

Antidepressiva: Nur in wirklich schweren Fällen effizient; Seite 7
Heuschnupfen: Erfolgsaussichten der Desensibilisierung; Seite 16

Antibiotika meist nutzlos

Keine zwingende Indikation bei akuter Rhinosinusitis

(rbo) Erwachsenen mit akuter Rhinosinusitis sollte man die Symptome schon länger als sieben bis zehn Tage nicht unbedingt Antibiotika verschreiben, selbst wenn anhalten. Dies ergab eine Basler Studie.

In dieser Ausgabe



Tumorvakzine

Wir sprachen mit Professor Alexander Knuth über die Perspektiven einer breiten Anwendung von Tumorvakzinen in der Krebstherapie; Seite 8.



Therapeutika

Aufgrund neuer Zulassungsvorschriften drohen Phytotherapeutika, wie beispielsweise Kümmelöl, vom Markt zu verschwinden; Seite 10.



Tischsitten

Am Atherosklerose-Update in Bern erläuterten Professor Karl G. Hofbauer und Professor Volker Pudiel wie komplex die Steuerung unserer Essgewohnheiten ist; Seite 15.



Bei akuter Rhinosinusitis bringen Antibiotika meistens nichts (Foto: www.zuendstoff-antibiotika-resistenz.de).

Hausmittel lindern die Symptome, ansonsten wird «watchful waiting» empfohlen (Foto: TK).

Bekanntlich ist die überwiegende Mehrzahl der akuten Rhinosinitiden viral bedingt, sodass Antibiotika gar nicht helfen können, massenhaft verordnet werden sie aber trotzdem: In den USA bekommen 80 Prozent der Patienten mit einer Rhinosinusitis ein Antibiotikum verschrieben, in Europa beträgt der Anteil 72 bis 92 Prozent. Das mag zum einen daran liegen, dass viele Patienten mit der entsprechenden Erwartungshaltung zum Arzt kommen, wenn ihr Schnupfen «einfach nicht weg geht». Zum anderen kann der Arzt in der Tat nur schwer dagegenhalten, denn die Diagnose einer bakteriellen Nasennebenhöhlenentzündung ist alles andere als einfach: Rund jedes zweite Mal ist sie trotz vermeintlich typischer Symptome falsch, so das ernüchternde Resultat mehrerer Studien in der Vergangenheit.

In der Praxis hat man sich darum seit geraumer Zeit darauf geeinigt, bei typischen Symptomen eine bakterielle Sinusitis anzunehmen, sofern die Beschwerden seit mindestens sieben bis zehn Tagen bestehen. Doch die neue Studie eines Basler Epidemiologenteams um Dr. Jim Young und Professor Heiner

C. Bucher vom Institut für klinische Epidemiologie (BICE) am Universitätsspital Basel stellt auch diese Strategie infrage.

Sie nahmen 9 plazebokontrollierte Studien mit individuell dokumentierten Daten von 2547 Patienten unter die Lupe. Das Resultat: Statistisch betrachtet müssen 15 Patienten mit Symptomen einer (vermeintlichen oder echten) akuten Rhinosinusitis Antibiotika bekommen, bis einer davon profitiert; bei Patienten mit purulentem Sekret braucht es nur 8 Fälle. Entgegen den Erwartungen profitierten auch ältere Patienten mit länger andauernden oder schweren Symptomen in der Regel nicht von einer Antibiotikatherapie auf Verdacht. Antibiotika seien darum auch dann nicht gerechtfertigt, wenn Patienten von länger als sieben bis zehn Tage anhaltenden Symptomen berichteten, so Jim Young. Die Basler weisen ausdrücklich darauf hin, dass ihre Ergebnisse nicht für Kinder oder immunsupprimierte Patienten gelten. Für erwachsene Durchschnittspatienten mit akuter Rhinosinusitis sei ein «watchful waiting» ohne Antibiotika hingegen eine empfehlenswerte Strategie.

Young J. et al.: Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a metaanalysis of individual patient data. *Lancet* 2008; 371: 908–914.

und ausserdem

Aktuell:	
Orphan Diseases	3
Medizinhistorische Ausstellung in Zürich	5
Erythropoietine und Mortalität	5
Hörtest am Telefon	6
Herzgesundheit Schweiz	10
Studienspiegel:	
Pille und Krebsrisiko	6
Stress und KHK	14
Preisgekrönt	9
Von A bis Z	11
Podium:	
Herzinfarkt bei Frauen	18
Katzen und KHK	18
Auch das noch	19
Impressum	4

«Orphan Diseases»

Erster europäischer Tag der seltenen Krankheiten

(orphanet/mz) **Schätzungsweise 500 000 Personen in der Schweiz und 30 Millionen in Europa leiden an einer der zirka 7000 «seltenen» Krankheiten. Ihnen war der 29. Februar gewidmet – eine europäische Premiere.**

Das nur alle vier Jahre auftretende Datum ist symbolisch gewählt. Der Tag soll auf die seltenen Krankheiten und auf die europäische Online-Datenbank der seltenen Krankheiten (www.orpha.net) sowie die Schweizer Internetsite (www.orpha-net.ch) aufmerksam machen.

Zu den seltenen Krankheiten gehören Erbkrankheiten und Autoimmunerkrankungen, bestimmte Infektionen und Krebserkrankungen sowie Krankheiten, die heutzutage noch nicht sicher diagnostiziert werden können. Häufig handelt es sich

um chronische, fortschreitende, degenerative Krankheiten, die zahlreiche Einschränkungen oder Behinderungen nach sich ziehen. Sie sind zu 80 Prozent genetischer Ursache. Aufgrund ihrer sehr geringen Patientenzahl sind sie auch bei Gesundheitsprofis wenig bekannt. Durch den Mangel an ausreichenden wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen wird eine seltene Erkrankung bei vielen Patienten nicht erkannt und bleibt unentdeckt. Schätzungsweise 6 bis 8 Prozent der Bevölkerung leiden an einer der zirka 7000 seltenen Krankheiten. In Europa wird eine Krankheit als selten klassifiziert, sofern sie höchstens 1 unter 2000 Personen betrifft. Bei den Patientenzahlen handelt es sich um Schätzungen, weil epidemiologische Daten fehlen. Die Schweiz verfügt bis heute nicht über Referenzzentren, For-

schungsprogramme und finanzielle Unterstützung für diese Krankheiten. Verglichen mit den USA oder Frankreich werde diese Problematik bis anhin verkannt, heisst es in einer Pressemitteilung von Orphanet Schweiz.

