

Inhaltsverzeichnis: siehe Seite 40

Stressinkontinenz: welche Schlingenoperation ist besser?

r Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM et al. Retropubic versus transobturator mid-urethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med* 2010 (3. Juni); 362: 2066-76

Studienziele

4% bis 10% der Frauen mit einer Stressinkontinenz lassen sich chirurgisch behandeln. In den letzten 10 Jahren setzte sich die Schlingen-Operation mittels eines «tension-free vaginal tape» (TVT) durch. Dabei wird ein Kunststoffband transvaginal um den mittleren Abschnitt der Harnröhre gelegt und hinter dem Schambein spannungsfrei nach oben gezogen, wo die Bandenden mit der Bauchwand verwachsen. Neben der klassischen, retropubischen Operationsmethode wurde eine transobturatorische Variante entwickelt, bei der die Bandenden durch die Foramina obturatoria gezogen werden. Diese beiden Methoden sollen hier miteinander verglichen werden.

Methoden

In diese multizentrische Vergleichsstudie aus den USA wurden Frauen einbezogen, bei denen ein Stresstest bei mässig gefüllter Blase positiv ausfiel. Nach dem Zufallsprinzip wurde entweder die retropubische oder die transobturatorische Operationsmethode angewendet. Nach 12 Monaten wurden objektive Parameter für einen Behandlungserfolg (negativer Stresstest, trockene Einlage nach 24 Stunden, keine erneute Behandlung wegen Stressinkontinenz), das subjektive Befinden (Symptomfreiheit, kein Nachtröpfeln, keine erneute Behandlung wegen Stressinkontinenz) sowie Komplikationen beider Methoden erhoben.

Ergebnisse

Von den 291 Frauen nach einem retropubischen Eingriff erfüllten 81% die objektiven Kriterien einer erfolgreichen Operation, bei denjenigen nach einem transobturatorischen Eingriff waren es 78% von 292 Frauen – diesbezüglich können die beiden Methoden als ebenbürtig bezeichnet werden. In Hinblick auf die subjektiven Kriterien wurden weniger gute Resultate erzielt: 62% der Frauen nach retropubischer und 56% nach transobturatorischer Intervention gaben an, keine Inkontinenzprobleme mehr zu haben.

Nach einem retropubischen Eingriff kam es bei 14% der Frauen zu einer ernsthaften Komplikation, dabei handelte es sich hauptsächlich um Blasenperforationen (5%) oder Blasenentleerungsstörungen (3%), die eine Intervention (Operation, Katheter) notwendig machten. Nach einem transobturatorischen Eingriff traten bei 6% der Frauen Probleme auf,

hier handelte es sich grösstenteils um vaginale Verletzungen (4%).

Schlussfolgerungen

Beide Methoden sind ähnlich erfolgreich – ein Jahr nach der Operation konnte in beiden Gruppen hinsichtlich der objektiven Kriterien in rund 80% und hinsichtlich der subjektiven Beschwerden in rund 60% der Fälle ein erfolgreiches Operationsresultat verbucht werden. In Bezug auf Häufigkeit und Art der Komplikationen unterschieden sie sich jedoch deutlich voneinander.

Zusammengefasst von Bettina Wortmann

Dies Studie zeigt, dass retropubische und transobturatorische Schlingen die Belastungsincontinenz gleich gut beheben. Dass die Passage der Nadel die möglichen Komplikationen definiert, ist verständlich: Die retropubische Passage kann zu Blutungen (Venen im Cavum Retzii), Blasenverletzungen und zur Überkorrektur führen, die transobturatorische zur Perforation im seitlichen Scheidengewölbe, zu Muskelschmerzen in den Adduktoren und zur Irritation von Ästen der Nn. obturatorii, pudendi oder cutanei femoris posteriores. Letztere Komplikationen sind schwieriger zu beheben. Erstaunlich, dass die Dyspareunie als weitere mögliche Komplikation nicht erwähnt wird.

Mit der Bandoperation hat Ulmsten die Inkontinenzchirurgie revolutioniert. Die Frage nach dem besten System ist so gesehen zweitrangig, vor allem weil der Erfolg im Wesentlichen von der individuellen Ausgangssituation abhängt und – wie auch diese Studie zeigt – kaum vom verwendeten System: Ist die suburethrale Region mobil (gut) oder starr (schlecht)? Liegt eine reine Belastungsincontinenz (gut) oder eine gemischte Inkontinenz mit zusätzlichen Drangbeschwerden (schlecht) vor? Handelt es sich um eine Erst- oder eine Reoperation? Ist der Operateur routiniert oder in der Lernkurve?

Daniel Passweg

Was bedeuten die Symbole?

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

Einfache Weitsicht-Brillengläser verhindern Stürze

I Haran MJ, Cameron ID, Ivers RQ et al. Effect on falls of providing single lens distance vision glasses to multifocal glasses wearers: VISIBLE randomised controlled trial. *BMJ* 2010 (25. Mai); 340: c2265

Studienziele

Im Rahmen dieser australischen Studie wurde untersucht, ob das Tragen von Brillen mit einfachen Korrekturgläsern statt Multifokalgläsern während Aktivitäten im Freien das Sturzrisiko von älteren Personen zu verringern vermag. Aufgrund bisheriger Studien ist bekannt, dass Multifokalgläser die Wahrnehmung von Tiefenschärfe und Kontrast vermindern und dass bei deren Verwendung ältere Leute grössere Mühe bekunden, die Höhe von Treppenstufen richtig einzuschätzen oder einen Hindernis-Parcours erfolgreich zu absolvieren.

Methoden

Zwischen Mai 2005 und Juni 2007 wurden 606 Personen randomisiert, die ein erhöhtes Sturzrisiko aufwiesen (entweder über 80-jährig oder über 65-jährig mit Sturzanamnese in den letzten 12 Monaten bzw. verlängertem «Timed up and go»-Test) und die regelmässig eine Sehkorrektur mit Multifokalgläsern, d.h. eine Brille mit Bi- oder Trifokal- oder Gleitsichtgläsern trugen. Die Interventionsgruppe (305 Personen) erhielt zusätzlich eine einfach korrigierte Brille für die Ferndistanz und Instruktionen für deren Gebrauch ausser Haus. Für Tätigkeiten zu Hause durften sie die Multifokalbrille weiter benutzen. Bei der Kontrollgruppe (301 Personen) wurde bei Bedarf eine Anpassung der Korrektur der bereits verwendeten Multifokalbrille vorgenommen.

