen zeigen, regelmässig wiederholt werden muss, um effektiv zu bleiben: Es ist von konstantem Nutzen für PatientInnen und ÄrztInnen in der hausärztlichen Praxis – nicht nur beim Einsatz von Antibiotika.*

Michael M. Kochen

#### Was bedeuten die Symbole?

- r** Randomisiert-kontrollierte Studie
- k** Kohortenstudie
- f** Fall-Kontroll-Studie
- m** Meta-Analyse oder systematische Übersicht
- a** Andere Studienart

## Acetylsalicylsäure bei peripherer Ischämie: gute Studien Mangelware

**m** Berger JS, Krantz MJ, Kittelson JM et al. Aspirin for the prevention of cardiovascular events in patients with peripheral artery disease: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2009 (13. Mai); 301: 1909-19

### Studienziele

Obwohl verschiedene Guidelines die Verschreibung von Acetylsalicylsäure (ASS; Aspirin® u.a.) bei der Sekundärprophylaxe der peripher-arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) empfehlen, besteht hierfür bis heute keine gesicherte Evidenz. In der vorliegenden Meta-Analyse wurde untersucht, ob ASS bei Personen mit PAVK kardiovaskuläre Ereignisse verhindert.

### Methoden

Mit einer systematischen Recherche wurden 165 potentiell verwertbare Studien gefunden, von denen aber nur 18 die folgenden drei Einschlusskriterien erfüllten: 1. Die Studien mussten prospektiv und randomisiert sein, 2. PAVK-Kranke einschliessen, bei denen ASS allein oder in Kombination mit Dipyridamol (Asasantin®) gegen Placebo oder eine Kontrollgruppe untersucht wurde und 3. Daten über Gesamtmortalität, kardiovaskulären Tod, Herzinfarkt, Hirnschlag und relevante Blutungen ausweisen. Als primärer Endpunkt wurde die Kombination von nicht-tödlichem Herzinfarkt, nicht-tödlichem Hirnschlag und kardiovaskulärem Tod definiert.

### Ergebnisse

In den 18 Studien wurden insgesamt 5269 Personen untersucht. Die verwendeten Dosierungen lagen zwischen 100 und 1500 mg ASS täglich und bei Studien mit einer Kombinationstherapie im Bereich von 25/75 mg bis 325/75 mg ASS/Dipyridamol dreimal täglich. Im Vergleich zu Placebo wurden unter ASS weniger kardiovaskuläre Ereignisse beobachtet, der Unterschied war aber statistisch nicht signifikant (absolute Risikoreduktion von 2%, relative Risikoreduktion um 12%). Von 6 sekundären Endpunkten wurde einzig das Auftreten eines nicht-tödlichen Hirnschlags signifikant reduziert (ARR von 1%, RRR von 34%). Ein identisches Bild zeigte sich bei der Subanalyse von Studien, bei denen ASS als Monotherapie eingesetzt wurde. Unter ASS zeigte sich kein signifikant erhöhtes Blutungsrisiko.

### Schlussfolgerungen

Diese Meta-Analyse hinterfragt die Indikation von ASS zur Sekundärprophylaxe bei Leuten mit PAVK. Der kombinierte Endpunkt von Herzinfarkt, Hirnschlag und kardiovaskulärem Tod konnte durch ASS nicht signifikant gesenkt werden, jedoch zeigte sich eine signifikante Reduktion des Hirnschlag-Risikos.

Zusammengefasst von Werner Eugster

**Dass es nicht gelungen ist, bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) einen eindeutigen präventiven Nutzen niedrig dosierter Acetylsalicylsäure zu zeigen, beruht in erster Linie darauf, dass die entsprechenden Studien zu klein waren. Als kleiner Trost bleibt der Nachweis einer signifikanten Reduktion nicht-tödlicher Schlaganfälle, d.h. einer günstigen Wirkung auf einen von sechs sekundären Studienendpunkten. Diese Meta-Analyse wirft ein Schlaglicht auf unser vermeintlich so gutes Wissen zur Acetylsalicylsäure. An**

**diesem Wirkstoff lässt sich nicht genug verdienen und deshalb ist die Industrie auch nicht daran interessiert, neue und bessere Studien durchzuführen. Dies zeigt sich auch an den höchst unterschiedlichen «offiziellen» Indikationen verschiedener Acetylsalicylsäure-Präparate (im Arzneimittel-Kompendium) – bei den einen ist die PAVK gar nicht erwähnt, andere enthalten (im Gegensatz zur vorhandenen Evidenz) spezielle Dosierungsangaben bei zerebrovaskulären Problemen. Kurz: ob der in der Meta-Analyse geäusserte Wunsch nach grösseren prospektiven Studien je in Erfüllung gehen wird, ist sehr fraglich.**

Etzel Gysling

## Koronar-Screening bei Diabeteskranken bringt wenig

**r** Young LH, Wackers FJ, Chyun DA et al. Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: the DIAD study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009 (15. April); 301: 1547-55

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die hauptsächliche Todesursache bei Diabeteskranken. Deren Prävention, frühzeitige Diagnose und konsequente Behandlung sind neben der «scharfen» Blutzuckereinstellung Ecksteine der evidenzbasierten Diabetesbehandlung. Ob ein intensives Screening asymptomatischer Diabeteskranken einen Sinn macht, wurde bis anhin kontrovers diskutiert. Daher wurden für diese Studie an 14 Zentren der USA und Kanada 1123 50- bis 75-jährige Personen mit Typ-2-Diabetes in zwei Gruppen randomisiert. Eine Gruppe wurde mittels kardialer Stress-Szintigraphie untersucht und das Ergebnis den Teilnehmenden und ihren Behandelnden mitgeteilt. Die Behandlung in den Zentren erfolgte nach lokalen Guidelines und dem Ermessen der Behandelnden. Endpunkte waren nicht-tödlicher Herzinfarkt und Tod mit kardialer Ursache.