Online-Datenbank

Patienten, Angehörige, Gesundheitsprofis, Wissenschaftler, Selbsthilfegruppen und Unternehmen können sich auf www.orpha.net oder www.orpha-net.ch informieren. Die Online-Datenbank umfasst Datenerhebungen aus 35 Ländern und soll mithelfen, Diagnose und Therapie seltener Krankheiten zu verbessern (siehe *Info*).

Die Schweizer Internetsite wird von einem wissenschaftlichen Komitee unter der Leitung von Dr. Loredana D'Amato Sizonenko, Kinderärztin und Genetikerin am Universitätsspital Genf

Info

Die europäische Datenbank Orphanet enthält Informationen zu:

5200	Krankheiten
1233	Diagnoselaboratorien mit Tests für 1504 Krankheiten
2003	Forschungslaboratorien mit 4198 Projekten zu 2040 Krankheiten
742	klinischen Studien
283	Registern
3092	Spezialkonsultationen
1739	Patientenvereinigungen
10 302	Gesundheitsprofis
521	Medikamenten zur Behandlung seltener Krankheiten

www.orpha-net.ch; www.orpha.net

(HUG), koordiniert. Dr. Romain Lazor vom Referenzzentrum für seltene Krankheiten in Lyon und Konsiliararzt am Inselspital Bern, ist Mitglied des Wissenschaftlichen Komitees. Orphanet Schweiz hat zum Ziel, auf nationaler Ebene Ressourcen im

Bereich seltener Krankheiten zu erkennen und zu registrieren. Der Internetauftritt ist von der Kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz anerkannt und wird von der Mehrheit der Kantone finanziell unterstützt.

Vor 10, 50, 100 Jahren

Vor 10 Jahren

Blaues Wunder

Mit der Potenzpille Viagra® wurde am 27. März 1998 von der FDA in den USA erstmals ein Medikament mit einem neuen Wirkprinzip gegen Erektionsprobleme zugelassen. Die blaue Pille verursachte einen grossen Medienrummel und entwickelte sich zu einem wahren Blockbuster. Überdies gehört sie heu-

te zu den am häufigsten gefälschten Medikamenten weltweit, mit denen vor allem dubiose Internethändler Geschäfte machen. Nach Angaben der NZZ werden in der Schweiz zurzeit monatlich 100 000 Viagra®-Pillen geschluckt; nur Finnen und Engländer sollen noch mehr davon konsumieren.

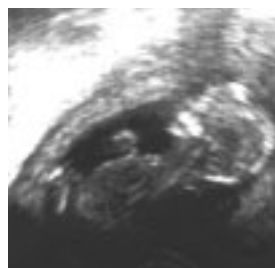


Eine nicht ganz ernst gemeinte Kopie der Potenzpille (Foto: ZeHawk, cc).

Vor 50 Jahren

Pränatale Ultraschallbilder

Ian Donald, ein britischer Gynäkologe, publizierte am 7. Juni 1958 in der Zeitschrift «Lancet» die von ihm massgeblich entwickelte Ultraschallmethode, mit der erstmals Bilder von Kindern im Mutterleib möglich wurden.



Typisches Bild einer Ultraschalluntersuchung bei Schwangeren, wie sie heutzutage üblich ist; der Nutzen dieser pränatalen Untersuchung ist jedoch umstritten.

Vor 100 Jahren

Schweizer Augenärzte gründen Fachgesellschaft

Am 26. April 1908 fand in Bern die erste Versammlung der im Jahr zuvor gegründeten Gesellschaft der Schweizer Augenärzte statt. Bereits im Juli 1908 umfasste die neue Gesellschaft 50 Mitglieder. Zum Gründungsvor-

stand gehörten August Siegrist (Präsident), Jules Gonin (Aktuar) und Theodor von Speyer (Kassier). Heute zählt die Schweizerische Gesellschaft für Ophthalmologie (SOG-SSO) über 800 Mitglieder.



August Siegrist, erster Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Ophthalmologie.



Jules Gonin, der erste Aktuar der Gesellschaft (Fotos: Institut für Medizingeschichte, Universität Bern).

Impressum

Verlag

Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13
8212 Neuhausen a. Rhf.
Tel. 052-675 50 60
Fax 052-675 50 61
E-Mail: info@rosenfluh.ch

Redaktion

Dr. Renate Bonifer
Tel. +49 (0)7632-82 86 06
Fax +49 (0)7632-82 86 07
E-Mail: rena.te.bonifer@rosenfluh.ch
Dr. med. Richard Altorfer
Tel. 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61
E-Mail: info@rosenfluh.ch

Erscheinungsweise: 10 x jährlich als Beilage zu ARS MEDICI, Managed Care, Onkologie, DoXMedical
ISSN: 1661-9080
Versandaufgabe: 20 000 Exemplare

Verkauf Anzeigen/
Informationsseiten

Susi Glaus, SuMed Advertising
Eisenbahnweg 87, 4125 Riehen
Tel. 061-641 24 32, Fax 061-641 24 43
E-Mail: sumed@swissonline.ch

Anzeigensekretariat

Rosenfluh Media AG
Schaffhauserstrasse 13
8212 Neuhausen a. Rhf.
Tel. 052-675 50 50, Fax 052-675 50 51
E-Mail: romed@rosenfluh.ch

Abonnementspreis:

Jahres-Abo Schweiz Fr. 40.–
Jahres-Abo Europa Fr. 70.–
Jahres-Abo übriges Ausland Fr. 97.–

Druck

Luzerner DruckZentrum
6002 Luzern

Layout

Manuela Bühler
Rosenfluh Publikationen AG

Copyright

by Rosenfluh Publikationen AG. Alle Rechte beim Verlag. Nachdruck und Kopien von Beiträgen und Abbildungen in jeglicher Form, wie auch Wiedergaben auf elektronischem Weg und übers Internet, auch auszugsweise, sind verboten bzw. bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Verlags. «MedizinZeit» ist eine eingetragene Marke.