Ergebnisse

Während der 12-monatigen Beobachtungszeit traten in der Interventionsgruppe gesamthaft 8% weniger Stürze auf, allerdings war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. In der Untergruppe von Personen mit ausgeprägter Aktivität im Freien war die Verringerung der gesamten Anzahl Stürze um 40% jedoch eindrucklich und signifikant (die Anzahl Stürze im Freien wurde um 39%, diejenigen mit Verletzungsfolgen um 38% verringert). Bei den Personen jedoch, welche sich nur selten ausser Haus bewegten, kam es zu 56% mehr Stürzen im Freien und zu 34% mehr Stürzen mit Verletzungen.

Schlussfolgerungen

Bei älteren Personen mit regelmässiger Aktivität im Freien stellt der Wechsel zu einer einfachen Fernsichtkorrektur eine wirksame Sturzprävention dar. Wenn die Betroffenen sich jedoch nur selten im Freien bewegen und an die Multifokalgläser gewohnt sind, kann ein solcher Wechsel auch ungünstige Auswirkungen haben.

Zusammengefasst von Felix Tapernoux

Verschiedene Beobachtungsstudien zeigten einen Zusammenhang zwischen dem Tragen von Multifokalgläsern (Bi-, Trifokal- oder Gleitsichtgläser) während Aktivitäten im Freien und einem erhöhten Sturzrisiko bei älteren Menschen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen die Hypothese, dass ein kausaler Zusammenhang vorliegt. Denn es kann eine Verminde-

rung der Anzahl Stürze um 39% erreicht werden, wenn bei Aussenaktivitäten Brillengläser mit einfacher Fernkorrektur statt Multifokalgläser getragen werden. Diese Ergebnisse sollten uns dazu veranlassen, den Strategien zur Sturzprävention bei aktiven älteren Personen eine entsprechende Empfehlung hinzuzufügen.

Christophe Büla

Antibiotikaresistenzen auch in der Praxis

m Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A et al. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010 (18. Mai); 340: c2096

Antibiotikaresistenzen werden immer häufiger und drohen, zu einem schwerwiegenden «Public health»-Problem zu werden, zumal auch wenig neue Wirksubstanzen auf den Markt kommen. Trotzdem sind sich Ärzteschaft und Bevölkerung des Zusammenhangs zwischen Antibiotikagebrauch und Resistenzentwicklung zu wenig bewusst. In der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit wurde untersucht, wie häufig resistente Keime entstehen, wenn Antibiotika ausserhalb des Spitals verschrieben werden. Es interessierten Erreger von Harnwegsinfekten, respiratorische Keime und gegen Methicillin resistente Staphylokokken (MRSA).

Die Studienverantwortlichen fanden 21 passende Studien, allerdings erfüllte nur eine einzige Studie alle im Studienprotokoll festgelegten Qualitätskriterien. Bei den Harnwegsinfekten (5 Studien in die Meta-Analyse eingeschlossen) fand man eine starke Korrelation zwischen Antibiotikaeinnahme und dem späteren Nachweis von resistenten Keimen. Diese war bis zu einem Monat nach Antibiotikaexposition am stärksten. In einigen Fällen waren resistente Erreger aber noch nach 12 Monaten nachweisbar. Etwas weniger deutlich, aber ebenfalls signifikant, fiel der Zusammenhang bei den respiratorischen Keimen (7 Studien) aus. Die Meta-Analyse mit 3 Studien zur Besiedelung der Haut mit MRSA ergab hingegen kein signifikantes Ergebnis. Dosis, Häufigkeit sowie Dauer der Antibiotikagabe korrelierten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Resistenzbildung. Allerdings räumen die Studienverantwortlichen Mängel ihrer Übersichtsarbeit ein: Ein Drittel der Studien war retrospektiv, die untersuchten Behandeltenkollektive sehr heterogen, die Definition der Resistenzen uneinheitlich, und in einigen Studien wurden zwei verschiedene Antibiotika anstelle eines Antibiotikums mit keinem Antibiotikum verglichen. Auch wurden die Compliance der Behandelten und die Frage, ob schon resistente Keime vorbestanden hatten, zu wenig berücksichtigt.

Die Literatur zu Antibiotikaresistenzen ausserhalb des Spitals ist spärlich. Nicht zuletzt, da sich in diesem Umfeld die Datenerhebung viel schwieriger gestaltet und grundsätzlich weniger geforscht wird. Die vorliegenden Meta-Analysen mussten entsprechend mit wenigen und qualitativ nicht optimalen Studien auskommen. Die Ergebnisse zeigen trotzdem, dass sich das Problem der Resistenzentwicklung nicht auf die Spitäler beschränkt, sondern auch für die Grundversorgung relevant ist. Deshalb ist es wichtig, dass die niedergelassene Ärzteschaft und die Bevölkerung vermehrt für die Gefahr der Resistenzbildung sensibilisiert werden.

Zusammengefasst von Anne Witschi

Wenig verlässliche Daten zur Laktose-Intoleranz

m Shaukat A, Levitt MD, Taylor BC et al. Systematic review: effective management strategies for lactose intolerance. *Ann Intern Med* 2010 (15. Juni); 152: 797-803

Studienziele

Bei Vorliegen einer Laktose-Malabsorption wird Laktose ab einer bestimmten Menge – meist infolge eines Laktase-Mangels – intestinal nicht mehr resorbiert. Wenn die Malabsorption, die mithilfe des Wasserstoff-Atemtests diagnostiziert werden kann, von gastrointestinalen Symptomen wie beispielsweise Diarrhoe, Blähungen u.ä. begleitet ist, spricht man von Laktose-Intoleranz. Diese stellt ein relativ häufig beklagtes medizinisches Problem dar. Ziel der vorliegenden Übersichtsarbeit war es, festzustellen, wie viel Laktose täglich trotz Laktose-Intoleranz konsumiert werden und mit welchen Massnahmen Personen mit Laktose-Intoleranz geholfen werden kann.

Methoden

Verschiedene elektronische Datenbanken wurden für den Zeitraum von 1967 bis Ende 2009 nach randomisierten Studien bei von Laktose-Intoleranz oder -Malabsorption Betroffenen durchsucht. Dabei wurden Untersuchungen berücksichtigt, in denen das Ausmass der Symptome nach einer Laktosegabe evaluiert worden war, aber auch solche, die sich mit verschiedenen therapeutischen Massnahmen befassten, wie dem Einsatz von Laktose-reduzierter Milch, von Milch, die bereits hydrolysierte Laktose enthielt, von Laktase-Supplementa oder Probiotika, sowie anderen diätetischen Strategien.