Von 522 Szintigraphien zeigten 83 Perfusionsausfälle und 30 andere Pathologien. Je schwerer die Ausfälle waren, desto häufiger ereignete sich während der Beobachtungsdauer von median 5 Jahren einer der primären Endpunkte. Aber übers Ganze gesehen wurden die Endpunkte gleich häufig erreicht, ob gescreent oder nicht: 15 in der Screening-Gruppe und 17 in der Kontrollgruppe! Auch koronare Revascularisationen, Herzinsuffizienz, instabile Angina und Schlaganfälle waren ähnlich häufig.

*In dieser grossangelegten Studie konnte kein positiver Effekt eines intensiven Screenings auf eine koronare Krankheit bei asymptomatischen Personen mit Typ-2-Diabetes gefunden werden. Die Studienverantwortlichen sprechen zwar von einem negativen prädiktiven Wert von 98% (ein sinnloser Wert bei einer Prävalenz der Krankheit von unter 2%), jedoch sei der positive prädiktive Wert mit 12% viel zu klein. Sie führen dies auf die Tatsache zurück, dass die Untersuchten die gegenwärtig bestmöglichen Therapien erhielten, inklusive einer guten lipidsenkenden und blutdrucksenkenden Therapie und dass koronare Ereignisse 3- bis 4-fach seltener als erwartet auftraten, nämlich 0,6 pro Person und Jahr. Ein Screening asymptomatischer, nach neuesten Kriterien optimal behandelter Diabeteskranker sei daher nicht sinnvoll.*

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

## Antiretrovirale Therapie frühzeitig starten

**k** Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG et al.; NA-ACCORD Investigators. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med* 2009 (30. April); 360: 1815-26

### Studienziele

Die Frage, wann bei asymptomatischen HIV-Infizierten eine antiretrovirale Therapie einzusetzen hat, wird kontrovers beurteilt. Bisherige Daten zeigten, dass bei frühzeitigem Beginn die Immunfunktion länger erhalten bleibt. Ob auf lange Sicht auch die Mortalität beeinflusst wird, ist die Fragestellung dieser Teilstudie der amerikanischen HIV-Kohortenstudie «North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design» (NA-ACCORD).

### Methoden

Untersucht wurden die Daten von 17'517 HIV-positiven Personen, die zwischen Januar 1996 und Dezember 2005 behandelt worden waren. Bei Studienbeginn wiesen sie weder AIDS-Symptome auf noch hatten sie eine antiretrovirale Therapie erhalten. Verglichen wurde die Mortalität bei denjenigen, die früh (innerhalb von 6 Monaten) eine antiretrovirale Kombinationstherapie erhalten hatten mit derjenigen der erst später Behandelten. Die Analyse wurde getrennt durchgeführt für HIV-Infizierte, die bei Studienbeginn eine CD4-Zahl zwischen 351 und 500/ $\mu$ l aufgewiesen hatten und für solche mit mehr als 500/ $\mu$ l.

### Ergebnisse

Bei 8'362 Personen lag die CD4-Zahl bei Studienbeginn zwischen 351 und 500/ $\mu$ l. Von diesen erhielten 25% innerhalb von 6 Monaten eine antiretrovirale Kombinationstherapie, bei den übrigen wurde erst später damit begonnen. Etwa bei der Hälfte von Letzteren war bis zum Therapiebeginn die Zahl der CD4-Zellen unter 351/ $\mu$ l gesunken. Während der Studienzeit starben in der Gruppe mit frühzeitiger Therapie 137 Personen, bei denjenigen mit der späteren Therapie wurden 238 Todesfälle gezählt. Dies entsprach einer Zunahme des Sterberisikos um 69% durch einen späteren Therapiebeginn. Die Gruppe mit einer CD4-Zahl über 500/ $\mu$ l umfasste 9155 Personen. 24% wurden innerhalb 6 Monaten antiretroviral behandelt, die Übrigen erst später. 113 Todesfällen in der Gruppe mit früher Behandlung standen 198 in der Gruppe mit verzögertem Behandlungsbeginn gegenüber. Dies entsprach einer Zunahme des Sterberisikos um 94% durch einen späteren Therapiebeginn.

### Schlussfolgerungen

HIV-Infizierte, bei denen die antiretrovirale Kombinationstherapie frühzeitig einsetzt, weisen ein geringeres Sterberisiko auf.

**k** Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *When To Start Consortium. Lancet* 2009 (18. April); 373: 1352-63

### Studienziele

Seit der Einführung von antiretroviralen Kombinationstherapien im Jahre 1996 ist die Mortalitätsrate bei HIV-Infizierten deutlich gesunken. Nach wie vor ist aber nicht geklärt, bei welcher CD4-Zellzahl eine antiretrovirale Kombinationstherapie begonnen werden soll. In der aktuellen Studie wurden Daten aus mehreren HIV-Kohortenstudien gemeinsam ausgewertet.

## Methoden

Die Daten stammten von asymptomatischen HIV-Infizierten mit einer CD4-Zellzahl unter 550/ $\mu$ l, die nach dem Jahr 1997 in 15 HIV-Kohortenstudien (darunter auch die Schweizer HIV-Kohortenstudie) neu mit einer antiretroviralen Kombination behandelt worden waren. Personen, die Drogen injiziert hatten, wurden ausgeschlossen. Untersucht wurde der Einfluss einer antiretroviralen Kombinationstherapie auf das Auftreten AIDS-definierender Erkrankungen und das Sterberisiko in Abhängigkeit von der CD4-Zahl bei Therapiebeginn. Um den Verlauf der HIV-Infektion ohne antiretrovirale Kombinationstherapie abzuschätzen, wurden ausserdem die Daten von 7 Kohortenstudien aus der Zeit vor Einführung der Kombinationstherapie ausgewertet.