Hinweise

Der Verlag übernimmt keine Garantie oder Haftung für Preisangaben oder Angaben zu Diagnose und Therapie, im Speziellen für Dosierungsanweisungen. Mit der Einsendung oder anderweitigen Überlassung eines Manuskripts oder einer Abbildung zur Publikation erklärt sich der Autor/die Autorin damit einverstanden, dass der entsprechende Beitrag oder die entsprechende Abbildung ganz oder teilweise in allen Publikationen und elektronischen Medien der Verlagsgruppe veröffentlicht werden kann. Bei den mit «PharmaNews» bezeichneten Beiträgen handelt es sich um interessegebundene, teilweise bezahlte Texte.

Fehlerkultur

Kürzlich beichteten 17 mehr oder minder prominente Angehörige des deutschen Gesundheitswesens öffentlich Fehler, die ihnen bei der Behandlung von Patienten unterlaufen waren. Eine ungewöhnliche Offenheit, die bei der Bevölkerung gut ankam, selbst die grösste Boulevardzeitung Deutschlands lobte die «mutigsten Ärzte Deutschlands».

Unter den ärztlichen Kollegen gehen die Meinungen indessen auseinander. In der Online-Umfrage der «Deutschen Ärzte-Zeitung» fand nur gut die Hälfte der Teilnehmer, dass diese Aktion eine kluge Entscheidung gewesen sei, die durch Transpa-

renz Vertrauen schaffe (57%). Andere fanden so etwas offenbar komplett überflüssig, weil «der öffentliche Bussgang dem Patienten nicht hilft» (26%). Und der Rest mochte über Behandlungsfehler nur reden, wenn es nicht ihre eigene Schuld ist: 17 Prozent entschieden sich für das Statement, dass die öffentliche Fehlerbekanntgabe zwar eine gute Strategie sei, «aber nur, wenn deutlich wird, dass es nicht um persönliche Schuld geht».

Den von der Aktion weniger begeisterten Ärztinnen und Ärzten nun Feigheit vorzuwerfen, wäre zu kurz gesprungen. Wer als behandelnder Arzt einen Fehler

gegenüber Patienten und Versicherungen freimütig eingesteht, riskiert nicht nur juristische Konsequenzen, sondern auch subtile Formen des Mobbing gegenüber «Nestbeschmutzern». Ohne den Verdienst der 17 Aufrechten schmälern zu wollen – es fällt schon auf, dass fast alle jenseits der 50 waren, längst in Amt und Würden, gut abgesichert oder bereits pensioniert.

Renate Bonifer

Die Broschüre «Aus Fehlern lernen» enthält neben den 17 persönlichen Berichten auch 2 Lehrbeispiele mit systematischen Fehleranalysen und Vorschlägen zur



Verbesserung der Sicherheit. Eines der Beispiele stammt aus einem Schweizer Spital. Download: www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

Monatsrückblick

Februar/März 2008

15. Februar: Geringere Anforderungen an alternative Arzneimittel?

Die Gesundheitskommission des Nationalrats beschliesst einstimmig, dass in der ganzen Schweiz die vereinfachten Zulassungsregeln des Halbkantons Auserroden gelten sollen. Swissmedic befürchtet «Wildwuchs».

19. Februar: Ständerat für Vertragsfreiheit

Die Gesundheitskommission des Ständerates (SGK) beschliesst, dass Ärzte nur noch Anspruch auf einen Kassenvertrag haben sollten, wenn sie einem Netzwerk angehören.

23. Februar: FMH dagegen, H+ dafür

Eine ausserordentliche Delegiertenversammlung der FMH lehnt einstimmig den neuen Verfassungsartikel «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» ab. Die darin vorgesehene, neue Machtfülle der Krankenversicherungen sei skandalös. Der Dachverband der Spitäler H+ hingegen befürwortet die Verfassungsrevision.

27. Februar: Beschwerde gegen Zürcher Freilandexperiment mit Gentech-Weizen

12 Verbände reichen beim eidgenössischen Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation eine Aufsichtsbeschwerde ein und fordern, die

vom Bundesamt für Umwelt (BAFU) erteilte Bewilligung für das Experiment bis auf Weiteres zu sistieren. Auf dem Gelände der Forschungsanstalt Agroscope in Zürich-Affoltern wollen ETH-Wissenschaftler gentechnisch veränderter Weizen im Freien anbauen.

28. Februar: Gewerkschaften gegen neue KVG-Regelung

Der Vorstand des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB) ist gegen die Annahme des Bundesverfassungsartikels «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung». Er sei ein Schritt zur Zweiklassenmedizin und werde zum Verlust der freien Arztwahl führen. Auch die neue Machtfülle der Versicherer wird kritisiert.

29. Februar: Pflegende ebenfalls dagegen

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) lehnt den Verfassungsartikel «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» ab. Die Vorlage gefährde die Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen.

1. März: 316 Medikamente billiger zu haben

316 kassenpflichtige Medikamente werden im Schnitt 12,2 Prozent billiger. Darunter sind auch umsatzstarke Produkte wie Esomeprazol, Pantoprazol oder Saltemetrol, die nun sogar um

mehr als 20 Prozent günstiger sind.

3. März: Gentests bei IVF-Embryonen zulassen?

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften fordert die Aufhebung des Verbots der Präimplantationsdiagnostik (PID).