Ergebnisse

Von 2'455 Studien entsprachen 36 den definierten Kriterien: 26 Untersuchungen zur Wirkung von Laktose-reduzierter Milch oder Laktase-haltigen Milchsupplementa bzw. den maximal tolerierbaren Laktosemengen, 7 zu Probiotika und 3 zu anderen Strategien. Die meisten Erwachsenen mit einer vermuteten Laktose-Intoleranz bzw. -Malabsorption tolerierten 12 g Laktose (nüchtern) oder bis 15 g (mit anderen Nahrungsmitteln zusammen) pro Tag ohne relevante Beschwerden. Hierzu waren die Daten zumindest von mässiger Aussagekraft. Zu den untersuchten therapeutischen Interventionen hingegen konnten aufgrund mangelnder Evidenz keine Empfehlungen gemacht werden. Die Studien waren zu heterogen, zumeist von schlechter Qualität und ihre Resultate widersprüchlich.

Schlussfolgerungen

Aufgrund der schlechten Datenlage konnten kaum klare Schlüsse gezogen werden, so war es auch nicht möglich, die Daten zu einer Meta-Analyse zusammenzufassen. Zumindest ist anzunehmen, dass 12 bis 15 g Laktose – die Menge, die ungefähr in einem Glas Milch enthalten ist – von den meisten Erwachsenen toleriert werden, selbst wenn eine Laktose-Malabsorption vorliegt. Um die Wirksamkeit der verschiedenen vorgeschlagenen Interventionen bei Laktose-Intoleranz beurteilen zu können, sind jedoch zusätzliche Studien von guter Qualität notwendig.

Zusammengefasst von Thomas Weissenbach

Eine häufige Frage im Alltag lautet: Wann steckt hinter Reizdarmsymptomen eine Laktose-Intoleranz? Lösen bereits geringe Mengen von «versteckter» Laktose (in Saucen, Fertigprodukten und dergleichen) Symptome aus?

Diese Übersicht suggeriert, dass es mindestens ein Glas Milch auf nüchternen Magen braucht, um Intoleranzerscheinungen auszulösen. Alles in allem ist die wissenschaftliche Datenlage zum Thema Laktose-Intoleranz aber in vielerlei Hinsicht lückenhaft – wie hier gezeigt, auch in Bezug auf therapeutische Interventionen. Erfahrungsgemäss haben aber die meisten Personen mit echter Laktose-Intoleranz die Diagnose längst selber gestellt und die für sie wirksamen Massnahmen empirisch eruiert.

Dominique Criblez

Physiotherapie bei chronischen Schulterschmerzen wenig wirksam

R Bennell K, Wee E, Coburn S et al. Efficacy of standardised manual therapy and home exercise programme for chronic rotator cuff disease: randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2010 (8. Juni); 340: c2756

Chronische Schulterschmerzen werden häufig durch Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette verursacht. Diese äussern sich mit Schmerzen bei der Abduktion (painful arc) und positiven Impingementzeichen. Dabei handelt es sich meist um (Teil-)Rupturen der Rotatorenmanschette, subakromiale Bursitiden und entzündliche Veränderungen der langen Bizepssehne. In diese randomisierte Studie wurden 120 von solchen Beschwerden Betroffene einbezogen. Nicht berücksichtigt wurden Personen mit Verdacht auf eine totale Ruptur, mit starken Ruheschmerzen oder solche, welche bereits eine Behandlung erhalten hatten. Die Untersuchenden, die den Behandlungserfolg beurteilten, und auch die Behandelten, soweit dies im Rahmen einer physiotherapeutischen Therapie überhaupt möglich ist, waren verblindet. Die Interventionsgruppe erhielt während 10 Wochen 10 Sitzungen manuelle Therapie der Schulter und Instruktionen für ein Heimprogramm. Auch die Scheinbehandlung der Kontrollgruppe bestand aus 10 Sitzungen, während diesen wurde je 10 Minuten eine Ultraschallbehandlung vorgetäuscht und ein inertes Gel aufgetragen. Die aktive Gruppe wurde angewiesen, von der 11. bis zur 22. Woche täglich selbständig ihr Heimprogramm durchzuführen, bei der Kontrollgruppe erfolgte in diesem Zeitraum keine Behandlung mehr. Primäre Endpunkte waren ein Index, welcher Schmerzintensität und Funktion der Schulter erfasst, das Ausmass des Schmerzes bei Bewegung und die Einschätzung des Behandlungserfolgs durch die Betroffenen.

Nach 11 Wochen ging es den Teilnehmenden beider Gruppen signifikant besser, zwischen den beiden Gruppen bestand jedoch kein Unterschied. Nach 22 Wochen schnitt nur der erste der drei primären Endpunkte in der aktiven Gruppe signifikant besser ab. Insgesamt wurde die Funktion der Schulter durch die Therapie verbessert, die Schmerzen hingegen wurden nicht beeinflusst.

Im Rahmen dieser Studie erfolgte die physiotherapeutische Behandlung gemäss einem vorgeschriebenen Programm. Im klinischen Alltag kann sie individueller gestaltet und so vielleicht wirksamer sein. In dieser Studie zeigte die passive manuelle Therapie jedenfalls wenig Nutzen. Wichtiger scheinen auch hier, wie beispielsweise bei Rückenschmerzen, die regelmässig durchgeführten aktiven Bewegungsübungen.

Zusammengefasst von Peter Koller

Regel zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit in der Grundversorgung

k Bösner S, Haasner J, Becker A et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 2010 (7. September); 182: 1295-300

Die schwierigste Aufgabe in der medizinischen Grundversorgung ist es, trotz Verzicht auf unnötige Zusatzuntersuchungen keine gefährlichen Situationen zu verpassen. Um den intuitiven «klinischen Blick» zu objektivieren, werden häufig klinische Vorhersagerregeln, sogenannte «Scores», propagiert. Diese werden meist in akademischen Institutionen entwickelt, diejenigen für die koronare Herzkrankheit auf Notfallstationen von Spitälern, was ihre Anwendbarkeit im Praxisalltag limitiert. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine einfache, allein auf klinischen Befunden basierende Regel in der Grundversorgung konzipiert und getestet.

