

Inhaltsverzeichnis: siehe Seite 24

Welche Behandlungsstrategie beim Harnwegsinfekt?

r Little P, Moore MV, Turner S et al. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. *BMJ* 2010 (5. Februar); 340: c199

Studienziele

Der unkomplizierte Harnwegsinfekt bei Frauen ist ein häufiges Problem in der hausärztlichen Praxis. Deshalb interessiert, welche Behandlungsstrategie zu einem raschen Abklingen der Beschwerden führt und wie Antibiotika eingespart werden können.

Methoden

309 nicht-schwangere Frauen mit Verdacht auf einen unkomplizierten Harnwegsinfekt wurden in die Studie aufgenommen und nach dem Zufallsprinzip in eine von fünf Gruppen eingeteilt. Die Frauen der Kontrollgruppe erhielten sofort eine empirische Antibiotikatherapie für drei Tage. Bei den Teilnehmerinnen der zweiten Gruppe wurden ebenfalls ohne Verzögerung Antibiotika eingesetzt, aber nur, wenn mindestens zwei der folgenden, typischen Symptome vorlagen: schlecht riechender oder trüber Urin, mittelschwere Nykturie oder Dysurie. Eine weitere Gruppe wurde ebenfalls unverzüglich behandelt, sofern der Urin-Schnelltest Nitrite oder Leukozyten und Spuren von Blut anzeigte. Die vierte Gruppe wurde angewiesen, dasselbe Antibiotikum nur einzunehmen, wenn die Beschwerden länger als 48 Stunden andauerten. Die fünfte Gruppe erhielt ebenfalls verzögert Antibiotika, diese aber gezielt nach Erhalt des Antibiogramms. Die Frauen führten während der Studienzeit ein Tagebuch über den Schweregrad und die Dauer der Symptome.

Ergebnisse

Die Frauen in der Kontrollgruppe litten zwischen drei und fünf Tagen an mittelstarken bis schweren Symptomen. Keine der anderen Gruppen unterschied sich darin signifikant. Hingegen wurden nicht in allen Gruppen gleich häufig Antibiotika eingesetzt. 97% der Frauen der Kontrollgruppe und 90% der Frauen, die aufgrund ihrer Symptome behandelt wurden, nahmen Antibiotika ein. Bei Frauen hingegen, bei denen der Therapieentscheid aufgrund des Urin-Schnelltests erfolgte, und bei den zwei Gruppen mit verzögerter medikamentöser Therapie wurden nur in rund 80% der Fälle Antibiotika benötigt.

Schlussfolgerungen

Unterschiedliche Behandlungskonzepte des unkomplizierten Harnwegsinfektes führen zu ähnlichen Ergebnissen hin-

sichtlich Dauer und Schwere des Verlaufs. Auch die resistenzgerechte Therapie aufgrund eines Antibiogramms brachte keinen Zusatznutzen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte mit allen Behandlungsstrategien – ausser mit derjenigen, bei der aufgrund der Symptome behandelt wurde – gegen 20% der Antibiotika eingespart werden.

Zusammengefasst von Bettina Wortmann

Und was meinen die betroffenen Frauen dazu?

a Leydon GM, Turner S, Smith H et al. Women's views about management and cause of urinary tract infection: qualitative interview study. *BMJ* 2010 (5. Februar); 340: c279

Zwanzig Frauen aus der obigen Studie, welche Antibiotika nur bei persistierenden Beschwerden erhalten hatten, erklärten sich bereit, bei einer Meinungsumfrage mitzumachen. Grundsätzlich standen diese Frauen alternativen Behandlungsansätzen (z.B. viel trinken, Homöopathie usw.) und einem zurückhaltenden Antibiotikaeinsatz positiv gegenüber. Die grosse Mehrheit fühlte sich durch den verzögerten Antibiotikaeinsatz in ihrer Autonomie bestärkt. Einzelne Frauen hingegen hatten bei diesem Vorgehen den Eindruck, der Arzt oder die Ärztin nähme ihre Beschwerden nicht ernst genug. Befragt nach ihrer Sicht zur Ursache der Erkrankung, war die grosse Mehrheit der Frauen ratlos. Die meisten machten das Alter oder Verhaltensfehler wie mangelnde Hygiene oder falsche Ernährung dafür verantwortlich.

Zusammengefasst von Bettina Wortmann

Diese sehr gut gemachte englische Studie zeigt, dass es sich lohnt, den Antibiotika-Einsatz beim unkomplizierten Harnwegsinfekt kritisch zu hinterfragen. Auch bei uns in der Hausarztpraxis dürfte manche antibiotische Behandlung nutzlos und angesichts der bekannten, zunehmenden Resistenzen auf diverse Antibiotika in diesem Bereich sogar schädlich sein. Eine Untersuchung über sinnvollere Strategien zur Symptombefreiung bei betroffenen Frauen ist auch in der Schweiz dringlich, dies unter Berücksichtigung der Akzeptanz von verschiedenen Alternativen zu einem sofortigen Antibiotika-Einsatz.

Markus Battaglia

Was bedeuten die Symbole?

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

Auch in Graubünden weniger Myokardinfarkte dank Rauchverbot

a Trachsel LD, Kuhn MU, Reinhart WH et al. Reduced incidence of acute myocardial infarction in the first year after implementation of a public smoking ban in Graubünden, Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2010 (12. Januar); 140: 133-8

Studienziele

Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden haben bereits in Italien, Schottland und einigen Regionen der USA und Kanadas zu einem raschen und deutlichen Rückgang des Auftretens von akuten koronaren Syndromen geführt. Im Rahmen dieser Studie sollte untersucht werden, ob das Rauchverbot, das im Schweizer Kanton Graubünden seit dem 1. März 2008 gilt, ebenfalls zu einer Reduktion von akuten Myokardinfarkten (AMI) geführt hat.

Methoden

Das Kantonsspital Chur ist das einzige Spital des Kantons Graubünden mit einem Herzkatheterlabor, hier werden sämtliche Personen mit AMI behandelt. Die Zahl aller Personen mit einem AMI vom 1. März 2008 bis zum 28. Februar 2009 wurden verglichen mit derjenigen der zwei vorangehenden Jahre 2006 und 2007.

Ergebnisse

Während vor dem Rauchverbot 229 beziehungsweise 242 AMI pro Jahr aufgetreten waren, waren es danach noch 183. Dies entspricht einem Rückgang um insgesamt 22% – bei den Männern waren es 24%, bei den Frauen 17%. Es profitierten vor allem Nicht-Rauchende (30% weniger AMI) und Personen mit einer bekannten koronaren Herzkrankheit (50% weniger AMI). Bei bekannter koronarer Herzkrankheit und einem vorhergehenden AMI traten gar 57%, und wenn bereits früher eine perkutane koronare Intervention erfolgt war, 46% weniger Herzinfarkte auf.