4. März: Ständerat verlängert Frist für Naturheilmittel

Eigentlich sollte die Zulassung für alle Arzneimittel Ende Jahr von den Kantonen an den Bund (Swissmedic) übergehen. Auf Antrag des Auserroder Ständerates Hans Altherr wird diese Frist bis Ende 2011 verlängert. In Auserroden werden rund 3000 verschiedene traditionelle Heilmittel angeboten.

5. März: Ärztestopp wird aufgehoben

Mit 116 zu 67 Stimmen verwirft der Nationalrat die Zulassungsbeschränkung für neue Arztpraxen. Die Massnahme aus dem Jahr 2002 wird somit nicht bis 2010 verlängert, wie es Bundesrat Couchepin vorgeschlagen und der Ständerat unterstützt hatte. Die FMH begrüsst den Entscheid des Nationalrats, weist aber gleichzeitig die Forderung nach einem Ende des Vertragszwangs zurück.

6. März: Kein Verbot für Versandapotheken

Mit 90 zu 79 Stimmen spricht sich der Nationalrat gegen ein

Verbot des Versandhandels von Medikamenten aus. In der vorbereitenden Kommission hatte der Vorschlag noch eine klare Mehrheit gefunden.

8. März: Impfung gegen Hypertonie

Die in der Zeitschrift «The Lancet» publizierten positiven Resultate einer Impfstudie gegen Hypertonie (wir berichteten im Dezember), lösen ein grosses Medienecho aus. An der Studie beteiligt ist auch das Team von Professor Jürg Nussberger vom CHUV Lausanne.

12. März: Unklare Formulierung der KVG-Vorlage

Der Zürcher Staatsrechtsprofessor Tobias Jaag und der Rechtsanwalt Markus Rüssli schreiben in einem Gutachten zur KVG-Vorlage, dass das Ziel des neuen Verfassungsartikels in der Tat die Einführung der Vertragsfreiheit sei. Die Befürworter der Reform bestreiten dies, weil es nicht explizit im Text stehe.

13. März: Sesam schliesse dich!

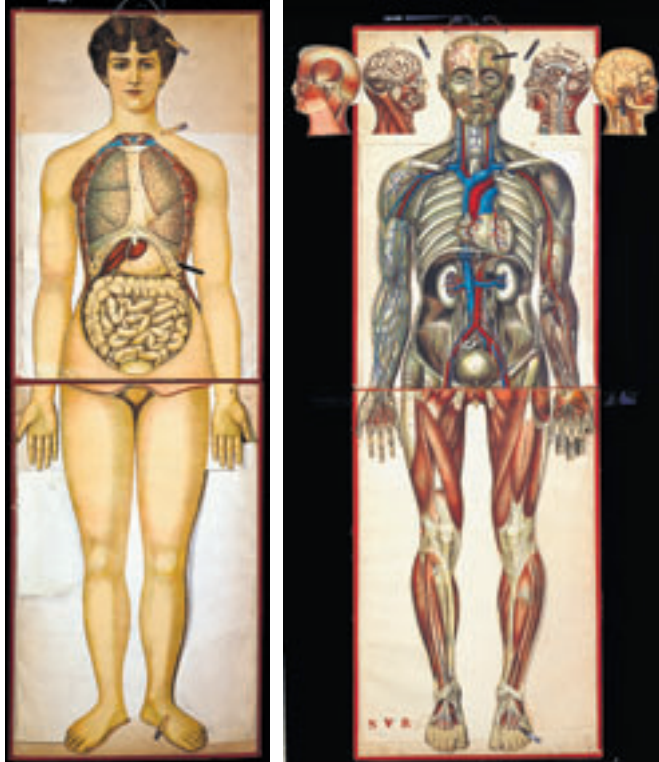
Das gleichmassen ambitionierte wie umstrittene Forschungsprojekt «sesam» zu potenziellen Ursachen psychischer Erkrankungen ist tot. Man wollte 3000 neugeborene Kinder samt Familien bis ins Erwachsenenalter beobachten, doch es fanden sich im vorgesehenen Rekrutierungszeitraum nur rund 30 Elternpaare, die dabei mitmachen wollten.

Vom Grünschnabel zum Weisskittel

Eine Ausstellung des Medizinhistorischen Archivs in Zürich

(mz) Zum 175-jährigen Bestehen der Universität Zürich zeigt das Archiv des Medizinhistorischen Instituts Zürich eindrucksvolle, bis heute nie öffentlich gezeigte Bestände.

Unter den 175 Exponaten befinden sich beispielsweise lebensgrosse anatomische Modelle, chirurgische Lehrfilme der Dreissigerjahre über das Knocheneinrenken, kunstvoll gemalte Lehrtafeln, liebevoll geführte Fotoalben und weniger liebevolle Karikaturen von Professoren. Die Exponate von den Anfängen der Universität bis in die Siebzigerjahre stammen aus Nachlässen von Instituten, Professoren und Studierenden. Die Ausstellung mit 175 Exponaten ist vom 7. März bis zum 31. Mai zu sehen: Uni-Hauptgebäude, Rämistrasse 71, 8006 Zürich, Foyer West, Montag bis Freitag 8 bis 22 Uhr, Samstag 8 bis 12 Uhr, Sonntag/Feiertage geschlossen; Eintritt frei.



Diese lebensgrossen, aufklappbaren anatomischen Modelle des weiblichen und männlichen Körpers aus Karton entstanden um 1910 (Fotos: Lutz Hartmann, Medizinhistorisches Institut Zürich).



Titelblatt des «Kliniker-Magazins» von Zürcher Medizinstudenten mit Karikaturen ihrer Professoren, entstanden 1927.

Erythropoietine und Mortalitätsrisiko

Neue Metaanalyse dokumentiert höheres Mortalitätsrisiko bei Krebspatienten

(rbo) Die Diskussion um die Risiken der Erythropoietine bei Krebspatienten geht weiter. Eine Metaanalyse ergab nun ein um 10 Prozent höheres Mortalitätsrisiko für Krebspatienten, die mit diesen Substanzen behandelt wurden.