Von 14 Variablen, bei 773 Kranken erhoben, die wegen Brustschmerzen eine von 74 deutschen Allgemeinpraxen aufgesucht hatten, konnten folgende fünf eine koronare Herzkrankheit besonders gut vorhersagen: Alter (Frauen über 64, Männer über 54 Jahre), bekannte Gefässerkrankung, anstrengungsabhängige Schmerzen, durch Palpation nicht auslösbare Schmerzen und die Überzeugung der Betroffenen, ihre Schmerzen seien vom Herzen ausgehend. Die beste Vorhersagekraft konnte erzielt werden, wenn der Score ab 3 erfüllten Punkten als positiv gewertet wurde. Darauf wurde dieser Score an 672 Personen aus 58 Grundversorgerpraxen der Westschweiz getestet. Dabei wurde eine Sensitivität von 87% und eine Spezifität von 81% erreicht. Die Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit betrug 15% in der Grund- und 13% in der Testkohorte. Daraus liess sich ein negativer Voraussagewert von 97,7% ableiten, was bedeutet, dass nur 2,3% der Personen, bei denen aufgrund des Scores eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen wurde, als falsch negativ klassifiziert wurden.

Dieses Ergebnis ist sehr bedeutend für die Praxis, denn damit lassen sich viele unnötige Untersuchungen vermeiden. Da es sich in der Grundversorgung meist um chronische Fälle handelt, die nicht akut gefährdet sind, fällt der kleine Fehler, der dabei in Kauf genommen werden muss, noch weniger ins Gewicht. Durch eine kontinuierliche Betreuung können Fehleinschätzungen im Verlauf korrigiert werden. Zu beachten ist jedoch, dass der sehr gute negativ-prädiktive Wert sofort schlechter wird, wenn die Vortestwahrscheinlichkeit ansteigt. Beträgt nämlich die Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit nicht 13% sondern 50%, würde nicht jeder 37. Fall falsch klassifiziert, sondern jeder 7. – was nicht mehr akzeptabel wäre! Daraus ist folgende Lehre zu ziehen: Prädiktive Werte von Tests jeglicher Art sind nur unter Berücksichtigung der Vortestwahrscheinlichkeit zu interpretieren.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

Endarterektomie und Stenting bei Karotisstenose gleichwertig

r Brott TG, Hobson RW 2nd, Howard G et al. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. *N Engl J Med* 2010 (1. Juli); 363: 11-23

Studienziele

Die atherosklerotische Karotisstenose wird als eine der wichtigsten Ursachen eines ischämischen Hirnschlages betrachtet. Die Karotis-Endarterektomie ist hierfür eine etablierte und wirksame Behandlung, eine alternative Behandlungsmöglichkeit stellt das Stenting der Arteria carotis dar. Primäres Ziel dieser nordamerikanischen Studie war es, die Ergebnisse der beiden Verfahren bei Personen mit extrakranieller Karotisstenose zu vergleichen.

Methoden

Personen mit symptomatischer oder asymptomatischer Karotisstenose von 50% oder mehr in der Angiographie wurden zufällig der einen (Endarterektomie) oder anderen (Stenting) Behandlungsgruppe zugeteilt. Als primärer Endpunkt diente eine Kombination von Hirnschlag, Myokardinfarkt oder Tod während der Phase von der Randomisierung bis 30 Tage nach dem Eingriff (periprozedurale Phase) oder ein ipsilateraler Hirnschlag bis 4 Jahre danach.

Ergebnisse

Von Dezember 2000 bis Juli 2008 wurden 2'522 Personen in die Studie aufgenommen, für die Auswertung standen die Daten von 2'502 Behandelten zur Verfügung. Während der durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 2,5 Jahren konnte zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die geschätzte Häufigkeit des kombinierten Endpunktes festgestellt werden. Auch in der periprozeduralen Phase wurde der kombinierte Endpunkt in beiden Gruppen ähnlich häufig erreicht. Wenn man ihn jedoch nach den einzelnen Komponenten aufschlüsselte, traten eindeutige Unterschiede zutage: Hirnschlag (4% gegen 2%) und Tod (0,7% gegen 0,3%, nicht signifikant) waren nach Stenting, Myokardinfarkte hingegen (1% gegen 2%) nach Endarterektomie häufiger. In der Zeit nach der periprozeduralen Phase war die Inzidenz eines ipsilateralen Hirnschlages in beiden Gruppen ähnlich gering (2,0% nach Stenting, 2,4% nach Endarterektomie). Ob es sich um eine symptomatische oder eine asymptomatische Karotisstenose gehandelt hatte und auch das Geschlecht hatten keinen Einfluss auf den Behandlungseffekt. Hingegen schien bei Personen unter 70 Jahren das Stenting den besseren Nutzen zu zeigen, bei denjenigen über 70 hingegen die Endarterektomie.

Schlussfolgerungen

Sowohl bei symptomatischer als auch bei asymptomatischer Karotisstenose kann hinsichtlich des kombinierten primären Endpunktes kein Unterschied zwischen Stenting und Endarterektomie gefunden werden. In der periprozeduralen Phase konnte man jedoch nach einem Stenting ein höheres Risiko für Hirnschläge und nach einer Endarterektomie ein höheres Risiko für Myokardinfarkte feststellen.

Zusammengefasst von Thomas Weissenbach

Der «Carotid Revascularization Endarterectomy versus Stenting Trial» (CREST) stellt einen Meilenstein für die interventionelle Behandlung der hochgradigen Karotisstenose dar. Basis der für beide Methoden positiven Studienergebnisse, ohne wechselseitige Unterlegenheit, bezogen auf die kombinierten primären Endpunkte, war ein rigoroses Qualitätsmanagement. Die Detaillierergebnisse lassen hingegen vermuten, dass im Hinblick auf die periprozeduralen Risiken im konkreten Fall eine Methode mit Vorteil angewendet wird. Von Interesse sind hier die Bedeutung der Multimorbidität, der vaskulären Risikofaktoren und der Plaque-morphologie. Dies hilft wahrscheinlich auch, den Faktor Alter zu verstehen.

Bruno Weder

Betablocker sogar bei COPD sinnvoll?

k Rutten FH, Zuithoff NP, Hak E et al. Beta-blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2010 (24. Mai); 170: 880-7

Da Beta-Rezeptoren eine dilatierende Wirkung auf die Bronchien ausüben, gelten Betablocker bei der chronisch-obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) als problematisch. Bei Exazerbationen können sie eine Obstruktion verstärken und/oder die Wirkung von Betaagonisten behindern. Andererseits leiden viele Personen mit einer COPD auch an kardiovaskulären Krankheiten, haben eine verminderte kardiale Funktion und würden aus diesen Gründen von einer Betablocker-Behandlung profitieren. Mit einer retrospektiven Analyse der Daten einer Hausarztgruppe aus den Niederlanden wurde der Einfluss von Betablockern auf die Mortalität und die Exazerbationen von 2'230 COPD-Kranken untersucht.