Schlussfolgerungen

Ähnlich wie in anderen Ländern führte ein Rauchverbot im Schweizer Kanton Graubünden zu einer raschen und eindeutigen Verringerung der Zahl von akuten Myokardinfarkten.

Zusammengefasst von Felix Tapernoux

Als vor sechs Jahren die ersten Daten publik wurden, welche positive Auswirkungen von Rauchverboten schon in den ersten Monaten nach deren Einführung zeigten (siehe infomed-screen Juli 2004), war man überrascht und erstaunt, verlangte nach mehr und grösseren Studien. Inzwischen sind über ein Dutzend solcher Untersuchungen mit analogen Ergebnissen erschienen. Auch die sauber durchgeführte epidemiologische Studie aus dem Bündnerland zeigt eindeutig: durch ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen gehen alle akuten Herzinfarkte – solche mit und solche ohne ST-Segmenterhöhung – zurück! Profitiert haben hauptsächlich Personen, welche selber nicht rauchten, und solche, bei denen bereits eine Koronarsklerose bekannt war. Dies zeigt zum einen, dass Rauchen nicht nur chronische Schäden (wie Bronchuskarzinom, COPD, Arteriosklerose) verursacht, sondern auch akute, wie den akuten Herzinfarkt. Das Passivrauchen

scheint dabei besonders ungünstig zu sein. Und zum anderen: alle objektiven Gründe sprechen mittlerweile für ein allgemeines Rauchverbot in öffentlichen Räumen – nicht nur weil es stinkt...!

Renato L. Galeazzi

Lithium und/oder Valproinsäure bei bipolarer Erkrankung?

I Geddes JR, Goodwin GM, Rendell J et al. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. *Lancet* 2010 (30. Januar); 375: 385-95

Lithium (Lithiofor® u.a.) wird seit Jahrzehnten zur Langzeittherapie bei manisch-depressiver Erkrankung verwendet. Wegen seiner engen therapeutischen Breite und den vielen unerwünschten Wirkungen wäre man froh um eine bessere Alternative. Seit einigen Jahren nimmt die Verschreibung von Antiepileptika, insbesondere von Valproinsäure (Depakine® u.a.), bei dieser Indikation zu. Da keine der Monotherapien hundertprozentig wirksam ist, werden häufig beide Medikamente kombiniert, ohne dass bis anhin eine bessere Wirksamkeit der Kombination belegt wäre. In dieser Multizenterstudie wurden 330 Erwachsene mit einer klassischen bipolaren Störung nach dem Zufall in drei Gruppen eingeteilt und eine mit Lithium allein, eine mit Valproinsäure allein und eine mit der Kombination der beiden Medikamente behandelt. Aufgenommen wurden nur Kranke, welche in einer Einführungsphase beide Medikamente vertragen hatten. Vor Beginn der Studie wurden etwas mehr Betroffene mit Lithium als mit Valproinsäure behandelt und ein Viertel hatte überhaupt noch keine Therapie, musste aber wegen der Schwere der Erkrankung mit einer medikamentösen Therapie beginnen. Primärer Endpunkt war die Zeit bis zum Beginn eines neuen Schubes, welcher eine Änderung der Therapie (Änderung der Medikation, Hospitalisation o.a.) nötig machte.

Den primären Endpunkt erreichten 69% der mit Valproat, 59% der mit Lithium und 54% der mit der Kombination Behandelten. Die Kombination erwies sich dabei als signifikant wirksamer im Vergleich zu Valproat allein («hazard ratio» HR 0,59, 95% CI 0,42-0,83), nicht jedoch im Vergleich zu Lithium (HR 0,82, 95% CI 0,58-1,17). Schwere Nebenwirkungen traten in allen drei Gruppen mit 4 bis 6% ähnlich häufig auf. An leichteren Nebenwirkungen litten fast alle Behandelten.

Leider ist die Therapie der manisch-depressiven Erkrankung langfristig oft nur unbefriedigend wirksam und mit vielen Nebenwirkungen belastet. Die Hoffnung, dass Antiepileptika gleich oder besser wirksam und dabei sogar besser verträglich sein könnten als Lithium, ist durch diese Studie enttäuscht worden. Unklar bleibt, ob mit Valproinsäure begonnen, und ob bei Verschlechterung Lithium hinzugefügt oder auf Lithium allein gewechselt werden soll. Vielleicht ist es gar am besten, weiterhin Lithium als Erstlinien-Therapie einzusetzen (immerhin betrug die «number needed to treat» 19 für Valproinsäure, 10 für Lithium und 6 für die Kombination). Leider gibt es bei Therapieversagen kaum eine Alternative zur Kombination Lithium/Valproinsäure, welche mittels Studien belegt wäre.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

Sollen Eltern selbstverantwortlich per-orale Steroide abgeben?

R Vuillermin PJ, Robertson CF, Carlin JB et al. Parent initiated prednisolone for acute asthma in children of school age: randomised controlled crossover trial. *BMJ* 2010 (1. März); 340: c843

Studienziele

Orale Kortikosteroide sind wirksamer bei der Therapie von Asthmaexazerbationen im Schulalter (5 bis 12 Jahre) als topische Steroide. Je früher der Einsatz erfolgt, desto besser. Der Nutzen einer durch die Eltern verabreichten Steroid-Kurzzeittherapie ohne vorherige Arztkonsultation wurde in dieser randomisierten Crossover-Studie aus Australien untersucht.

Methoden

Schulkinder, die im Vorjahr aufgrund akuter Asthmaexazerbationen mindestens viermal eine mehr als 24 Stunden dauernde Therapie mit Bronchodilatoren benötigt hatten, konnten an der Studie teilnehmen. Die Eltern wurden instruiert, bei Auftreten eines schweren Asthmaanfalls ihren Kindern eine orale Notfallmedikation zu verabreichen. Diese bestand entweder aus Prednisolon (Spiricort® u.a.; 1 mg pro kg über 4 Tage) oder aus einem Placebo, zusätzlich zur Basistherapie (bei uns wird für diese Indikation meistens Betamethason = Betnesol® verwendet). Die Randomisation bezog sich dabei auf die Asthmaepisoden, somit konnte ein einzelnes Kind im Rahmen verschiedener Episoden sowohl Prednisolon als auch Placebo erhalten. Primärer Endpunkt war das Ausmass der Asthmasymptome tagsüber (5-teiliger Symptomscore), sekundäre Endpunkte das Ausmass der Asthmasymptome in der Nacht, die Beanspruchung professioneller Hilfe und die Dauer von Schulabsenzen.