### Ergebnisse

Die Gruppe aus der Zeit vor der Kombinationstherapie umfasste 21'247 Infizierte, die Gruppe nach 1998 24'444. Die Beobachtungszeit betrug in beiden Gruppen median etwa 3 Jahre. Während der Studienzeit erkrankten in den früheren Kohorten 25% an AIDS und 17% starben. In den späteren Kohorten war dies bei 8% und 3% der Fall. Eine später einsetzende Therapie bei CD4-Zellzahlen zwischen 251 und 350/ $\mu$ l war mit einem 28% höheren Risiko für AIDS oder Tod verbunden als wenn die Therapie bei Werten zwischen 351 und 450/ $\mu$ l begonnen wurde. Bei niedrigeren CD4-Zellzahlen bei Therapiebeginn waren die Nachteile einer später einsetzenden Behandlung noch ausgeprägter. So war ein Therapiebeginn bei Zellzahlen zwischen 126 und 225/ $\mu$ l mit einer Verdoppelung des AIDS- und Sterberisikos verbunden im Vergleich mit einem Therapiebeginn bei einer Zellzahl zwischen 226 und 325/ $\mu$ l. Hingegen waren die Unterschiede bei CD4-Zellzahlen zwischen 351 und 450/ $\mu$ l gegenüber denjenigen zwischen 451 und 550/ $\mu$ l gering.

### Schlussfolgerungen

Die Studienresultate sprechen dafür, dass eine antiretrovirale Kombinationstherapie höchstens bis zum Abfall der CD4-Zellzahl auf 350/ $\mu$ l hinausgezögert werden sollte.

Beide Studien zusammengefasst von Bettina Wortmann

**Die Frage des richtigen Zeitpunktes des Therapiebeginns ist eine der schwierigsten überhaupt bei der Behandlung der HIV-Infektion. Hätte die Therapie keine Nebenwirkungen, so würden biologische Argumente längst für einen frühzeitigen Therapiebeginn sprechen. Doch diese Argumente müssen noch durch Erfahrungen bestätigt werden. In den letzten 10 Jahren sind die Nebenwirkungen durch die Einführung neuer Substanzen immer geringer geworden. Erst diese Entwicklung macht es möglich, dass wir über eine frühzeitige Therapie nachdenken können. Die beiden Analysen von prospektiv erhobenen Behandlungsdaten zeigen, dass eine Therapie bei jedem untersuchten Schwellenwert (CD4-Wert) noch einen Nutzen hat, auch wenn der Nutzen verständlicherweise bei höheren CD4 Werten immer geringer wird. Es ist eine Frage der Zeit, bis wir die HIV-Infektion möglicherweise mit vereinfachten Erhaltungstherapien schon von Anfang an behandeln werden. Zusammen mit einer aktiven Teststrategie wird dies auch einen grossen Effekt auf Neuansteckungen haben.**

Pietro Vernazza

## Prostatakarzinom-Screening sinnvoll?

**I** Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd et al; PLCO Project Team. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009 (26. März); 360: 1310-9

### Studienziele

Der Nutzen eines Screenings auf Prostatakarzinome mittels der Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und Rektalpalpation ist umstritten. In der randomisierten amerikanischen PLCO-Studie (Prostata, Lunge, Kolorektalkarzinome, Ovarialkarzinome) wurde die Auswirkungen von jährlichen PSA-Bestimmungen und Rektalpalpation auf die Prostatakarzinom-Mortalität untersucht.

### Methoden

Zwischen 1993 und 2001 wurden 76'693 Männer im Alter zwischen 55 und 74 Jahren in die Studie aufgenommen. Nach dem Zufall wurde bei der einen Hälfte jährlich das PSA bestimmt (6 Jahre lang) und die Prostata palpirt (4 Jahre lang). PSA-Werte über 4,0 ng/ml und verdächtige Rektalbefunde wurden weiter abgeklärt und allenfalls behandelt. Primärer Studienendpunkt stellten die Prostatakarzinom-Todesfälle dar.

### Ergebnisse

Screening-Untersuchungen wurden bei etwa 85% in der Screening-Gruppe tatsächlich durchgeführt, in der Kontrollgruppe etwa bei 50%. Die Beobachtungszeit dauerte median mehr als 11 Jahre. Nach 7 Jahren waren in der Screening-Gruppe 2'820 Prostatakarzinome diagnostiziert worden gegenüber 2'322 in der Kontrollgruppe (relatives Risiko 1,22, Unterschied signifikant). Die entdeckten Prostatakarzinome unterschieden sich kaum bezüglich ihres Stadiums und auch die Prostatakarzinom-Mortalität war in beiden Gruppen etwa gleich gross (50 gegenüber 44 Todesfälle, Unterschied nicht signifikant). Die vorhandenen Ergebnisse nach 10 Jahren entsprachen etwa denjenigen nach 7 Jahren.

### Schlussfolgerungen

Die Prostatakarzinom-Mortalität nach einer Beobachtungszeit von 7 bis 10 Jahren war in dieser Studie bei Männern zwischen dem 55. und dem 74. Lebensjahr gering und wurde durch die Teilnahme an einem Screening-Programm nicht beeinflusst.

Zusammengefasst von Felix Tapernoux

**I** Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al; ERSPC Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009 (26. März); 360: 1320-8

### Studienziele

Diese europäische Multizenterstudie, die in den frühen 1990er-Jahren begonnen wurde, untersuchte, ob ein Screening-Programm mit PSA-Bestimmung bei der männlichen Bevölkerung zu einer Reduktion der Prostatakarzinom-Mortalität führt.

### Methoden

Mit der Hilfe von Bevölkerungsregistern wurden in mehreren europäischen Ländern 182'000 Männer im Alter von 50 bis 74 Jahren zur Teilnahme an der Studie ausgewählt und randomisiert entweder der Screening- oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Teilnehmer in der Screening-Gruppe wurden durchschnittlich alle 4 Jahre zu einer PSA-Bestimmung eingeladen. Wegen Unterschieden in den Ländern wurden schliesslich nur die zu Beginn 55- bis 69-

Jährigen in die Studie aufgenommen. Die Grenzwerte der PSA-Werte waren nicht in allen Ländern und Jahren gleich. Bei erhöhten Werten wurden weitere Abklärungen und Behandlungen eingeleitet.