Verglichen mit den übrigen COPD-Kranken fand sich für diejenigen, die mit einem Betablocker behandelt worden waren, eine signifikant niedrigere Mortalität und signifikant weniger Exazerbationen der COPD. Auch nach Korrektur für die bekannten übrigen Einflussgrößen wie Alter, Rauchen oder kardiovaskuläre Krankheiten waren Betablocker mit einem etwa um 30% niedrigeren Risiko assoziiert. Sogar bei der Einnahme nicht-selektiver Betablocker war das Sterberisiko tendenziell niedriger als ohne Betablocker.

Dass Betablocker bei COPD-Kranken einen günstigen Effekt auf Mortalität und Exazerbationen haben sollen, erstaunt. Wie in dem begleitenden Editorial ausgeführt wird,¹ kommen aber verschiedene Mechanismen wie z.B. eine Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität in Frage, die eine Schutzwirkung der Betablockerbehandlung erklären könnten. Auch die immer wieder diskutierte Erhöhung der Mortalität durch die Anwendung von langwirksamen Betaagonisten bei COPD würde irgendwie zu einer Schutzwirkung der Betablocker passen. Als retrospektive Untersuchung ist die aktuelle Studie allerdings nicht dazu geeignet, einen Therapienutzen zu beweisen. Sie spricht aber dafür, COPD-Kranken eine Betablockade nicht vorzuenthalten, wenn eine Indikation vorliegt.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

¹ Sin DD, Man SF. A curious case of beta-blockers in chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2010 (24. Mai); 170: 849-50

Wirksame Psychotherapie bei Angststörungen

R Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2010 (19. Mai); 303: 1921-8

Die Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden (v.a. von kognitiver Verhaltenstherapie) ist bei der Behandlung von Angststörungen gut belegt. Die Verfügbarkeit von Therapieangeboten variiert lokal allerdings stark. In einer randomisierten Studie wurde die Einführung eines integrierten Therapieprogramms für Angststörungen in mehreren «Grundversorger-Kliniken» in den USA untersucht. Die Untersuchten konnten dabei wünschen, ob sie eine kognitive Verhaltenstherapie, eine Behandlung mit Antidepressiva oder beides bekommen sollten. Die Verhaltenstherapie erfolgte computerunterstützt durch Personal ohne formale Psychotherapieausbildung, wie beispielsweise vorgängig geschulte Pflegefachleute. Medikamente wurden durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen (v.a. der Fächer Allgemeinmedizin und Innere Medizin) verordnet, die von psychiatrischen Fachleuten in entsprechenden Behandlungsalgorithmen geschult worden waren.

1'004 Personen mit einer Angststörung wurden nach dem Zufall in das Therapieprogramm oder in eine Kontrollgruppe (Behandlung wie üblich) aufgenommen. Viele von ihnen litten zusätzlich an einer depressiven Störung und auch körperliche Krankheiten waren relativ häufig. Im Rahmen des Therapieprogramms fanden pro Person durchschnittlich 7 Therapiesitzungen und 2 Beratungen für die medikamentöse Behandlung statt. Psychopharmaka wurden in der Therapie- und in der Kontrollgruppe in ähnlichem Umfang eingesetzt. Nach 6, 12 und 18 Monaten fanden sich signifikante Unterschiede in den Angstsymptomen zugunsten der Teilnehmenden des Therapieprogramms, wobei die Unterschiede nach einem Jahr am ausgeprägtesten waren.

Die Resultate von Psychotherapiestudien in die Praxis umzusetzen, ist naturgemäss schwierig. Ein integriertes Therapieprogramm, bei dem kognitive Verhaltenstherapien durch Leute ohne formale Psychotherapieausbildung angeboten wurden, führte in dieser Studie erfreulicherweise zu einer günstigen und langanhaltenden Beeinflussung der Angstsymptome der Behandelten. Es dürfte allerdings hierzulande schwierig sein, eine Finanzierung zu finden für ein Programm, in dem Psychotherapien durch «Halbfachleute» angeboten werden. Von Therapieprogrammen an Polikliniken würden vorwiegend Leute profitieren, die in den Ballungszentren leben. Ein Unterangebot an entsprechenden Therapiemöglichkeiten besteht aber vor allem in kleinstädtischer und ländlicher Umgebung.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Metformin verursacht Vitamin B12-Mangel

R de Jager J, Kooy A, Leher P et al. Long term treatment with metformin in patients with type 2 diabetes and risk of vitamin B-12 deficiency: randomised placebo controlled trial. BMJ 2010 (20. Mai); 340: c2181

Metformin (Glucophage® u.a.) gilt wegen seiner günstigen Wirkung auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität als Basisedikament bei Typ-2-Diabetes. Weniger bekannt ist, dass es via Resorptionshemmung einen Vitamin-B12-Mangel

verursachen kann. Eine randomisierte Multizenterstudie über die Langzeitwirkungen von Metformin (HOME) bot die Gelegenheit, dessen Auswirkungen auf den Vitamin-B12- und Folsäurestoffwechsel zu untersuchen. 390 30- bis 80-jährige Männer und Frauen mit Typ-2-Diabetes, die alle zusätzlich mit Insulin behandelt wurden, erhielten nach einer Auswaschphase von 12 Wochen ohne orale Antidiabetika täglich entweder 3mal 850 mg Metformin oder entsprechende Placebotabletten.

Nach einer mittleren Beobachtungsdauer von 52 Monaten konnten die Daten von 256 Diabeteskranken ausgewertet werden. Im Vergleich mit Placebo fiel unter Metformin der Vitamin-B12-Blutspiegel um 19% ab, während der Homozysteinspiegel als Marker für einen Vitamin-B12-Mangel um 5% anstieg; die Serumfolsäurekonzentration wurde durch Metformin nicht signifikant beeinflusst. Bei Studienende hatten unter Metformin 10% der Personen einen Vitamin-B12-Mangel (Serumspiegel unter 150 pmol/l) und 18% einen grenzwertig tiefen Vitamin-B12-Serumspiegel (150 bis 220 pmol/l); unter Placebo waren dies 3% bzw. 7%, gleich viele wie bei Studienbeginn. Die «number needed to harm» über 4,3 Jahre betrug damit 14 für einen Vitamin-B12-Mangel und 9 für einen grenzwertigen Serumspiegel. Für die Studienverantwortlichen ist damit bewiesen, dass Metformin bei einer Langzeitbehandlung sehr häufig einen Vitamin-B12-Mangel verursacht. Sie empfehlen deshalb unter Metformin regelmässige Kontrollen des Vitamin-B12-Serumspiegels.