Ergebnisse

Von den 230 teilnehmenden Kindern erlitten 131 mindestens eine akute Asthmaattacke, welche zur Behandlung mit der Studienmedikation führte. Insgesamt wurde die Studienmedikation 308-mal abgegeben, maximal achtmal pro Kind. Die Symptome tagsüber waren um 15% schwächer, wenn Steroide verabreicht worden waren, ebenso diejenigen in der Nacht. Bei 31% der aktiv behandelten Asthmaepisoden wurde zusätzlich professionelle medizinische Hilfe in Anspruch genommen gegenüber bei 45% nach Placebo. Die Dauer der Schulabsenzen war nach Prednisolon lediglich um 0,4 Tage kürzer.

Schlussfolgerungen

Eine kurzzeitige, durch die Eltern eingeleitete, frühe orale Prednisolontherapie reduziert in bescheidenem Mass die Beschwerden bei akuten Asthmaepisoden von schulpflichtigen Kindern, die Beanspruchung medizinischer Ressourcen sowie die Schulabsenzen.

Zusammengefasst von Thomas Rumetsch

Es besteht eine sehr gute Evidenz für den Einsatz von oralen Kortikosteroiden (OCS) zur Behandlung von akutem Asthma bei Kindern im Schulalter.¹ Die Therapie muss jedoch frühzeitig nach Auftreten der akuten Symptome eingesetzt werden, um eine hohe Wirksamkeit entfalten zu können. Die Idee, den Eltern OCS abzugeben und sie zu instruieren, diese bei akuten Asthma-Symptomen ihrem Kind zu geben, liegt also nahe.

Dabei besteht aber ein Risiko für einen inadäquaten Einsatz dieser Medikamente. Dies ist insofern problematisch, als kürzlich gezeigt wurde, dass bereits nach fünfmaligem Einsatz von OCS innert 7 Jahren eine Verminderung der Knochendichte eintritt.²

Die vorgestellte Studie ist hervorragend geplant und sehr sauber durchgeführt worden. Sie erlaubt eine Beurteilung der selbstverantwortlichen elterlichen Abgabe von OCS. Das Resultat ist, auch wenn es von den Studienverantwortlichen als vorsichtig positiv gewertet wird, eher enttäuschend. Auch wenn in der Verum-Gruppe die Symptome milder waren und weniger Gesundheits-Ressourcen in Anspruch genommen werden mussten, sind die Unterschiede klein und von fraglicher klinischer Relevanz. In Anbetracht des Nebenwirkungspotentials der OCS ist die Zahl der Episoden, die behandelt werden mussten, um beispielsweise eine Arztkonsultation zu vermeiden, mit 8 zu hoch. Die Resultate der Studie sprechen dagegen, dass eine elterliche Gabe von OCS bei akuten Asthma-Episoden generell empfohlen werden kann. Im Einzelfall, z.B. bei sehr schweren, schnell verlaufenden Asthma-Anfällen in der Vergangenheit oder im Rahmen von Ferienaufenthalt ist die elterliche OCS-Gabe nach entsprechender genauer Instruktion aber adäquat. Die vorgestellten Daten betreffen nur Schulkinder. Bei Vorschulkindern wird die elterliche OCS Abgabe wegen fehlender Wirkung nicht empfohlen.

Alexander Möller

1 Smith M, Iqbal S, Elliott TM et al. Corticosteroids for hospitalised children with acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2:CD002886

2 Kelly HW, Van Natta ML, Covar RA et al. Effect of long-term corticosteroid use on bone mineral density in children: a prospective longitudinal assessment in the childhood asthma management program (CAMP) study. *Pediatrics* 2008 (1. Juli); 122: e53-61

Ketogene Diät ähnlich wirksam wie Behandlung mit Orlistat

R Yancy WS, Westman EC, McDuffie JR et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet vs orlistat plus a low-fat diet for weight loss. *Arch Intern Med* 2010 (25. Januar); 170: 136-45

Zur Gewichtsreduktion wurden bereits viele verschiedene Diäten und Medikamente miteinander verglichen. Kalorienreduzierte Diäten allein sind weniger wirksam als in Kombination mit Orlistat (Xenical®, als Alli® mittlerweile in der Schweiz, etwas niedriger dosiert, auch rezeptfrei erhältlich) oder Sibutramin (Reductil®; aktuell nicht mehr erhältlich). Eine kohlenhydratreduzierte, ketogene Diät wurde bisher noch kaum je bei Personen mit chronischen Erkrankungen untersucht und auch nicht mit einer medikamentösen Therapie verglichen. In einem Zentrum für Hausarztmedizin wollte man deshalb eine ketogene Diät mit einer kalorien- und fettreduzierten Diät plus Orlistat vergleichen.

Von zunächst 525 telefonisch kontaktierten Personen konnten 160 in die Studie aufgenommen und in zwei gleich grosse Gruppen randomisiert werden. Daten von 146 der Teil-

nehmenden wurden ausgewertet, 113 haben die Studie bis zum Schluss mitgemacht. Zwei Drittel der Beteiligten hatten eine Hypertonie, knapp die Hälfte eine Hyperlipidämie und ein Drittel einen Typ-2-Diabetes. Mit 10% bzw. 9% war der Gewichtsverlust in beiden Gruppen nach 48 Wochen praktisch gleich. Als einziger signifikanter Unterschied wurde der Blutdruck in der Gruppe mit der ketogenen Diät stärker gesenkt. Beide Diäten wirkten sich ähnlich positiv auf die Blutfettwerte auf, einzig auf die LDL-Werte scheint die fettreduzierte Diät plus Orlistat einen tendenziell leicht günstigeren Einfluss zu haben. Die den Zuckerstoffwechsel betreffenden Parameter hingegen sprachen eher besser auf die ketogene Diät an. Bei diesen unterschiedlichen Wirkungen auf metabolische Laborparameter handelt es sich aber nur um nicht-signifikante Trends.