Rekombinante Erythropoietine werden in der Onkologie gegen die tumor- und/oder therapiebedingte Anämie eingesetzt. War man zu Beginn des Jahrtausends noch recht begeistert über die neue therapeutische Option, kühlte diese Begeisterung etwas ab, nachdem klar geworden war, dass mit dem Gebrauch von Erythropoietinen bei Krebspatienten auch das Risiko venöser thromboembolischer Vorfälle (VTE) stieg. Einen Überlebensnach-



Rekombinante Erythropoietine ersetzen Bluttransfusionen bei Krebspatienten, doch handelt man sich dafür andere Risiken ein (Foto: Universitätsklinikum Heidelberg, Medienzentrum).

teil hatte man bisher aber noch nicht nachweisen können, wie es noch an der Onkologie-

tagung in Basel im vergangenen Herbst hiess. Nun hat eine neue Metaanalyse

ergeben, dass das Mortalitätsrisiko bei Krebspatienten mit Erythropoietinen um etwa 10 Prozent erhöht ist gegenüber denjenigen ohne diese Behandlung (RR: 1,01–1,20). 51 Studien mit insgesamt 13 611 Patienten wurden in die Analyse einbezogen. Das VTE-Risiko war unter Erythropoietinen um etwa die Hälfte erhöht (7,5% vs. 4,9%; RR: 1,57. «Wir wissen, dass sich mit Erythropoietinpräparaten eine Bluttransfusion vermeiden lässt. Aber ich habe Bedenken, diese Mittel einzusetzen», sagte Studienautor Dr. Charles Bennett von der Northwestern University in Chicago.

Überdies gibt es Hinweise, dass die verkürzte Überlebenszeit auch auf eine direkte Stimulation des Tumorwachstums zurückzuführen sein könnte. So liegen der FDA acht Studien vor, in denen es bei Patienten mit Mammakarzinom, nicht klein-

zelligem Bronchialkarzinom, Kopf-Hals-Tumoren, Lymphomen oder Zervixkarzinomen zu einem beschleunigten Krebswachstum und einer verkürzten Überlebenszeit gekommen ist, wenn die Patienten mit Erythropoietinen behandelt wurden. Aus diesem Grund hat die FDA die Indikation bereits auf die Behandlung von chemotherapiebedingten Anämien eingeschränkt und den Einsatz als rein symptomatische Therapie ebenso verboten wie zur Behandlung tumorbedingter Anämien.

Bennett C.L. et al.: Venous Thromboembolism and Mortality Associated With Recombinant Erythropoietin and Darbepoetin Administration for the Treatment of Cancer-Associated Anemia. JAMA 2008; 299 (8): 914–924.

Hörtest am Telefon

Neues Angebot von pro audito

(mz) Mit einem neuen Test ist es nun möglich, sein Gehör diskret und anonym am Telefon zu überprüfen. Bei mangelhaftem Hören werden vom Testsystem weitere Abklärungen bei einem Akustiker oder einem Arzt empfohlen.

In der Schweiz seien bereits rund 700 000 Menschen von einer Hörbehinderung betroffen, sagte Barbara Wenk, Zentralpräsidentin von pro audito Schweiz, an einer Pressekonferenz zur Einführung des neuen Hörtests. Häufig treten Verständigungsprobleme zuerst bei Nebengeräuschen und Störlärm auf, während eine Unterhaltung in einem ruhigen Raum und mit Blickkontakt noch ohne Schwierigkeiten gelingt. Der Telefon-Hörcheck zielt deshalb darauf hin, die Verständlichkeit von Sprache bei gleichzeitigem Störlärm zu untersuchen und dadurch Hinweise zu liefern, ob genauere Abklärungen beim



Professor Norbert Dillier, Universitätsspital Zürich, erläuterte die wissenschaftlichen Hintergründe des neuen Hörtests an einer Pressekonferenz in Zürich.

HNO-Arzt oder Akustiker erforderlich sind.

Der für Schweizer Verhältnisse angepasste Telefon-Hörcheck stützt sich auf bestehende Tests, die vor allem in den Niederlanden, England, Deutschland, Schweden und Frankreich im Rahmen eines EU-geförderten



Barbara Wenk, Zentralpräsidentin pro audito schweiz

Projekts erarbeitet wurden. An diesem Projekt ist auch die ORL-Klinik am Universitätsspital Zürich beteiligt. Bei dem neuen Hörtest handle es sich um ein sehr wertvolles Angebot, da Hörschädigungen so früh wie möglich erkannt werden sollten, sagte Professor Norbert Dil-

Info

So funktioniert der Telefon-Hörcheck

Wer die Nummer 0900-400 555 über das Festnetz wählt, wird in wenigen Minuten durch eine Anzahl von Tests geführt. Ein Mobiltelefon ist nicht geeignet. Der Test besteht im Erkennen von Zahlengruppen, welche über einem unterschiedlich lauten Geräuschteppich abgespielt werden. Der Anrufer bestätigt jeweils durch entsprechende Eingabe am Telefon das Gehörte. Es gibt elf Schwierigkeitsgrade. Gegebenenfalls wird am Ende ein Hörtest bei einem Akustiker oder ein Besuch beim Ohrenarzt empfohlen. Die Anrufenden machen ausserdem Angaben über ihr Geschlecht und ihr Alter, die anonym gespeichert werden. Der Datenschutz sei gewährleistet, so pro audito.

www.pro-audio.ch

lier, Leiter der Forschungsabteilung an der ORL-Klinik am Universitätsspital Zürich.

Finanziell und technisch wird das Angebot vom Schweizerischen Fachverband der Hörgerätekustik (Akustika) und der Swisscom unterstützt. Jeder An-

rufer zahlt zirka 2.50 Franken für den Test (50 Rappen pro Minute). Die Initiatoren gehen davon aus, dass viele den Telefon-Hörcheck nutzen werden. So nutzten rund 300 Anrufer pro Tag den entsprechenden Dienst in England.