### Ergebnisse

82'816 Männer kamen in die Screening-, 99'184 in die Kontrollgruppe. Die Beobachtungszeit dauerte median 9 Jahre. In der Screening-Gruppe wurde bei 82% der Männer mindestens einmal eine PSA-Bestimmung durchgeführt. Prostatakarzinome wurden in der Screening-Gruppe bei 8%, in der Kontrollgruppe bei 5% diagnostiziert. 214 gegenüber 326 Männern starben an Prostatakrebs. Das ergibt für die Screening-Gruppe ein relatives Risiko von 0,8 (95%-CI 0,65 bis 0,95), an Prostatakrebs zu sterben. Die absolute Differenz, an einem Prostatakarzinom zu sterben, betrug 0,71 pro 1000 Männer, d.h. es mussten 1410 Männer gescreent und 48 zusätzliche Prostatakarzinome behandelt werden, um einen Karzinomtod zu verhindern.

### Schlussfolgerungen

Das Screening mittels PSA-Bestimmung reduziert das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, um 20%. Es müssen aber sehr viele Männer gescreent und viele zusätzliche Krebsdiagnosen gestellt werden, was dann eventuell auch unnötige Behandlungen zu Folge hat.

Zusammengefasst von Peter Koller

**Die ersten Publikationen der grossen US-amerikanischen und europäischen Trials zum routinemässigen PSA-Screening mit oder ohne zusätzlicher digitaler Rektaluntersuchung führen leider zu mehr neuen Fragen als Antworten bezüglich dem Nutzen des PSA-Screenings. Die Studie von Andriole et al. erbringt keine Mortalitätsreduktion für das Prostatakarzinom, wahrscheinlich weil die Mehrzahl der Männer bereits in den 3 Jahren vor Studien-Einschluss ein PSA-Screening hatte. Die Studie von Schröder et al. zeigt eine 20% relative Risikoreduktion der Mortalität an Prostatakarzinom. Dies entspricht 7 verhinderten Prostatakrebstoten per 10'000 gescreenten Männern. Das europäische Programm führte zu 17'000 Biopsien, die in 75% der Fälle falsch-positiv waren, und zu geschätzten zusätzlichen 177 radikalen Prostatektomien sowie zu 100 Strahlentherapien pro 10'000 untersuchte Männer. Es resultierte in den ersten 7 Jahren des Programms kein Überlebensgewinn für Männer der Screening-Gruppe. Leider erfahren wir nicht, wie viele Männerjahre mit reduzierter Lebensqualität «erkauft» werden müssen, damit ein früh diagnostizierter und behandelter Mann einen zusätzlichen Überlebensgewinn hat. Die Schröder-Studie weist erhebliche methodologische Mängel auf. Es ist unklar, aufgrund welcher Kriterien sie formal gestoppt und diese Interimsanalyse publiziert wurde. Unterschiedliche Randomisierungsverfahren in den einzelnen Ländern, eine fehlende Intention-to-Treat-Analyse (zwei Länder wurden von der Analyse ausgeschlossen) schwächen die Ergebnisse dieser Studie und legen die Vermutung nahe, dass die europäische Studie bei konservativer Analyse einen marginal klinischen Effekt zeigt, der statistisch wahrscheinlich nicht signifikant wäre.**

Heiner C. Bucher

## Ballon-Kyphoplastik bei osteoporotischen Wirbelfrakturen

**I** Wardlaw D, Cummings SR, Van Meirhaeghe J et al. Efficacy and safety of balloon kyphoplasty compared with non-surgical care for vertebral compression fracture (FREE): a randomised controlled trial. *Lancet* 2009 (21. März); 373: 1016-24

### Studienziele

Die Ballon-Kyphoplastik ist eine minimal invasive Operationstechnik, die insbesondere bei osteoporotisch bedingten Wirbelkörperfrakturen eingesetzt wird. Mit einem Ballonkatheter wird der eingebrochene Wirbelkörper aufgerichtet und anschliessend die entstandene Höhle mit Knochenzement aufgefüllt. In dieser randomisiert kontrollierten Studie wurde die Ballon-Kyphoplastik mit einer konservativen Behandlung verglichen.

### Methoden

In die Studie wurden 300 Personen (Durchschnittsalter 74 Jahre) mit 1 bis 3 frischen, meistens osteoporotischen Wirbelfrakturen aufgenommen. Bei der einen Hälfte wurde mindestens 1 Ballon-Kyphoplastik durchgeführt. In der Kontrollgruppe wurden die Teilnehmenden konservativ behandelt. Primärer Endpunkt der Studie war die Lebensqualität gemäss einer validierten Skala (SF-36 PCS) einen Monat nach Studienbeginn.

### Ergebnisse

Bei der Kontrolluntersuchung nach einem Monat fand sich für die Operierten eine signifikant bessere Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe (Unterschied von 5 Punkten auf einer Skala von 0 bis 100). Die Werte erreichten fast Durchschnittswerte dieser Altersgruppe (39 Punkte). Ebenso fanden sich in der Interventionsgruppe eine geringere Intensität der Schmerzen und weniger Opioid-Behandlungen sowie eine bessere Rückenfunktion. Im weiteren Verlauf nahmen die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ab und waren nach 12 Monaten zum Teil nicht mehr signifikant. Unerwünschte Ereignisse waren in beiden Gruppen etwa gleich häufig. Asymptomatische, nicht behandlungsbedürftige Zementextravasate ausserhalb der Wirbelkörper wurden bei 27% der Operierten beobachtet. An perioperativen Komplikationen gab es ein Weichteilhämatom, sowie einen Harnwegsinfekt. Neue Wirbelfrakturen innerhalb eines Jahres traten bei 33% nach Kyphoplastik und bei 25% in der Kontrollgruppe auf (Unterschied nicht signifikant).