Ich bin erstaunt, wie viele Studien zur Beurteilung von speziellen Diäten, die selten länger als ein Jahr durchgeführt werden, noch durchgeführt werden. Adipöse kämpfen ein Leben lang mit ihrem Übergewicht, sie müssen ihr Ess- und Bewegungsverhalten langfristig ändern mit Hilfe seriöser Ernährungsberatung und verhaltenstherapeutischer Ansätze. Die zur Verfügung stehenden Medikamente werden kaum über Jahre eingenommen, bei massivem Übergewicht kommen bariatrische Eingriffe in Frage, zu deren Langzeitprognose wir aber ebenfalls noch wenig wissen.

Zusammengefasst von Peter Koller

Koronare Stents: wie wichtig ist die Beschichtung?

I Kedhi E, Joesoef KS, McFadden E et al. Second-generation everolimus-eluting and paclitaxel-eluting stents in real-life practice (COMPARE): a randomised trial. *Lancet* 2010 (16. Januar); 375: 201-9

Medikamentenbeschichtete Stents haben ein kleineres Risiko für einen frühen Stent-Verschluss nach einer koronaren Intervention als unbeschichtete Stents. Sie scheinen aber im späteren Verlauf häufiger Stent-Thrombosen zu verursachen und ihr Langzeitnutzen ist nicht wirklich geklärt (siehe *informed-screen* Mai/Juni 2007). In der Zwischenzeit wurden neuere beschichtete Stents entwickelt, die sich in ihrem Aufbau von den früheren unterscheiden. In der aktuellen Studie aus den Niederlanden wurden zwei solche beschichteten Stents der «2. Generation» bei 1'800 Personen mit einer koronaren Herzkrankheit miteinander verglichen. Der eine war mit Everolimus, der andere mit Paclitaxel beschichtet. Primärer Endpunkt war eine Kombination von Todesfällen, Myokardinfarkten und Revaskularisationen.

Innerhalb eines Jahres nach der koronaren Intervention fand sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des kombinierten Endpunktes zugunsten des Everolimus-beschichteten Stents. Dieser kam vor allem durch weniger frühe Stent-Thrombosen (1% gegenüber 3%), weniger Infarkte (3% gegenüber 5%) und weniger Revaskularisationen (2% gegenüber 6%) zustande. Die Studienverantwortlichen schliessen daraus, dass Paclitaxel-beschichtete Stents in der Praxis nicht mehr verwendet werden sollten.

Vorsichtiger als die Schlussfolgerungen der Studienverantwortlichen sind diejenigen eines gleichzeitig veröffentlichten Editorials zur COMPARE-Studie:¹ Die Stents unterschieden sich nämlich nicht nur hinsichtlich ihrer Beschichtung, sondern waren auch sonst anders aufgebaut. Es ist deshalb unklar, ob sich das Resultat auf andere Stents mit der gleichen Beschichtung übertragen lässt. Ausserdem unterschieden sich

die Gruppen nicht bezüglich Mortalität und der festgestellte Unterschied beschränkte sich auf eine Untergruppe, bei denen ein beschichteter Stent formell gar nicht indiziert gewesen wäre.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

¹ Nienaber CA. Everolimus or paclitaxel stents in real life: go COMPARE. *Lancet* 2010 (16. Januar); 375: 174-6

Intensives Training nützt auch Seniorinnen

I Kemmler W, von Stengel S, Engelke K et al. Exercise effects on bone mineral density, falls, coronary risk factors, and health care costs in older women: the randomized controlled senior fitness and prevention (SEFIP) study. *Arch Intern Med* 2010 (25. Januar); 170: 179-85

Studienziele

Gerade bei Älteren spielt die körperliche Aktivität eine wichtige Rolle bei der Beeinflussung von Risikofaktoren, sowie der Prävention und Behandlung von Krankheiten. Dass spezifische Trainingsprogramme einzelne Risikofaktoren wie beispielsweise Blutdruck oder Insulin-Resistenz positiv beeinflussen können, ist bekannt. Mit einem Programm, das intensive Kraft-, Ausdauer- und Koordinationsübungen kombinierte, wurde in der vorliegenden Arbeit versucht, gleichzeitig auf mehrere Risikofaktoren einen positiven Einfluss zu nehmen.

Methoden

Weibliche Versicherte einer Betriebs-Krankenkasse, welche älter als 65 Jahre waren und selbständig lebten, wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die teilnehmenden Seniorinnen durften weder an einer Krankheit leiden noch Medikamente einnehmen, welche das Sturz- oder Osteoporoserisiko beeinflussen. 246 Frauen wurden nach dem Zufall aufgeteilt in eine Gruppe mit intensivem Trainingsprogramm (Trainingsgruppe) und in eine Kontrollgruppe mit Fokus auf Erholung und leichter körperlicher Aktivität. Die Programme dauerten 18 Monate. Primäre Endpunkte waren die Knochendichte an der Lendenwirbelsäule und am proximalen Femur, die Anzahl Stürze, das gemäss dem Framingham-Score berechnete 10-Jahresrisiko für eine koronare Herzkrankheit sowie die direkten Gesundheitskosten während der Studiendauer.

Ergebnisse

227 Seniorinnen beendeten die Studie. Die Knochendichte an der Lendenwirbelsäule und am proximalen Femur nahm bei der Trainingsgruppe signifikant zu, sowohl im Vergleich zur Kontrollgruppe wie auch zu den Vorbefunden. Auch Stürze war in der Trainingsgruppe deutlich seltener (relatives Risiko RR 0,54; 95% CI 0,35-0,84), das Risiko eines Sturzes mit Verletzung betrug sogar nur ein Drittel im Vergleich zur Kontrollgruppe. Das 10-Jahres Risiko für eine koronare Herzkrankheit verringerte sich in beiden Gruppen, die Differenz zwischen den Gruppen war jedoch nicht signifikant, der Unterschied der direkten Gesundheitskosten zwischen den Gruppen ebenfalls nicht.

Schlussfolgerungen

Verglichen mit einem unspezifischen Wellness-Programm verbesserte ein intensives Trainingsprogramm die Knochendichte und verminderte das Sturzrisiko, reduzierte jedoch

nicht das kardiovaskuläre Risiko und hatte keinen signifikanten Einfluss auf die direkten Gesundheitskosten.

Zusammengefasst von Franz Marti

Nicht-pharmakologische präventive und therapeutische Massnahmen spielen eine wichtige Rolle in der Altersmedizin. Wie bei Medikamenten müssen jedoch auch hier die genauen Dosierungsvorschriften, die Therapiedauer, die Wirkung und die Nebenwirkungen bekannt sein. Die vorliegende Studie aus Nürnberg zeigt, dass körperliches Training bei älteren Frauen wirkt, wenn eine hohe Dosis (viel Ausdauer-, Kraft- und Gleichgewichtstraining enthaltend) über 18 Monate «verabreicht» wird. Bemerkenswert: dieses strenge Programm war für die älteren Frauen gut verträglich. Die grosse Herausforderung für die Praxis wird die Compliance sein.