Über einen Vitamin-B12-Mangel als Nebenwirkung von Metformin wurde bisher kaum gesprochen; dabei ist die «number needed to harm» von 14 auf 4,3 Behandlungsjahre erschreckend klein. Bei meist lebenslänglicher Einnahme von Metformin wird ein grosser Teil der Kranken einmal einen Vitamin-B12-Mangel und dadurch möglicherweise eine Verschlimmerung der diabetischen Neuropathie riskieren. In einer neuen Langzeit-Kohortenstudie korrelierte die kumulative Metformindosis eng mit den Neuropathiescores und invers mit den Vitamin-B12-Spiegeln.¹ Deswegen sollten wir unter Metformin die Vitamin-B12-Spiegel regelmässig kontrollieren und bei tiefen Werten grosszügig substituieren, denn diese Therapie ist billig und praktisch nebenwirkungsfrei.

Zusammengefasst von Markus Häusermann

1 Wile DJ, Toth C. Association of metformin, elevated homocysteine, and methylmalonic acid levels and clinically worsened diabetic peripheral neuropathy. *Diabetes Care* 2010 (Januar); 33: 156-61

Weniger Herzinfarkte in den letzten Jahren

k Yeh RW, Sidney S, Chandra M et al. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2010 (10.Juni); 362: 2155-65

Bekannte Kohortenstudien, wie z.B. die «Framingham Heart Study», konnten einen Trend zu niedrigerer Inzidenz und Mortalität der koronaren Herzkrankheit zeigen. Diese Ergebnisse stützen sich jedoch auf Daten, die vor 2002 erhoben wurden und daher für die Gegenwart mit den intensiveren Präventionsbemühungen und der verfeinerten Diagnostik nicht unbedingt repräsentativ sind. Eine grosse kalifornische HMO-Versicherung hat die Daten ihrer Mitglieder der Jahre 1999 bis 2008 hinsichtlich Inzidenz und Mortalität von Myokardinfarkten ausgewertet – sowohl für alle Infarkte zu-

sammen, als auch separat für solche mit und ohne ST-Segment-Erhöhung (STEMI und Non-STEMI). Auch die Häufigkeit von CK-MB- und Troponin-Bestimmungen, sowie der Einsatz von Herzmedikamenten wurden erfasst.

Während insgesamt 18'691'131 Personenjahre traten 46'086 Myokardinfarkte bei Personen über 30 Jahren auf. Die Inzidenz, ausgedrückt als Anzahl Fälle pro 100'000 Personenjahre, verringerte sich von 274 im Jahr 1999 auf 208 im Jahr 2008 (-24%). Dies war auf den Rückgang der STEMI zurückzuführen, welche im gleichen Zeitraum von 133 auf 50 (-62%) abgenommen hatten. Die Non-STEMI hingegen nahmen von 155 im Jahr 1999 auf 202 im Jahr 2004 zu, um hernach fast auf den Vorwert abzunehmen. Revaskularisierungseingriffe wurden an 41% der Erfassten im Jahre 1999 und an 47% im Jahre 2008 vorgenommen, die meisten davon bei STEMI (bei 50% bzw. 70%). Die alters- und geschlechtskorrigierte Mortalität nach 30 Tagen ging von 11% auf 8% zurück, was klar auf eine Abnahme der Sterblichkeit bei non-STEMI zurückzuführen war. Im Laufe der untersuchten Periode waren vor dem Ereignis immer häufiger ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker, Beta-Blocker und Statine verschrieben worden. Die Rate der Troponin-Bestimmungen nahm von 57% im Jahre 1999 auf 84% im 2004 ebenfalls zu, um danach bis 2008 zu stagnieren.

Es scheint, dass die breitflächige Verschreibung von kardioprotektiven und cholesterinsenkenden Medikamenten und die fast überall verfügbaren Revaskularisierungseingriffe die Sterblichkeit an Myokardinfarkt senken, besonders nach Non-STEMI. Gleichzeitig wird aber, durch Verfeinerung der Diagnostik mit Hilfe des Troponins, die Diagnose eines Non-STEMI auch häufiger gestellt, was möglicherweise die Mortalitätsstatistik verschönert! Daher ist die Gesamtinzidenz von Myokardinfarkten nur unwesentlich gesunken. Also sollten wir uns nicht von den intensiven Präventionsbemühungen, inklusive adäquater Hypertonietherapie, Cholesterinsenkung und Kardioprotektion abhalten lassen.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

Weniger Insulte dank transdermaler Östrogensubstitution?

f Renoux C, Dell'Aniello S, Garbe E et al. Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ* (3.Juni) 2010; 340: c2519

Von der postmenopausalen Hormonersatztherapie, welche nachgewiesenermassen subjektive Beschwerden und Osteoporose positiv zu beeinflussen vermag, wurde aufgrund theoretischer Überlegungen und kleinerer Beobachtungsstudien angenommen, dass sie auch kardiovaskuläre Ereignisse verhindern könnte. Diese Erwartungen wurden in grösseren randomisierten Studien mehr als enttäuscht, unter Hormonersatztherapie traten gar rund 30% mehr zerebrovaskuläre Insulte auf. Mit dieser grossen Fallkontrollstudie sollte die Frage beantwortet werden, ob die transdermalen Hormone aufgrund des fehlenden First-Pass-Effekts in der Leber ein anderes Sicherheitsprofil aufweisen als die peroral verabreichten. In einer grossen, auf den Erhebungen von 400 Allgemeinpraxen in England basierenden Datenbank wurden 15'710 Frauen im Alter 50 bis 79 Jahren identifiziert, die einen Insult erlitten hatten. Diesen wurden 59'958 Frauen ohne stattgehabten Insult gegenübergestellt, welche hinsichtlich Alter, behandelnder Praxis und Jahr des Eintritts in die Praxis vergleichbar waren.