### Schlussfolgerungen

Die Ballon-Kyphoplastik scheint eine wirksame und sichere Therapiemöglichkeit frischer, symptomatischer Wirbelkörperfrakturen bei Osteoporose zu sein. Die Behandelten haben schneller weniger Schmerzen und sind schneller wieder aktiv. Unsicher sind die längerfristigen Auswirkungen auf die Biomechanik durch die Aufrichtung der zusammengesinternten Wirbelkörper – z.B. eine fraglich erhöhte Inzidenz von weiteren Frakturen.

Zusammengefasst von Thomas Rumetsch

**Es gibt bereits einige publizierte Studien über die Kyphoplastik nach überwiegend osteoporotisch bedingten Wirbelfrakturen. Die meisten enden mit dem Satz, dass die Kyphoplastik bessere Resultate ergäbe als die konservative Behandlung, aber es müssten noch**

**bessere Daten mittels einer randomisierten Studie ermittelt werden. Diese randomisierte Multizenterstudie (aus 8 verschiedenen Ländern) liegt nun vor. Innerhalb des ersten Jahres fand sich eine deutliche Verbesserung in der Kyphoplastik-Gruppe, weniger Schmerzmittelkonsum, weniger Physiotherapie oder Hilfsmittel und höhere Lebensqualität. Die Komplikationen sind keineswegs höher nach Kyphoplastik, aber die Differenz der Verbesserung flacht sich nach einem Jahr ab. Andererseits konnte keine überproportionale Zunahme von Sekundärfrakturen beobachtet werden, wie das in anderen Studien teils behauptet oder auch negiert worden ist. Aufgrund der bisherigen Publikationen und dieser statistisch einwandfrei durchgeführten Studie kann diese Methode (in geübter Hand) empfohlen werden. Eine weitere randomisierte Studie über Kyphoplastik ist nach diesen Resultaten aus ethischen Gründen kaum mehr zu verantworten.**

André Gächter

## Zervixkarzinom: bis zu welchem Alter soll gescreent werden?

**k** Rebolj M, van Ballegooijen M, Lynge E et al. Incidence of cervical cancer after several negative smear results by age 50: prospective observational study. *BMJ* (24. April); 338: b1354

### Studienziele

Da Gebärmutterhalskarzinome bei Frauen über 50 in ihrer Häufigkeit abnehmen, wird diskutiert, ob bei Frauen in dieser Altersgruppe mit dem Screening aufgehört werden soll, wenn die letzten PAP-Abstriche negativ ausgefallen waren. In dieser holländischen Studie wurde untersucht, wie hoch die Inzidenz von Zervixkarzinomen nach drei negativen PAP-Abstrichen bei Frauen zwischen 45 und 55 Jahren im Vergleich mit jüngeren Frauen ist.

### Methoden

In den Niederlanden werden seit 1996 alle Frauen zwischen 30 und 60 Jahren jeweils im Abstand von 5 Jahren für eine Screeninguntersuchung angeboten. Fast alle Pathologielabors liefern ihre Untersuchungsergebnisse an eine zentrale Datenbank. Mit Hilfe dieser Daten wurden Frauen ausgewählt, die dreimal in Folge einen negativen PAP-Abstrich gehabt hatten. Es wurde die 10-Jahresinzidenz von Zervixkarzinomen bei Frauen zwischen 45 und 55 Jahren verglichen mit derjenigen bei Frauen zwischen 30 und 45 Jahren.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 664'229 Frauen in die Studie eingeschlossen, etwa ein Drittel (218'847) davon in der Altersgruppe zwischen 45 und 55. Die Häufigkeit weiterer Screenings nach dem dritten negativen Abstrich war in beiden Gruppen etwa gleich hoch. Nach 10 Jahren Beobachtungszeit war die Inzidenz von Gebärmutterhalskrebs in beiden Gruppen ähnlich (39 gegenüber 41/100'000 Beobachtungsjahre). Intraepitheliale Neoplasien (CIN I+, II+ und III+) waren in der jüngeren Altersgruppe hingegen wesentlich häufiger als in der älteren Frauengruppe.

## Schlussfolgerungen

Die Resultate dieser Studie zeigen, dass bei Frauen mit drei negativen PAP-Abstrichen hintereinander in der Altersgruppe über 45 ähnlich häufig Zervixkarzinome auftreten wie bei jüngeren Frauen.

Zusammengefasst von Anne Witschi

**Diese epidemiologische Studie geht der Frage nach, wie hoch das Risiko ist, an einem Zervixkarzinom zu erkranken, nachdem der Krebsabstrich dreimal negativ gewesen ist. Natürlich steckt die Idee dahinter, das Screening stoppen zu können, falls eine Gruppe von Frauen identifiziert werden könnte, bei welcher das Risiko bei Null oder annähernd bei Null ist. Die Studienverantwortlichen berechnen, dass sich nach drei negativen PAP-Abstrichen die kumulative Inzidenz des Zervixkarzinoms in der Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen und in derjenigen der 45- bis 54-Jährigen mit 41/100'000 und 36/100'000 und Jahr nicht unterscheidet. Sie schliessen daraus, dass nicht gegen ein zytologisches Screening nach dem 50. Lebensjahr bei vorgängig negativ untersuchten Frauen argumentiert werden kann.**

**Das Plattenepithelkarzinom der Zervix ist eine Krankheit der sexuell aktiven Frau und wird durch HPV-Viren induziert. In einer 15-jährigen Latenzphase entwickelt sich über Vorstufen das Karzinom, mit einem Peak um das 45. Lebensjahr. Beobachtungsstudien zeigen die Wirksamkeit eines zytologischen Screenings: Die Inzidenz und Mortalität des Zervixkarzinoms sinkt nach dessen Einführung in definierten Populationen.**

**Screening starten: Erst mit der Koitarche wird eine HPV-Exposition möglich. Mit dem Screening sollte 3 Jahre nach Koitarche beziehungsweise mit dem 21. Lebensjahr begonnen werden.**

**Screening beenden: Der Vorteil des Screenings nimmt im höheren Alter ab: die HPV-Exposition sinkt, andere Todesursachen nehmen zu und die Lebenserwartung wird kürzer als die Zeit, die nötig ist, um ein Karzinom zu entwickeln. Ein Screening kann man bei vorgängig negativ getesteten Frauen im 65. bis 70. Lebensjahr beenden.**