Andreas Stuck

Viele negative Koronarangiographien!

a Patel MR, Peterson ED, Dai D et al. Low diagnostic yield of elective coronary angiography. *N Engl J Med* 2010 (11. März); 362: 886-95

Obwohl die amerikanischen Richtlinien zur Abklärung einer koronaren Herzkrankheit (KHK) nur dann eine Koronarangiographie vorsehen, wenn ein positiver Belastungstest vorliegt oder ein hohes Risiko für eine koronare Herzkrankheit besteht, werden in den USA zunehmend elektive Herzkatheteruntersuchungen auch bei Personen mit niedrigem Risiko für eine KHK durchgeführt. Mit der vorliegenden Studie soll der Stellenwert der Koronarangiographie bei diesem Kollektiv überprüft werden. Aus einem nationalen Register, das Koronarangiographien aus mehr als 800 amerikanischen Herzkatheterlabors erfasst, wurden die Daten von 398'978 Personen analysiert, die sich ohne vorbestehende Herzkrankheit einer elektiven Herzkatheteruntersuchung unterzogen hatten.

Nur bei 38% der Betroffenen wurde eine obstruktive Koronarangiopathie gefunden. Als solche galt eine Verengung der linken Kranzarterie um mindestens 50% und/oder eine Stenose von mindestens 70% in einem grösseren epikardialen Gefäss. 39% der Untersuchten hatten gar völlig unauffällige Koronargefässe. Erwartungsgemäss hatten Personen mit typischen Beschwerden häufiger einen angiographischen Befund als asymptomatische Personen oder solche mit atypischen Beschwerden. Auch die klassischen Risikofaktoren – männliches Geschlecht, höheres Alter, Diabetes mellitus, Rauchen, Bluthochdruck u.a. – prädisponierten für nachweisbare Koronarstenosen. Ein positives Ergebnis nicht-invasiver kardialer Untersuchungen korrelierte ebenfalls mit einer pathologischen Herzkatheteruntersuchung – deren Voraussagekraft war aber deutlich weniger stark als diejenige der klinischen Risikofaktoren.

Das «American College of Cardiology» definierte Richtlinien, nach welchen entschieden werden soll, ob eine Herzkatheteruntersuchung notwendig ist oder nicht. Auch bei positiven Resultaten vorgängiger nicht-invasiver Abklärungen wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nur bei 41% der Angiographien tatsächlich relevante Koronarstenosen gefunden.

Dementsprechend verlangen die Studienverantwortlichen eine Überarbeitung der Entscheidungskriterien für oder wider eine Koronarangiographie. Leider bleibt unklar, wie gut die bisherigen Richtlinien eingehalten werden. Die Erarbeitung besserer Abklärungsalgorithmen ist das Eine, wie gut diese dann jedoch befolgt werden, ist eine ganz andere Geschichte.

Zusammengefasst von Anne Witschi

Verursachen Statine Diabetes?

m Sattar N, Preiss D, Murray HM et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. *Lancet* 2010 (27. Februar); 375: 735-42

In grossen placebokontrollierten Studien wurde gezeigt, dass Statine nicht nur Cholesterinwerte senken, sondern auch kardiovaskuläre Ereignisse verhindern können. Sowohl in der Sekundär- als auch in der Primärprävention bei Personen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko gilt der Nutzen der Statine als gut belegt. In einzelnen Studien fand sich aber ein höheres Risiko für Diabeteserkrankungen. Mit dieser Meta-Analyse der Daten aus grossen randomisierten Studien sollte der Zusammenhang zwischen Statinbehandlung und Diabetesrisiko genauer untersucht werden.

In 13 Studien waren insgesamt 91'140 Personen ohne Diabetes aufgenommen worden. Von diesen erkrankten während der durchschnittlich 4-jährigen Beobachtungsdauer 5% neu an einem Diabetes mellitus. Das Risiko für eine Diabeteserkrankung war in den Statingruppen um 9% höher als in den Kontrollgruppen. Dies entspricht einer zusätzlichen Diabeteserkrankung auf 255 Behandlungen. Dieses erhöhte Risiko war besonders bei älteren Leuten zu beobachten. Unterschiede zwischen den untersuchten Statinen bezüglich des Diabetesrisikos konnten in der Meta-Analyse nicht aufgezeigt werden.

Diese Meta-Analyse untermauert eine Beobachtung aus der JUPITER-Studie (siehe infomed-screen Januar/Februar 2009), in der ein erhöhtes Diabetesrisiko unter Behandlung mit Rosuvastatin (Crestor®) im Vergleich mit Placebo beobachtet worden war. Die Meta-Analyse spricht für einen Gruppeneffekt der Statine. Ein Beweis für einen kausalen Zusammenhang fehlt aber und ein pathogenetischer Mechanismus, der ihn erklären könnte, ist nicht bekannt. Das erhöhte Diabetesrisiko unter Statinbehandlung kann meiner Meinung nach durchaus als Menetekel gelten: Statine sind keineswegs harmlose Substanzen, die allen mit einem auch nur leicht erhöhten kardiovaskulären Risiko bedenkenlos abgegeben werden können. Ihr Nutzen zur Verhinderung kardiovaskulärer Ereignisse bei Personen mit mindestens mittelstark erhöhtem Risiko bleibt aber unbestritten.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Längerer Nikotinersatz bringt wenig

r Schnoll RA, Patterson F, Wileyto EP et al. Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010 (2. Februar); 152: 144-51

Die Chance, mit dem Rauchen aufzuhören, kann mit Nikotinersatzpräparaten, Antidepressiva oder Nikotinagonisten erhöht werden. Deren Wirksamkeit ist allerdings begrenzt und ihr Langzeitnutzen nicht über alle Zweifel erhaben.

Wegen ihrer vergleichsweise geringen Risiken können Nikotinersatzpräparate als Mittel der ersten Wahl gelten, wenn zur Unterstützung der Rauchabstinenz überhaupt ein Medikament eingesetzt werden soll. In dieser placebo-kontrollierten Studie bei 568 abstinenzwilligen Rauchern und Rauchern wurde untersucht, ob der Erfolg eines Nikotinpflasters (21 mg) grösser ist, wenn die Dauer der Behandlung von 8 auf 24 Wochen ausgedehnt wird.