Studienspiegel

Pille und Krebsrisiko

Bis anhin grösste Studie zum Ovarialkarzinomrisiko

(rbo) Die bis anhin grösste Metaanalyse über den Zusammenhang zwischen Ovarialkarzinomrisiko und hormoneller Verhütung bestätigt das leicht erniedrigte Risiko für Frauen, die die Pille eingenommen haben.

Wirklich Neues haben die Autoren der kürzlich publizierten, bis anhin umfangreichsten Metaanalyse zum erniedrigten Ovarialkarzinomrisiko bei Pillenkonsumentinnen zwar nicht zu vermelden (1), aber sie drücken ihre Erkenntnisse in beeindruckend grossen Zahlen aus: In den letzten 50 Jahren seien rund 200 000 Ovarialkarzinome und 100 000 dadurch bedingte Todesfälle durch die Pille verhin-

dert worden – weltweit, versteht sich. Anders formuliert klingt es weniger imposant: Bis zum 75. Lebensjahr bekommen 12 von 1000 Frauen ein Ovarialkarzinom, bei Pillenkonsumentinnen sind es 8 von 1000. Die Todesfälle aufgrund dieses Karzinoms sinken von 7:1000 auf 5:1000.

Im Editorial der gleichen «Lancet»-Ausgabe zeigt man sich trotzdem sehr beeindruckt und fordert flugs die rezeptfreie Abgabe der Pille. Dieser Ansicht dürften sich – nicht zuletzt wegen anderer Pillenrisiken – vermutlich nur wenige Ärztinnen und Ärzte hierzulande anschliessen. Man weiss seit bald 20 Jahren, dass bei Pillenkonsumentinnen bestimmte Krebsarten etwas

häufiger, andere etwas seltener vorkommen. So ist das Brustkrebsrisiko bis zu zehn Jahre nach der Pilleneinnahme etwas erhöht. Auch Zervixkarzinome sind häufiger, und es fiel auf, dass das Leberkrebsrisiko durch die Pille erhöht ist, ein Effekt, den man allerdings nur in Low-Risk-Kollektiven feststellen kann. Auf der anderen Seite sind Ovarial- und Endometriumskarzinome mit Pille seltener.

Aussagen über den «Netto-Effekt» sind schwierig und – wenn überhaupt – nur für die Frauengeneration machbar, die in den Sechziger- und Siebzigerjahren die Pille verwendete. In einer entsprechenden Metaanalyse, die letzten Herbst publiziert wurde, kam man zu dem Schluss, dass die Pille das Risiko

für Krebserkrankungen zumindest nicht generell erhöht hat und dass möglicherweise sogar so etwas wie ein protektiver Effekt besteht (2). Bestenfalls wäre demnach dank der Pille 1 von 2200 Frauen weniger an Krebs erkrankt, es könnte aber auch nur 1 von 10 000 gewesen sein, denn wie so oft bei Kohortenstudien ist die Dokumentation der Fälle eher lückenhaft, und viele Frauen gehen im Lauf der Jahre «verloren». Ausserdem könnte der vermeintlich protektive Effekt auch schlicht darauf zurückzuführen sein, dass Frauen mit der Pille auch häufiger zu Kontrolluntersuchungen beim Arzt waren.

So oder so dürfen sich die Frauen beruhigt fühlen, die Ende der Sechzigerjahre zur ersten

Generation der Pillenkonsumentinnen gehörten. Sie haben sich mit hoher Wahrscheinlichkeit kein höheres generelles Krebsrisiko eingehandelt.

1. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer: Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *Lancet* 2008; 371: 303–314.

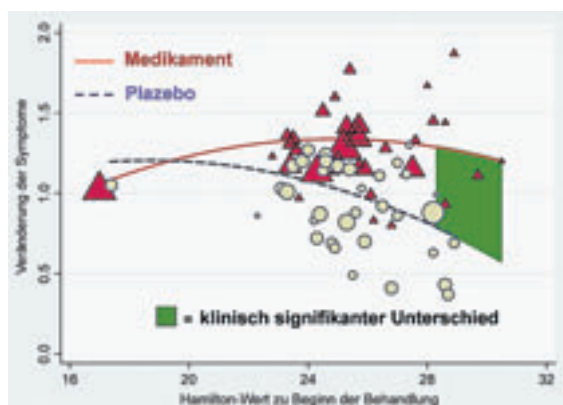
2. Hannaford P.C. et al.: Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ* 2007; 335: 651–660.

Antidepressiva bei vielen Patienten nicht besser als Placebo

Neue Metaanalyse führt zu heftigen Diskussionen

(rbo) Eine Reihe häufig eingesetzter Antidepressiva sollen nicht besser als Placebo gegen Depression wirken, allenfalls bei schwer depressiven Menschen könnten sie hilfreich sein. Zu diesem Schluss kommt eine Ende Februar im Online-Journal PLoS publizierte Metaanalyse, in welche auch unveröffentlichte Studien aus den FDA-Zulassungsdossiers einbezogen wurden.

Unter der Leitung von Professor Irving Kirsch, Psychiater an der Universität Hull, bewertete ein Team aus britischen und US-amerikanischen Wissenschaftlern 35 Antidepressivastudien aus den FDA-Zulassungsdossiers zu vier Antidepressiva aus den Jahren 1989 bis 1999. Um an die nicht publizierten Daten zu kommen, nutzten die amerikanischen Co-Autoren das Recht auf Akteneinsicht, das jedem US-Bürger für US-Behördenakten zusteht. In die Analyse einbezogen wurden der FDA vorliegende Dokumente zu den Antidepressiva Fluoxetin (Fluoxetine®), Paroxetin (Deroxat®) und Venlafaxin (Efexor®) sowie dem in der Schweiz nicht auf dem Markt befindlichen Nefazodon. Sertralin (Zoloft®) und Citalopram (Seropram®) sollten ursprünglich ebenfalls in die Metaanalyse einbezogen werden. Da für diese beiden Substanzen jedoch nicht in allen



Mittlere Verbesserung der Depressionssymptome gemäss Hamilton-Skala in Abhängigkeit der initialen Schwere der Depression (Dreiecke: Verbesserungen durch Medikamente; Kreise: Verbesserungen unter Placebo); nach Kirsch I. et al., PLoS Med 2008; 5 (2): e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045

Studien vergleichbare Parameter zum Wirksamkeitsnachweis verwendet wurden, verzichteten die Autoren darauf.