798 (5%) der Frauen mit Insult nahmen zum Zeitpunkt des Ereignisses Hormone ein, bei den Kontrollen waren dies 2'748 (5%). Perorale Hormone wurden dabei rund fünfmal häufiger verwendet als transdermale. Mithilfe einer logistischen Regression wurden Odds Ratios (OR) berechnet, welche die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Insults ausdrücken. Bei der Einnahme von peroralen Östrogenen war das Risiko, einen Insult zu erleiden, höher als ohne Hormone (OR 1,28 für alle peroralen Hormone, OR 1,35 für Östrogene allein und OR 1,24 für die Kombination mit Gestagenen), bei der transdermalen Anwendung (OR 0,95) war dies nicht generell der Fall. Wurde hingegen die Analyse für niedrige und hohe transdermale Östrogendosen separat durchgeführt, so zeigte sich auch bei den Pflastern mit hoher Dosis ein erhöhtes Risiko (OR 1,89, 95% CI 1,15-3,11), während das Risiko bei der oralen Verabreichung unabhängig von der Dosis war. Über alles gesehen erhöhten orale Östrogene und höher dosierte transdermale Östrogene die Rate von Hirnschlägen um 25% bis 88%.

Die Ergebnisse sind eindrücklich, sowohl die verwendeten Daten als auch die Analyse sind von hoher Qualität. Natürlich bleibt bei retrospektiven Beobachtungsstudien immer die Frage offen, ob die gewählten Kollektive repräsentativ und die abgeleiteten Schlussfolgerungen valide sind. Erst eine prospektive, kontrollierte Studie würde eine genauere Antwort geben, besonders darüber, ob bei den niedrig dosierten Pflastern parallel zum Insultrisiko nicht auch die positiven Wirkungen abnehmen. Zu bedenken ist ebenfalls, dass die Pharmaindustrie bei der Studienfinanzierung beteiligt war, und dass die zwei wichtigsten Studienverantwortlichen von Firmen, die Östrogenpflaster herstellen, Forschungsunterstützung erhalten hatten.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

screen-telegramm

Orale Antikoagulation nach Herzinfarkt wenig sinnvoll

m Haq SA, Heitner JF, Sacchi TJ et al. Long-term effect of chronic oral anticoagulation with warfarin after acute myocardial infarction. *Am J Med* 2010 (März); 123: 250-8

In dieser Meta-Analyse wurde untersucht, ob die orale Antikoagulation nach einem akuten Myokardinfarkt mehr nützt als die Plättchenhemmung mit Acetylsalicylsäure. Von 24'542 Betroffenen erhielten etwas mehr als die Hälfte Antikoagulantien, die anderen nur Plättchenhemmer oder gar nur Placebo. Unter oraler Antikoagulation waren weder Todesfälle noch Infarktrezidive seltener, gefährliche Blutungen aber häufiger. Einzig Hirnschläge waren etwas seltener. Ob Letzteres ein Argument für den Einsatz der oralen Antikoagulation ist, bleibt fraglich, war doch die «number needed to treat» zum Verhindern eines Hirnschlages mit 100 etwa gleich hoch wie die «number needed to harm» für eine gefährliche Blutung.

Perkutane koronare Intervention gegen Angina-pectoris-Symptome besser als Medikamente?

m Wijesundera HC, Nallamothu BK, Krumholz HM et al. Meta-analysis: effects of percutaneous coronary intervention versus medical therapy on angina relief. *Ann Intern Med* 2010 (16. März); 152: 370-9

Dass bei stabiler Angina pectoris die perkutane koronare Intervention (PTCA) einer rein medikamentösen Therapie bezüglich Sterblichkeit und Re-Infarktrate nicht überlegen ist, wurde bereits in mehreren Meta-Analysen nachgewiesen. Hingegen konnte hier anhand der Daten von 7'818 Personen aus 14 Studien gezeigt werden, dass nach PTCA mehr

Personen beschwerdefrei sind als mit einer rein medikamentösen Therapie (OR 1,69, 95%-CI 1,24-2,30). Eine genauere Analyse ergibt allerdings, dass diese Beobachtung vor allem auf die Daten aus den älteren Studien zurückzuführen ist – wenn man nur die aktuellen Studien betrachtet, wird der zusätzliche Nutzen vernachlässigbar klein (OR 1,13, 95%-CI 0,76-1,68). Im übrigen scheint der Zusatznutzen der PTCA umso kleiner zu sein, je mehr sich die medikamentöse Therapie an evidenzbasierten Kriterien orientiert.

Alkohol günstig bei Rheuma?

k Nissen MJ, Gabay C, Scherer A et al. The effect of alcohol on radiographic progression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2010 (Mai); 62: 1265-72

Offenbar hemmt Alkohol in Tiermodellen die Entstehung und das Fortschreiten einer rheumatoiden Arthritis. In dieser Kohortenstudie, in der Röntgenbilder von 2'908 Personen mit rheumatoider Arthritis im Verlauf untersucht und nach Trinkgewohnheiten ausgewertet wurde, konnte nun ein leichter hemmender Einfluss von Alkohol auf fortschreitende destruktive Veränderungen radiologisch auch beim Menschen gezeigt werden (Progressionsrate 1,0% gegenüber 1,1% nach durchschnittlich 3,9 Jahren). Vor allem Männer und Personen, die nur gelegentlich oder wenig Alkohol tranken, schienen zu profitieren. Eine interessante Feststellung – für mich allerdings noch zu wenig überzeugend, als dass ich nun alle von Rheuma Betroffenen zum Trinken animieren würde.

Via Plazenta übertragene Masern-Antikörper schützen nicht lange

k Leuridan E, Hens N, Hutse V et al. Early waning of maternal measles antibodies in era of measles elimination: longitudinal study. *BMJ* 2010 (18. Mai); 340: c1626

Neugeborene sind durch mütterliche, transplazentär übertragene Antikörper gegen verschiedene Infektionskrankheiten geschützt, z.B. auch gegen Masern. Bei Kindern von 207 gegenüber Masern immunen Frauen wurde untersucht, wie lange nach der Geburt dieser Schutz anhält. Entsprechende Antikörper konnten im Mittel nur bis 2,6 Monate nach der Geburt nachgewiesen werden, mit 6 Monaten hatten fast alle Kinder den Antikörperschutz verloren. Kinder von Frauen, welche tatsächlich an Masern erkrankt waren, waren etwas besser geschützt als diejenigen von geimpften Müttern. Ein gutes Argument dafür, die erste Masernimpfung nicht später als wie empfohlen im Alter von 12 Monaten zu verabreichen und in speziellen Risikosituationen gar eine frühere Impfung in Erwägung zu ziehen.