Am Ende der 24 Wochen waren in der Gruppe mit der langen Behandlung mehr Leute abstinent als in der Kontrollgruppe (32% gegenüber 20%). Der Unterschied nahm aber im weiteren Verlauf rasch ab. Ein Jahr nach Studienbeginn waren in beiden Gruppen noch jeweils knapp 15% abstinent. Nur 1% der Untersuchten war während des ganzen Jahres vollständig abstinent geblieben.

Mehr Leute schaffen es, das Rauchen länger bleiben zu lassen, solange sie ein Nikotinpflaster applizieren. Obwohl das Resultat dieser Studie statistisch signifikant ausgefallen ist, ist es als Argument für eine längere Behandlungsdauer mit einem Nikotinpflaster wenig geeignet. Der Langzeiterfolg der Rauchentwöhnung scheint von anderen Faktoren als der Applikationsdauer des Pflasters abzuhängen.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Verhaltenstherapie bei chronischer Lumbalgie

I Lamb SE, Hansen Z, Lall R et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2010 (13. März); 375: 916-23

Gemäss der aktuellen Datenlage ist es bei chronischer Lumbalgie am besten und nachhaltigsten, Bettruhe zu vermeiden, die übliche Aktivität (soweit die Schmerzen es zulassen) beizubehalten und in vernünftigem Rahmen Schmerzmittel einzusetzen. Für viele zusätzliche Therapien konnte eine nur bescheidene und kaum je langfristige Wirkung gezeigt werden. Die kognitive Verhaltenstherapie, welche gezielt falsche Vorstellungen und falsches Verhalten in Bezug auf chronische Rückenschmerzen korrigiert, wurde bisher erst in kleinen Studien untersucht, welche kein klares Resultat lieferten. 701 Erwachsene aus 56 Allgemeinpraxen in England mit mindestens mittelschweren, unspezifischen, subakuten bis chronischen lumbalen Rückenschmerzen wurden in zwei Gruppen randomisiert. Alle Beteiligten erhielten eine viertelstündige Beratung über richtiges Verhalten bei Rückenschmerzen plus die in der Allgemeinpraxis übliche Betreuung. Bei der einen Gruppe wurde dieses Vorgehen mit sechs anderthalbstündigen Sitzungen kognitiver Verhaltenstherapie ergänzt. Wichtigste Endpunkte waren die subjektive Beeinträchtigung im Alltag und die Schmerzen, die mit Hilfe von zwei Skalen separat für Schmerzen und Beeinträchtigung gemessen wurden.

Nach 12 Monaten betrug die Verbesserung beim «Roland-Morris»-Score bei der Interventionsgruppe 2,4 Punkte im Vergleich zu 1,1 Punkten bei der Kontrollgruppe. Bei der einen «Von Korff»-Teilskala (Beeinträchtigung im Alltag) betrug sie 14% gegenüber 5%, und bei der anderen (Schmerzen) 13% gegenüber 6%. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war statistisch hoch signifikant und blieb über die Zeit konstant. Die gleichzeitig durchgeführten ökonomischen Auswertungen zeigten, dass die untersuchte Intervention per «quality-adjusted-life-year» (QUALY) nicht einmal halb soviel

gekostet hat wie andere in ähnlichen Studien getestete Therapien (Akupunktur, Physiotherapie usw.).

Diese vom Publikationsteam als «pragmatisch» bezeichnete, sicher sehr praxisnahe Studie zeigt eindeutige Resultate. Eine kurze, in der Gruppe durchgeführte kognitive Verhaltenstherapie, welche falsches Verhalten und falsche Vorstellungen zu korrigieren versucht, führt zu einer nachhaltigen Verbesserung von chronischer Lumbalgie. Darüber hinaus scheint sie erst noch äusserst kostengünstig zu sein.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

Gefährliche Blutdruckschwankungen und -spitzen

k Rothwell PM, Howard SC, Dolan E et al. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension. *Lancet* 2010 (13. März); 375: 895-905

Die geltenden Behandlungsempfehlungen für Hypertonie basieren auf dem mittleren Blutdruck, während gelegentliche Blutdruckspitzen als ungefährlich gelten. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, herauszufinden, welchen Einfluss das Ausmass der Blutdruckschwankungen bzw. einzelnen Blutdruck-Spitzenwerte auf das Hirnschlagrisiko haben. Dazu wurden mittels komplexer statistischer Verfahren die Daten von 4 Studienkohorten mit insgesamt gegen 10'000 Personen nach einer transitorischen ischämischen Attacke oder einem Hirnschlag, sowie diejenige einer randomisierten Behandlungsstudie bei 18'530 Hypertoniekranken mit Hinblick auf diese Fragestellung neu ausgewertet. Bei einem Teil der Personen aus letzterer Studie lagen auch 24-Stunden-Blutdruckmessungen vor.

Dabei stellte sich heraus, dass die Schwankungen der systolischen Blutdruckwerte von Konsultation zu Konsultation stärker mit dem Auftreten von Hirnschlägen korrelierten als der mittlere systolische Blutdruck. Auch das Auftreten von ausgeprägten einzelnen systolischen Blutdruckspitzen stellte einen unabhängigen Risikofaktor dar. Personen mit episodisch stark erhöhtem Blutdruck (Spitzen über 180 mm Hg, bei Mittelwert unter 140 mm Hg systolisch) hatten ein höheres Hirnschlagrisiko als diejenigen mit stabiler Hypertonie (Mittelwert über 140 mm Hg). Auch für behandelte Hypertoniekranken erwiesen sich Blutdruckschwankungen und hohe Spitzenwerte als ungünstig. Ähnliche, aber etwas weniger deutliche Resultate ergab auch die Analyse der Blutdruckschwankungen innerhalb der 24-Stunden-Messungen, davon ausgenommen war eine alleinige Morgenspitze. Alle beobachteten Zusammenhänge waren am ausgeprägtesten bei jungen Personen und bei solchen mit einem niedrigen mittleren Blutdruck.

Skeptische Leserinnen und Leser mögen einwenden, dass diese Studie nur durch «Datendreschen» aus bestehenden Studien mit anderer Fragestellung entstanden ist. Sie zeigt trotzdem überzeugend, dass episodische Blutdruckspitzen nicht etwa harmlos, sondern vermutlich noch gefährlicher sind als eine stabile Hypertonie. In der Praxis neigen wir oft dazu, erhöhte Blutdruckwerte als «Weisskitteleffekt» zu ignorieren, wenn der Patient bei der Selbstkontrolle zu Hause akzeptable Werte zeigt. Aufgrund der vorliegenden Studie sollten wir dieses Verhalten ändern und wiederholt erhöhte Sprechstunden-Blutdruckwerte als Risikofaktoren ernst nehmen und behandeln.