Nicht besser als Placebo

Mit Berücksichtigung der bis anhin unveröffentlichten Daten sollen rund 80 Prozent der Wirksamkeit der untersuchten Antidepressiva nur auf einer Placebowirkung beruhen. Kirsch und seine Co-Autoren zeigten überdies, dass die Medikamente nur bei sehr schweren Depressionen besser als Placebo seien, nämlich ab einem Hamilton-Wert von 26 (Hamilton Rating Scale of Depression). Klinisch relevant sei der Unterschied jedoch erst bei Patienten mit einem Wert ab 28,

das heisst, dass nur in diesem Patientenkollektiv die für den Wirksamkeitsnachweis erforderliche Reduktion der Depression um mindestens drei Punkte durch die Antidepressiva erreicht wurde (s. Info 1 und Abbildung).

Studie gilt als «Ärgernis»

Die Hersteller der Medikamente haben die Ergebnisse der Studien umgehend zurückgewiesen, unter anderem mit den Argumenten, dass nicht alle verfügbaren Daten berücksichtigt worden seien und die langjährige Erfahrung in der Praxis die Schlussfolgerungen der Autoren widerlege.

Ärzte wie Professor Ulrich Hegerl von der Universität Leipzig und Professor Florian Holsboer vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München befürchten, dass diese Studie Menschenleben kosten könnte, falls verunsicherte Patienten die Medikamente absetzten. Für Professor Hans-Jürgen Möller, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, ist die Studie «ein absolutes Ärgernis». In einem Interview mit der deutschen «Ärzte-Zeitung» kommentierte er, dass Metaanalysen wenig über die Realität aussagen: «Wenn man sämtliche Studien zusammenführt, gute und schlechte, dann bekommt man natürlich ein grosses statistisches Rauschen, dann wird der Abstand zwischen Verum und Placebo reduziert.» Jeder Arzt

Info 2

Negative Studien werden oft nicht publiziert

Erst vor Kurzem ergab eine systematische Überprüfung von 74 Studien mit insgesamt 12 564 Probanden in den Zulassungsdossiers mehrerer Antidepressiva in den USA, dass rund ein Drittel der Studien, die zur Zulassung der Substanzen bei der FDA eingereicht wurden, nicht ans Licht der Öffentlichkeit kamen – sie verstaubten in den Archiven und wurden niemals publiziert (1): «Studien, deren Resultate von der FDA als negativ oder fragwürdig eingestuft wurden, wurden – mit 3 Ausnahmen – entweder nicht publiziert (22 Studien) oder auf eine Art und Weise publiziert, die unserer Ansicht nach ein positives Resultat suggerierte (11 Studien)», schreiben Professor Erick H. Turner und seine Co-Autoren im «New England Journal of Medicine» im Januar 2008.

Die nicht publizierten Daten stammten von insgesamt 3449 Probanden, somit fielen die negativen Erfahrungen von 27 Prozent aller Studienteilnehmer unter den Tisch. Kein Wunder, dass der Eindruck von der Wirksamkeit der Substanzen in der Welt publizierter Daten (94% zugunsten der Medikamente) besser aussieht, als er in Wirklichkeit sein mag: Bei dem Vergleich der FDA-Daten mit den publizierten Artikeln stellten die Autoren fest, dass der publikationstechnische «Wirksamkeitszuwachs» für einzelne Medikamente zwischen 11 und 69 Prozent lag, im Durchschnitt betrug er etwa ein Drittel.

Wer für die unausgewogene Publikationspraxis verantwortlich zu machen sei – Autoren, die nicht einreichen, Sponsoren, die intervenieren, oder Zeitschriften, die negative Studien uninteressant finden, vermag Turner nicht zu sagen. Er gibt aber eindringlich zu bedenken, dass diese selektive Publikationspraxis falsche Therapieempfehlungen nach sich ziehen könnte, zumal bei Krankheiten wie der Depression, für die ohnehin ein hoher Placeboeffekt zu erwarten ist.

Turner H.E. et al.: Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. N Engl J Med 2008; 358: 252–260.

mit klinischer Erfahrung wisse aber um die grosse Wirksamkeit der Antidepressiva im Einzelfall. Zudem sei der Placeboeffekt in Studien immer höher, weil den Patienten dort mehr Zuwendung zuteil würde. In der «Fünf-Minuten-Medizin» des Alltags gebe es jedoch viel weniger Betreuung, sodass das Medikament ins Zentrum rücke und deutlichere Effekte habe.

Wirksamkeit als Ansichtssache

In einem Editorial im «British Medical Journal» (BMJ) geben die Professoren Erick H. Turner und Robert Rosenthal zu bedenken, dass die Beurteilung der klinischen Relevanz von Studienresultaten keine feste Grösse sei. Turner und Rosenthal hatten in ihrer Analyse zur selektiven Publikationspraxis bei

Antidepressiva (s. Info 2) die gleiche durchschnittliche «effect size» wie Irving Kirsch errechnet, beurteilen sie jedoch ganz anders: «Während Kirsch und seine Kollegen zum Schluss kommen, dass Antidepressiva ineffizient sind, sagen wir, dass alle besser waren als Placebo.» Sie raten zu einem vorsichtigen Einsatz der Medikamente. Die neuen Studien könnten die künftige Verschreibungspraxis in der Tat ändern: Bis zum 12. März hatten sich in einer BMJ-Umfrage drei Viertel der Ärzte dafür ausgesprochen.