Daniel Passweg

---

## BMI und Mortalität: eindruckliche Datenfülle

**k** Whitlock G, Lewington S, Sherliker P et al.; Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900'000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009 (28. März); 373: 1083-96

### Studienziele

Der Körper-Massen-Index (BMI) ist ein etablierter Risikofaktor für verschiedene Todesursachen wie Herzinfarkt, Hirnschlag und verschiedene Karzinome. Unklarheiten bestehen, in welchem Ausmass Einflüsse wie ein Gewichtsverlust durch eine vorbestehende Erkrankung («reverse causality»),

Rauchen, Alter und Geschlecht den Zusammenhang zwischen BMI und Mortalität verfälschen. Diese Auswertung der Einzeldaten mehrerer prospektiver Kohortenstudien versuchte, diese Fragen zu klären.

### Methoden

Die Einzeldaten aus 57 vorwiegend europäischen und nord-amerikanischen Studien (894'576 gesunde Personen) wurden in dieser Studie gemeinsam ausgewertet. Das Alter bei Studieneintritt betrug median 46 Jahre. Untersucht wurde der Zusammenhang von BMI und Mortalität. Um den Einfluss von Gewichtsverlusten wegen vorbestehender Erkrankung zu verringern, schloss man Ereignisse während der ersten 5 Jahre der Beobachtungszeit von der Analyse aus.

### Ergebnisse

Während der im Durchschnitt verbleibenden 8-jährigen Beobachtungszeit starben 66'552 Personen. Nach Korrektur für Alter, Geschlecht und Raucherstatus ist die Mortalität am kleinsten für die Gruppe mit einem BMI zwischen 22,5 und 25 kg/m<sup>2</sup>. Darüber steigt die Mortalität um etwa 30% für jeweils 5 kg/m<sup>2</sup>, wobei kardiovaskuläre Todesursachen stärker zunehmen als Neoplasien, deren Häufigkeit aber auch um 10% pro 5 kg/m<sup>2</sup> ansteigen. Die Zunahme des Sterberisikos mit höherem BMI ist in den jüngeren Altersgruppen grösser als in den älteren und bei Männern grösser als bei Frauen. Personen mit einem BMI unter 22,5 zeigen ebenfalls eine erhöhte Sterblichkeit, vor allem bedingt durch Lungenkrebs und respiratorische Erkrankungen.

### Schlussfolgerungen

Der BMI ist ein guter Prädiktor für die Übersterblichkeit bei Werten über und unter der idealen Bandbreite von 22,5 bis 25 kg/m<sup>2</sup>. Die Zunahme der Mortalität bei höherem BMI wird hauptsächlich durch kardiovaskuläre Krankheiten, diejenige bei niedrigerem BMI durch respiratorische Krankheiten verursacht. Ein BMI von 30 bis 35 ist mit einer um 2 bis 4 Jahre kürzeren Lebenserwartung assoziiert. Die Verkürzung der Lebenserwartung um 8 bis 10 Jahre bei einem BMI von 40 bis 45 ist vergleichbar mit derjenigen durch Rauchen.

Zusammengefasst von Franz Marty

**Diese genaue, ausführliche und statistisch ausgezeichnete Analyse 57 verschiedener Studien mit rund 900'000 Patientendaten bringt leider nichts, was man nicht schon gewusst hätte: Der BMI ist ein gutes Mass für Über- und Untergewicht, bester BMI ist 22,5 bis 25, darunter ist die Mortalität höher infolge respiratorischer Krankheiten, darüber infolge kardiovaskulärer und neoplastischer Erkrankungen. Über ursächliche Zusammenhänge kann nur spekuliert werden. Eigenartig ist, dass die schwereren Leute weniger rauchen und weniger trinken, aber trotzdem eine erhöhte Sterblichkeit an Leberzirrhose aufweisen. Ab einem BMI von 30 bis 35 ist der Cholesterinspiegel wahrscheinlich irrelevant, also kann man sich hier die Cholesterinsenker sparen. Folgerung: erstens nicht zunehmen, zweitens wenn nötig wieder abnehmen und drittens anstelle des Lesens dieses langweiligen Artikels joggen gehen!**

Renato Galeazzi

## Körperliche Aktivität: Wieviel nützt der ärztliche Rat

**I** Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO et al.; PEPAF Group. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med.* 2009 (13. April); 169: 694-701

Eine gesunde Lebensführung ist die wichtigste Gesundheitsprävention; dazu gehört ein Mindestmass an körperlicher Aktivität. Das Fördern von körperlichen Aktivitäten bei Nicht-Aktiven gehört deshalb zu den wichtigsten ärztlichen Aufgaben. Besonders geeignet dafür sind natürlich Konsultationen bei Hausärztin oder Hausarzt. In dieser Cluster-randomisierten Studie wurden 56 spanische Grundversorgerpraxen nach dem Zufall einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. In diesen Praxen wurden von Studienmitarbeiterinnen gut 4000 Personen für die Studie ausgewählt, die sich weniger als 5-mal wöchentlich 30 Minuten körperlich anstregten. In der Interventionsgruppe wurden alle aufgefordert, sich mehr körperlich zu betätigen und diejenigen, die dazu bereit waren, wurden in einer zweiten Konsultation detaillierter beraten.

Nach sechs Monaten hatten die Teilnehmenden in der Interventionsgruppe ihre körperliche Aktivität von 34 auf 86 Minuten pro Woche erhöht. Der Unterschied zur Kontrollgruppe, die ihre körperliche Aktivität auch nahezu verdoppelt hatte, war mit 18 zusätzlichen Minuten pro Woche signifikant. 19% gegenüber 15% erreichten das angestrebte Mindestmass von 5-mal wöchentlich 30 Minuten mindestens mittlerer körperlicher Belastung (NNT von 26).