Zusammengefasst von Markus Häusermann

screen-telegramm

Monoklonale Antikörper gegen Clostridien

r Lowy I, Molrine DC, Leav BA et al. Treatment with monoclonal antibodies against *Clostridium difficile* toxins. *N Engl J Med* 2010 (21. Januar); 362: 197-205

Aufgrund des wachsenden Einsatzes von Breitspektrumantibiotika nimmt nicht nur die Häufigkeit, sondern auch der Schweregrad und die Anzahl Rezidive von intestinalen Infekten mit *Clostridium difficile* zu – neue Lösungen für dieses Problem sind gefordert. In einer randomisierten Studie erhielten Personen mit einem Clostridien-Infekt zusätzlich zum Antibiotikum entweder monoklonale Antikörper gegen Clostridien-Toxine oder Placebo. Der Einsatz der Antikörper führte mit 7% gegenüber 25% zu einer signifikanten Verminderung der Rezidive. Auf den Schweregrad oder die Dauer des initialen Infektes hingegen hatten sie keinen Einfluss. Ein interessanter Ansatz für ein wichtiges Problem – dieses sollten wir jedoch auch von der anderen Seite angehen und beim Einsatz von Antibiotika Vernunft walten lassen.

Schilddrüse und Autoimmunerkrankungen

a Boelaert K, Newby PR, Simmonds MJ et al. Prevalence and relative risk of other autoimmune diseases in subjects with autoimmune thyroid disease. *Am J Med* 2010 (Februar); 123: 183.e1-9

Autoimmunerkrankungen treten oft gehäuft auf – sei es bei einem einzelnen Individuum oder innerhalb von Familien. Über 3'000 an Hashimoto-Thyreoiditis (n=495) oder an Morbus Basedow (n=2'791) Erkrankte wurden dazu befragt, ob sie oder ihre Eltern an weiteren Autoimmunerkrankungen leiden. 10% der Personen mit Morbus Basedow hatten mindestens eine weitere Autoimmunerkrankung, bei solchen mit Hashimoto waren es 14%. Am häufigsten handelte sich dabei um rheumatoide Arthritis, aber auch alle anderen bekannten Autoimmunerkrankungen waren häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung. Dies traf auch auf die Eltern der befragten Personen zu. Wieder einmal – im richtigen Moment dran denken!

Schädliche Energy-Drinks?

a Worthley MI, Prabhu A, De Sciscio P et al. Detrimental effects of energy drink consumption on platelet and endothelial function. *Am J Med* 2010 (Februar); 123: 184-7

Aufgrund von anekdotischen Fallberichten werden Energy-Drinks als Mitauslöser für einen plötzlichen Herztod und für Herzinfarkte verantwortlich gemacht. Dabei postulierte pathophysiologische Mechanismen sind ungünstige Veränderungen der Plättchen- und Gefässendothel-Funktion. Diese Hypothese wurde an 50 jungen und gesunden Freiwilligen überprüft. In der Tat – eine Stunde nach Einnahme eines Energy-Drinks (mit Koffein, Taurin und Glukuronolaktone als Hauptinhaltsstoffen), konnte eine vermehrte Plättchenaggregation und eine Beeinträchtigung der endothelialen Funktion festgestellt werden. Welcher Inhaltsstoff dafür verantwortlich ist und ob dem Ganzen eine klinisch relevante Bedeutung zukommt, bleibt allerdings unklar.

Fragwürdige neue Therapie bei Achillessehnenbeschwerden

r De Vos RJ, Weir A, van Schie HT et al. Platelet-rich plasma injection for chronic Achilles tendinopathy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010 (13. Januar); 303: 144-9

Chronische Achillessehnenbeschwerden sind häufig und schwierig zu behandeln. Mit dem Ziel, die Selbstheilung der degenerativ veränderten Sehne anzuregen, wird offenbar die Injektion von plättchenangereichertem Blutplasma in die Sehne propagiert. In dieser doppelblind angelegten Studie bei 54 Personen konnte jedoch keine positive Wirkung dieser Therapie festgestellt werden, weder auf die Schmerzen, den Aktivitätsgrad, noch die Zufriedenheit der Betroffenen. Eine vergleichbare Verbesserung der Beschwerden nach 24 Wochen konnte sowohl in der

Placebo- als auch in der Behandlungsgruppe festgestellt werden. Ob diese auf den Placeboeffekt zurückzuführen ist oder auf das zusätzlich durchgeführte exzentrische Krafttraining, bleibt unklar.

Verlauf unspezifischer Thoraxschmerzen in der Grundversorgung

k Glombiewski JA, Rief W, Bösner S et al. The course of nonspecific chest pain in primary care: symptom persistence and health care usage. *Arch Intern Med* 2010 (8. Februar); 170: 251-5

Thoraxschmerzen sind häufig, und oft kann keine klare Ursache gefunden werden. Was geschieht mit den Betroffenen im weiteren Verlauf? Von 1'212 Personen über 35 Jahren, die wegen Thoraxschmerzen eine Allgemeinpraxis aufsuchten, konnte nur bei 405 (33%) eine klare Diagnose gestellt werden. Bei 692 der übrigen Betroffenen wurde eine somatische Ursache (z.B. muskuloskeletale Beschwerden) und bei 115 eine psychische Ursache vermutet. Nach 6 Monaten hatten mehr als die Hälfte der Personen mit unspezifischen Thoraxschmerzen immer noch Beschwerden. Bei gut 10% davon wurden wiederholte und somit wahrscheinlich überflüssige kardiologische Abklärungen durchgeführt, psychiatrische Abklärungen hingegen waren äusserst selten. Sind mehr psychiatrische Konsilien die Lösung? Was haben wir sonst zu bieten?

Ultraschall zum Ausschluss distaler tiefer Venenthrombosen

m Johnson SA, Stevens SM, Woller SC et al. Risk of deep vein thrombosis following a single negative whole-leg compression ultrasound: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2010 (3. Februar); 303: 438-45

Es ist umstritten, wie zuverlässig die Ultraschalluntersuchung der Venen zur Diagnose von distalen (im Gegensatz zu den proximalen) tiefen Venenthrombosen ist – aus diesem Grund wird oft empfohlen, die Untersuchung nach einer Woche zu wiederholen. In dieser Metanalyse konnten der Verlauf bei 4'731 Personen, bei denen aufgrund einer einzigen unauffälligen Ultraschalluntersuchung des ganzen Beines auf eine Antikoagulation verzichtet wurde, über 90 Tage ausgewertet werden. Thromboembolische Ereignisse waren sehr selten und traten nur in 0,7% der Fälle auf. Somit handelt es sich bei Personen mit geringem Risiko wohl um ein sicheres Verfahren, denn wenn nur diese betrachtet wurden, war die Rate mit 0,3% noch kleiner. Da nur wenige Personen mit hohem Risiko vertreten waren, konnte für diese Population keine klare Aussage gemacht werden.