Perinatale Depression auch beim Vater

m Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010 (19. Mai); 303: 1961-9

Dass Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt ihres Kindes ein erhöhtes Risiko haben, depressiv zu werden, ist gut dokumentiert. Gemäss der vorliegenden Übersichtsarbeit kann diese Problematik auch ihre Partner betreffen. Durchschnittlich wiesen rund 10% der betroffenen Männer zwischen dem ersten Trimenon der Schwangerschaft ihrer Partnerin und dem ersten Jahr nach der Geburt des Kindes eine Depression auf. In der Phase vom dritten bis zum sechsten Monat nach der Geburt war das Risiko mit 26% am höchsten. Also sollte man auch auf frischgebackene Väter ein wachsames Auge werfen!

Telegramme von Alexandra Röllin

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

Prof. Dr. Christophe Büla, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV Lausanne

Dr. Dominique Criblez, Gastroenterologie/Hepatologie, Departement Medizin, Kantonsspital Luzern

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

Prof. Dr. Bruno Weder, Neurologie, Kantonsspital St. Gallen

Internet Corner

Eigene Website gefällig?

Während alle grossen medizinischen Institutionen heute selbstverständlich mit einer eigenen Website im Internet zu finden sind, ist dies für Arztpraxen und Apotheken noch längst nicht die Regel. Für viele stellt eine eigene Website (im Volksmund immer noch oft als «Homepage» bezeichnet) gar kein Bedürfnis dar: Weshalb soll ich Zeit und womöglich auch Geld in etwas investieren, das weder ich noch meine Patientinnen und Patienten wirklich benötigen? Nun muss man aber bedenken, dass das Internet heute auch eine Art von universellem Telefonbuch darstellt und dass deshalb jedermann, der eine medizinische Tätigkeit ausübt, quasi automatisch zu finden ist (Arztpraxen in der Schweiz z.B. via www.doctorfmh.ch). Man kann sich deshalb schon fragen, ob man nicht selbst darauf Einfluss nehmen möchte, wie man als Person oder Institution im Web dargestellt ist.

Will man lediglich eine eigene Web-Präsenz, so lässt sich dies mit minimalem Aufwand und fast oder ganz kostenlos realisieren. Mit einer einfachen, weitgehend statischen Website kann man Basisinformationen vermitteln, allenfalls noch das eine oder andere Zusatzangebot offerieren (z.B. Dokumente wie «Instruktionen zum Rückenturnen» zum Download), ohne dass dies nennenswerte «Unterhaltsarbeiten» erfordern würde. Praktisch alle Internet-Provider bieten die Möglichkeit, eine einfache Website kostenlos zu führen, allerdings immer mit dem Nachteil der relativ komplizierten Adresse. (Das Problem der «verschachtelten» oder zu langen Webadressen lässt sich aber mit Hilfe von

kostenlosen Kurzadressen vereinfachen, siehe z.B. <http://notlong.com>)

Wie gross ist der Aufwand, eine Website einzurichten? Die Firma Switchplus hat dazu ein übersichtliches PDF-Dokument bereitgestellt (<http://switchplus.notlong.com/>). Viele Anbieter sprechen von wenigen Minuten («Erstellen Sie sich gratis eine Website innert 5 Minuten»), bei www.swissdomain.ch. Sicher ist jedenfalls, dass man weder Programmier- noch HTML-Kenntnisse haben muss. Wünscht man sich aber etwas mehr als nur einen erweiterten «Telefonbucheintrag» – z.B. ein Kurzporträt des Praxisteam mit Fotos, eventuell weitere Bilder der Praxis und ergänzende Informationen – so sind initial doch ein paar Stunden für die Website einzusetzen. Vielleicht lässt sich eine medizinische Praxisassistentin für die Aufgabe begeistern. Für die Gestaltung der Website stehen kostenlose Programme wie Joomla, TomatoCMS und weitere zur Verfügung, die alle ein sogenanntes CMS (Content Management System) und damit eine einfache Verwaltung der Website ermöglichen.

Es gibt eine ganze Reihe von Firmen, die sich auf das «Web Hosting» spezialisiert haben. Neben den bereits erwähnten Switchplus und Swissdomain machen auch www.hosttec.ch, www.dynamic-net.ch, www.netzone.ch und in Deutschland z.B. www.websitepark.de einen guten Eindruck. Die Kosten sind bescheiden, für 0 bis 10 Franken monatlich erhält man reichlich genug Speicherplatz. Möchte man eine eigene Webadresse – einen eigenen «Domain Name» –, so bezahlt man zusätzlich pro Jahr eine kleine Gebühr, bei Switch (www.switch.ch) sind es 17 Franken.

Etzel Gysling

AZB
9500 Wil

infomed-screen

September/Oktober 2010 – Jahrgang 14 / Nummer 5

Stressinkontinenz: welche Schlingenoperation ist besser? – Retropubisch oder transobturatorisch? Beide Verfahren sind erfolgreich, Art und Häufigkeit der Komplikationen unterscheiden sich jedoch – **Seite 33**

Einfache Weitsicht-Brillengläser verhindern Stürze – Aktive ältere Personen sollten im Freien keine Multifokalgläser tragen – **Seite 34**

Antibiotikaresistenzen auch in der Praxis: Seite 34

Wenig verlässliche Daten zur Laktose-Intoleranz – Kleinere Mengen von Laktose werden offenbar auch bei Intoleranz meist vertragen, Empfehlungen zur Therapie hingegen können keine gemacht werden – **Seite 35**

Physiotherapie bei chronischen Schulterschmerzen wenig wirksam: Seite 35

Regel zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit in der Grundversorgung: Seite 36

Enderterektomie und Stenting bei Karotisstenose gleichwertig – Obwohl langfristig vergleichbare Ergebnisse erzielt werden, sind die Eingriffe selber mit unterschiedlichen Risiken behaftet – **Seite 36**

Betablocker sogar bei COPD sinnvoll? Seite 37

Wirksame Psychotherapie bei Angststörungen: Seite 37

Metformin verursacht Vitamin B12-Mangel: Seite 37

Weniger Herzinfarkte in den letzten Jahren: Seite 38

Weniger Insulte dank transdermaler Östrogensubstitution? Seite 38

screen-telegramm: Seite 39

ISSN 1422-0059

Eine pharma-kritik-Publikation

Koordination und Redaktion dieser Nummer:
Alexandra Röllin und Peter Ritzmann

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

und die Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine:
Markus Häusermann, Peter Koller, Franz Marty,
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