*Im Praxisalltag fällt es schwer, den Nutzen von Empfehlungen zu mehr körperlicher Aktivität zu erkennen, die wir unseren Patientinnen und Patienten abgeben. In der aktuellen Studie konnte immerhin gezeigt werden, dass der ärztliche Rat nicht nutzlos ist. Eine von fünf Personen erreichte nach einer entsprechenden Kurzintervention das empfohlene Mindestmass an körperlicher Aktivität. Der Unterschied zur Kontrollgruppe war allerdings klein; 26 Leute mussten ermuntert werden, damit eine Person zusätzlich das Mindestziel erreichte. Dies lag aber daran, dass auch in der Kontrollgruppe die körperliche Aktivität verdoppelt wurde; wohl eine Folge davon, dass das Thema durch die Durchführung der Studie auch in den Praxen der Kontrollgruppe vermehrt präsent war.*

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

## Epoetin erhöht Mortalität von Krebskranken

**m** Bohlius J, Schmidlin K, Brillant C et al. Recombinant human erythropoiesis-stimulating agents and mortality in patients with cancer: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2009 (2. Mai); 373: 1532-42

Krebskranke haben häufig eine Anämie, sei es wegen der Krankheit oder wegen der Therapie. Diese führt zu Müdigkeit und verhindert oft das Durchführen eines Chemotherapiezyklus. Zur Behandlung oder Prävention werden daher oft Bluttransfusionen oder Epoetin alfa (Eprex®) oder Epoetin beta (Recormon® u.a.) verschrieben. Die Nebenwirkungen von Epoetin wie Hypertonie mit kardiovaskulären Folgen und vermehrte Thromboembolien haben den Verdacht geweckt, dass Epoetin mehr Schaden anrichten könnte als Nutzen. Meta-Analysen begrenzten Umfangs, von Pharmafirmen gesponsert, konnten dies jedoch nicht bestätigen. Es ist deshalb wichtig, dass von unabhängiger Seite eine grosse, alle aufzufindenden Studien einschliessende Analyse ge-

macht wurde. Auswahlkriterien waren kontrollierte Studien mit höchstens 20% Stammzelltransplantierten oder Leukämiekranken, mit mindestens 50 auswertbaren Teilnehmenden, welche entweder Epoetin und Bluttransfusionen (wenn nötig) oder Bluttransfusionen allein erhalten hatten. Eine ausgeklügelte statistische Auswertung der Einzeldaten, an zwei universitären Zentren unabhängig voneinander durchgeführt, sollte alle möglichen Verzerrungen ausschliessen.

63 Studien, die den Kriterien entsprachen, wurden gefunden, bei 53 war der ursprüngliche Datensatz aller 13'933 Untersuchten erhältlich. Die Gruppen mit und ohne Epoetin waren vergleichbar, wenn auch in der Epoetin-Gruppe etwas mehr (41% gegenüber 36%) schon vor der Studie eine Chemotherapie hatten. Auch waren die Hämatokritwerte in der Epoetin-Gruppe tendenziell niedriger. Das Überleben war in der Epoetin-Gruppe signifikant kürzer, sowohl während der Chemotherapie (median 3,7 gegenüber 3,9 Monate) als auch während der gesamten Beobachtungsdauer (6,2 gegenüber 8,3 Monate). Dieses Resultat war unabhängig von bestimmten Studienarten, Chemotherapieschemen oder Patientencharakteristiken und auch davon, ob die strengen FDA-Kriterien für die Anwendung befolgt wurden oder nicht.

*Diese riesige, unabhängige Meta-Analyse mit vielen internen Checks und Kontrollen zeigt eindeutig, dass Epoetin keine Verbesserung des Überlebens von Krebskranken bringt, im Gegenteil. Die Studienverantwortlichen sagen zu Recht, dass die möglichen positiven Effekte wie die Reduktion der Transfusionen und die Verbesserung der Müdigkeit unbedingt bei der Indikationsstellung gegenüber den Nebenwirkungen mit verkürztem Überleben abgewogen werden müssten. Klinische Umstände, Vorlieben und Wünsche der Kranken müssten auch berücksichtigt werden. Routinemässiges Verschreiben von Epoetin bei Krebskranken (auch nicht gemäss FDA-Kriterien) ist nicht mehr «Good Clinical Practice».*

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

## screen-telegramm

### Nützen subakromiale Steroidinjektionen?

**I** Ekeberg OM, Bautz-Holter E, Tveita EK et al. Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study. *BMJ* 2009 (23. Januar); 338: a3112

Bei 106 Personen mit chronischen Schulterbeschwerden, bei denen man klinisch eine Ursache im Bereich der Rotatorenmanschette vermutete, wurde die mit Ultraschall kontrollierte Injektion von Kortikosteroiden direkt in den subakromialen Schleimbeutel verglichen mit derselben Dosis des gleichen Präparates als intramuskuläre Injektion in den Gesässmuskel. Nach sechs Wochen konnte zwischen den beiden Behandlungen kein Unterschied bezüglich Schmerzen und Schulterfunktion festgestellt werden.

Telegramm von Alexandra Rölli

Ausser den im Impressum erwähnten Personen haben zu dieser Nummer Kommentare beigetragen:

Prof. Dr. Heiner C. Bucher, Institut für klinische Epidemiologie & Biostatistik, Universität Basel

Prof. Dr. André Gächter, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Beritklinik, Niederteufen

Prof. Dr. Michael M. Kochen, Abteilung Allgemeinmedizin, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

Dr. Daniel Passweg, Gynäkologie/Geburtshilfe, Maternité, Stadtspital Triemli Zürich

Prof. Dr. Pietro Vernazza, Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen

## Internet Corner

### Synchronisieren!

Sehr häufig verwenden wir heute neben unserem meistverwendeten «Arbeitscomputer» noch weitere Computer mit anderen Standorten oder auch Internet-fähige Kleingeräte wie z.B. ein «Smartphone». Nun gibt es eine Anzahl von Inhalten, die wir uns am liebsten auf den verschiedenen Rechnern in identischer Form wünschen. Das wichtigste Beispiel ist wohl die persönliche Agenda, aber auch E-Mails, persönliche Notizen, Adress- und Aufgabenlisten, Internet-Lesezeichen («Bookmarks») oder ganze Webseiten und manch andere Dokumente sind weitaus am praktischsten, wenn sie an verschiedenen Orten in derselben Form aufzufinden sind. Um dies zu erreichen, kann man natürlich einfach «alles mit sich tragen», indem man Programme und Inhalte auf einen genügend grossen USB-Stick lädt. Es ist aber auch möglich, die Synchronisation der Inhalte via Internet ohne allzu grossen Aufwand zu realisieren. Nur geht dies nicht, ohne dass man es zuerst einmal «einrichtet».