Telegramme von Alexandra Röllin

Korrigendum

In der letzten Nummer von infomed-screen (März/April 2010) wird auf Seite 10 Werner Zimmer als Kommentator genannt. Es handelt sich aber beim Kommentator um Prof. Dr. med. Werner Zimmerli, wie im Impressum auf Seite 15 korrekt wiedergegeben. Wir entschuldigen uns für diesen Fehler.

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

Dr. med. Markus Battaglia, Leitender Arzt Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM, Universität Bern

Dr. med. Alexander Möller, Fachbereich Pneumologie, Universitäts-Kinderkliniken Zürich, Zürich

Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Geriatriische Universitätsklinik, Bern

Im Internet und als Print

Die Infomed-Angebote

Viele Leserinnen und Leser kennen die Infomed-Angebote im Internet. Nach monatelangen Vorbereitungen wird nun nächstens eine neue Version von www.infomed.org aufgeschaltet. Ich benütze diese Gelegenheit, auf die verschiedenen, teilweise deutlich umfangreicheren Angebote an dieser Adresse hinzuweisen.

Während zur Zeit die *infomed-screen-Texte* der letzten Jahre (seit 2005) im Internet noch fehlen, werden zukünftig sämtliche Texte verfügbar sein. Personen, die ein individuell bezahltes Abonnement haben, erhalten damit auch zu den neuesten Texten Zugang. Dazu müssen sie sich mit einem Benutzernamen und Passwort identifizieren. Nach jeweils zwei Jahren sollen jedoch sämtliche Texte *für jedermann* frei zur Verfügung stehen. Mit anderen Worten: Mit dem «screen-Archiv» existiert dann eine (kostenlose) deutschsprachige Datenbank, in der der grösste Teil wichtiger medizinischer Studien von mehr als 10 Jahren zusammengefasst ist.

Mehr noch: auf unserer Website werden zukünftig auch mehr *pharma-kritik-Texte* – nämlich die Texte der Jahre 1988 bis 2006, 19 Jahrgänge – frei zur Verfügung stehen. (Wer die *pharma-kritik* abonniert hat, kann mittels Passwort auch die neueren Jahrgänge konsultieren.) Zusammen bilden die beiden Zeitschriften ein vorzügliches Informationsangebot, eines, das vollständig unabhängig von kommerziellen Interessen entstanden ist und das wichtige Fakten mit einer kritischen Evaluation verbindet.

Wie es ist möglich, dass wir *mehr* offerieren als andere unabhängige Publikationen deutscher Sprache? Zwei Gründe können genannt werden: Primär ist der Wille und der Enthusiasmus des kleinen Infomed-Teams, eine qualitativ gute und wirklich unabhängige Information anzubieten, ausschlaggebend. Dazu kommt aber noch die Tatsache, dass wir uns seit vielen Jahren auf eine ungewöhnlich wohlwollende und zuverlässige Basis von Abonentinnen und Abonnenten stützen können, die bereit sind, für die gute Information auch zu bezahlen.

Wir publizieren nicht nur im Internet, sondern haben – neben den beiden Zeitschriften – auch noch ein paar «Drucksachen», deren Nutzen gut etabliert ist. Dabei sind besonders die «100 wichtigen Medikamente» von Bedeutung. In diesem Buch sind auf je zwei Seiten pro Medikament die essentiellen Fakten übersichtlich dargestellt. Die Ausgabe von 2005 ist immer noch erhältlich; eine Neuauflage ist in Vorbereitung, dürfte jedoch nicht vor 2011 vorliegen.

Wer sich genauer über pharmakokinetische Arzneimittel-Interaktionen informieren will, ist mit unserem Heft «Zytochrome und andere Proteine» gut versorgt.

Schliesslich sind auch unsere «*Tipps und Tricks für die medizinische Anwendung des Internets*» zu erwähnen, eine Sammlung von Kurztönen, die helfen, sich im medizinischen Universum des Internets zurechtzufinden. Alle diese Printprodukte sind selbstverständlich auf unserer Website (www.infomed.org), aber auch via Telefon oder Fax bestellbar.

Etzel Gysling

AZB
9500 Wil

infomed-screen

Mai/Juni 2010 – Jahrgang 14 / Nummer 3

Welche Behandlungsstrategie beim Harnwegsinfekt? Vorgehensweisen mit weniger Antibiotika erreichen denselben Nutzen – **Seite 17**

Auch in Graubünden weniger Myokardinfarkte dank Rauchverbot: Es profitieren vor allem Nicht-Rauchende sowie Personen mit vorbestehender koronarer Herzerkrankung – **Seite 18**

Lithium und/oder Valproinsäure bei bipolarer Erkrankung? **Seite 18**

Sollen Eltern selbstverantwortlich perorale Steroide abgeben? Der Nutzen bei Schulkindern ist gering und muss gegenüber möglichen Nebenwirkungen abgewogen werden – **Seite 19**

Ketogene Diät ähnlich wirksam wie Behandlung mit Orlistat: **Seite 19**

Koronare Stents: wie wichtig ist die Beschichtung? **Seite 20**

Intensives Training nützt auch Seniorinnen: Höhere Knochendichte und weniger Stürze, aber kein Einfluss auf kardiale Risikofaktoren und direkte Gesundheitskosten – **Seite 20**

Viele negative Koronarangiographien! **Seite 21**

Verursachen Statine Diabetes? **Seite 21**

Längerer Nikotinersatz bringt wenig: **Seite 21**

Verhaltenstherapie bei chronischer Lumbalgie: **Seite 22**

Gefährliche Blutdruckschwankungen und -spitzen: **Seite 22**

screen-telegramm: **Seite 23**

ISSN 1422-0059

Eine pharma-kritik-Publikation

Koordination und Redaktion dieser Nummer:
Alexandra Röllin und Peter Ritzmann

Weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:
Renato L. Galeazzi, Thomas Weissenbach, Anne Witschi,
Bettina Wortmann

und die Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine:
Markus Häusermann, 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

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 ©2010 by Infomed Wil