Für eine synchronisierte Agenda eignet sich beispielsweise eine Webagenda wie der Google-Kalender ([www.google.com/calendar](http://www.google.com/calendar)) recht gut. Man kann diesen Kalender so mit der «computereigenen» Agenda (z.B. MS Outlook bzw. Mozilla Lightning oder Sunbird) und mit dem Kalender im «Smartphone» so verbinden, dass eine Eingabe an einem der drei Geräte immer automatisch auch in den anderen zwei Geräten registriert und sichtbar wird. Wie man das macht, wird bei Google erklärt (Synchronisation mit Outlook: [http://www.google.com/support/calendar/bin/answer.py?](http://www.google.com/support/calendar/bin/answer.py?hl=en&answer=89955)

[hl=en&answer=89955](http://www.google.com/mobile/apple/sync.html); Synchronisation mit iPhone: <http://www.google.com/mobile/apple/sync.html>). Um einen Mozilla-Kalender mit dem Google-Kalender zu verbinden, gibt es eine spezielle Thunderbird-Erweiterung (<https://addons.mozilla.org/en-US/thunderbird/addon/4631>). Ähnlich geht man vor, wenn man an allen Geräten die gleiche Adressliste sichern will. Möchte man «Bookmarks» (oder auch Passwörter) auf verschiedenen Geräten synchronisieren, so geht dies mit Xmarks ([www.xmarks.com](http://www.xmarks.com)) besonders einfach.

Will man ohne USB-Stick immer alle ein- und ausgehenden E-Mails verfügbar haben, so drängt sich die Verwendung eines Webmail-Programms (Yahoo! Mail, Gmail, Windows Live Hotmail usw.) auf. Die meisten Webmail-Programme lassen sich so einrichten, dass man die Post auch mit einem regulären PC-Mailclient herunterladen kann. Wer jedoch meistens denselben Computer für seine Mails verwendet und nur selten einmal an einem fremden Computer arbeitet, muss lediglich darauf achten, dass das Mailprogramm am fremden Computer abgerufene Post auf dem Mailserver nicht löscht. Von fremden Computern versandte Post sollte man, um eine Synchronisation zu sichern, auch an sich selbst senden (Blindkopie, «bcc»).

Ein praktisches und für den gelegentlichen Gebrauch kostenloses Programm empfiehlt sich für die Synchronisation von Notizen, Webseiten und Dokumenten: Evernote ([www.evernote.com](http://www.evernote.com)) leistet dies nahtlos zwischen PC, Web und «Smartphone». Mit diesem Programm ist es sogar möglich, Fotos und Musik synchron bereit zu halten.

**Etzel Gysling**

AZB  
9500 Wil

### infomed-screen

Juli/August 2009 – Jahrgang 13 / Nummer 4

**Weniger Antibiotika dank CRP und Kommunikationstraining:** Beide Interventionen führten zu weniger Antibiotikaverschreibungen ohne grössere Risiken – **Seite 25**

**Acetylsalicylsäure bei peripherer Ischämie: gute Studien Mangelware:** der Nutzen von ASS ist mangels guter Studien bei PAVK nicht gut belegt – **Seite 26**

**Koronar-Screening bei Diabeteskranken bringt wenig: Seite 26**

**Antiretrovirale Therapie frühzeitig starten:** Zwei neue Publikationen sprechen für einen frühzeitigen Therapiebeginn bei HIV-Infizierten – **Seite 27**

**Prostatakarzinom-Screening sinnvoll?** Die ersten Resultate von grossen randomisierten Studien lassen viele Fragen offen – **Seite 28**

**Ballon-Kyphoplastik bei osteoporotischen Wirbelfrakturen:** Die minimal invasive Operationstechnik führt zu einer schnelleren Abnahme der Schmerzen – **Seite 29**

**Zervixkarzinom: bis zu welchem Alter soll gescreent werden?** Auch bei Frauen über 45 werden trotz vorher negativen Abstrichen noch Zervixkarzinome diagnostiziert – **Seite 29**

**BMI und Mortalität: eindruckliche Datenfülle: Seite 30**

**Körperliche Aktivität: Wieviel nützt der ärztliche Rat: Seite 31**

**Epoetin erhöht Mortalität von Krebskranken: Seite 31**

**screen-telegramm: Seite 31**

ISSN 1422-0059

Eine pharma-kritik-Publikation

Koordination und Redaktion dieser Nummer:  
Peter Ritzmann und Thomas Weissenbach

Weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

Renato L. Galeazzi, Anne Witschi,  
Bettina Wortmann

und die Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine:  
Werner Eugster, Markus Häusermann, Thomas Koch,  
Peter Koller, Franz Marty, Thomas Rumetsch, Felix Tapernoux

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, CH-9500 Wil  
Telefon 071-910-0866 – Telefax 071-910-0877

e-mail: [sekretariat@infomed.ch](mailto:sekretariat@infomed.ch)

Layout und Internet: Verena Gysling

Preis des Jahresabonnements (6 Ausgaben): Fr. 61.-/ € 41.-  
Druck & Versand: Schwabe AG Muttenz

Alle Rechte vorbehalten; Vervielfältigung oder Speicherung,  
auch auf optischen und elektronischen Medien, nur mit  
Bewilligung des Verlags.

Copyright ©2009 by Infomed Wil