Kirsch I. et al.: Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 2008; 5 (2): e45. doi: 10.1371/journal.pmed.0050045

Info 1

«Hamilton Rating Scale of Depression» und klinische Wirksamkeit von Antidepressiva

In klinischen Studien zur Depressionstherapie wird meist die Hamilton-Skala verwendet. Mithilfe eines Fragenkatalogs, der vom Untersucher auszufüllen ist, wird ein Punktwert anhand bestimmter Symptome ermittelt, zum Beispiel Schlafstörungen, Suizidgedanken und so weiter. Eine Summe von 15 bis 18 Punkten wird als leichte bis mittelschwere Depression bewertet, Patienten mit schweren Depressionen erreichten in der Regel mindestens 25 Punkte. Die FDA und das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) fordern einen Rückgang von mindestens 3 Punkten in dieser Skala als Wirksamkeitsnachweis eines Antidepressivums. Im Fall der untersuchten Antidepressiva traf dies nur bei Patienten mit schwerer Depression zu.

Tumorvakzine gegen Krebs

Erste Phase-III-Studie mit Lungenkrebspatienten läuft bereits

(rbo) Das Immunsystem reagiert auf vielfältige Weise auf einen Tumor. Trotzdem reicht die körpereigene Abwehr häufig nicht aus, um die Krebszellen zu vernichten oder zumindest in Schach zu halten. Impfungen mit inaktivierten Tumorzellen oder aufgereinigten Tumorantigenen stimulieren eine tumorspezifische Immunantwort, die man therapeutisch nutzen kann. Wir sprachen mit Professor Alexander Knuth, Direktor der Klinik und Poliklinik für Onkologie am Universitätsspital Zürich, über die Perspektiven einer breiten Anwendung von Tumorvakzinen in der Krebstherapie.



Professor Alexander Knuth

Professor Alexander Knuth ist seit fünf Jahren am USZ und war zuvor in Mainz, Seattle und Frankfurt am Main tätig. Seit vielen Jahren befasst er sich mit der Identifizierung und Charakterisierung von Tumorantigenen und der Entwicklung von Tumorvakzinierungsstrategien. Er zählt auf diesem Gebiet zu den international führenden klinischen Forschern, und er war Mitglied des Mainzer Teams, das in den Achtzigerjahren aus den Melanomzellen einer Hautkrebspatientin eine Zelllinie etablierte, mit deren Hilfe man die Patientin nicht nur erfolgreich gegen ihren eigenen Tumor immunisierte, sondern aus der man später auch eines der prominentesten Tumorantigene gewann, das MAGE-1 (siehe *Info*)

Herr Professor Knuth, wie viele Patienten werden zurzeit weltweit mit Tumorvakzinen behandelt?

Professor Alexander Knuth: Diese Therapien erfolgen zurzeit noch im Rahmen von Studien, und die genauen Zahlen kenne ich nicht. Die für die breitere Anwendung am weitesten fortgeschrittene Immuntherapie erfolgt mit dem Tumorantigen MAGE-A3. Ein grosses internationales Pharmaunternehmen hat kürzlich die bis anhin grösste randomisierte und plazebo-kontrollierte Studie zur Behandlung von Lungenkrebspatienten gestartet, und zwar bei Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom in einem adjuvanten Setting, also nach entsprechender Operation und

Chemotherapie plus/minus Vakzinierung mit MAGE-A3. Über 2000 Patienten werden in diese Studie eingeschlossen. Sie sehen also, die Immuntherapie ist zwar noch Gegenstand klinischer Forschung, aber mittlerweile läuft bereits eine grosse Phase-III-Studie bei einer wichtigen Tumorentität.

Also ist die Sorge unbegründet, dass diese Therapien für die breite Anwendung zu kompliziert und unwirtschaftlich seien und im experimentellen Stadium stecken blieben?

Knuth: Ich glaube, Dinge werden immer erst dann richtig wahrgenommen, wenn sie durch das Marketing grosser Firmen auch in die Praxen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gelangt sind. Das Interesse an der Tumorimmunologie ist bei den grossen Pharmaunternehmen schon seit vielen Jahren sehr lebhaft. Wenn Sie einmal daran denken, wie lange es gedauert hat, bis der erste monoklonale Antikörper in die Klinik gekommen ist, dann sind 20 Jahre eine konservative Schätzung. Mittlerweile ist zum Beispiel der gegen CD20 gerichtete Antikörper einer grossen Schweizer Firma gar nicht mehr aus der Therapie bei Lymphomen wegzudenken. In der Entwicklung der Impf- und Immuntherapie, die darauf abzielt, eine spezifische T-Lymphozytenaktivität zu induzieren, ist noch gar nicht so viel Zeit seit der Identifikation der ersten Antigene vergangen, die als Targets infrage kommen. Zum Beispiel wurde die Entdeckung der MAGE-Genfamilie 1991 publiziert. Dann hat es fast 10 Jahre gedauert, bis man den Wert dieser Moleküle für die Tumorbiologie und die Tumorimmunologie erkannt hat. Jetzt sind wir im Jahr 2008, also 17 Jahre

nach der Klonierung der ersten MAGE-Gene, und es gibt bereits eine grosse Phase-III-Studie. Wir sind also gar nicht so spät dran, es ist konkordant mit der Zeit, die wir brauchten, um die ersten monoklonalen Antikörper in die Klinik zu bringen. Ich bin optimistisch und denke, dass bald auch andere Tumorentitäten als Zielgruppe für spezifische Immuntherapien oder Vakzinierungen infrage kommen.

Man kennt mittlerweile sicher einige tausend Tumorantigene. Wie viele davon sind bereits in der Pipeline für eine potenzielle klinische Anwendung?

Knuth: Es sind vielleicht gut 100 Tumorantigene, die bisher in ersten Pilotstudien bei verschiedenen Krankheiten getestet wurden. Das ist aber kein Indikator dafür, welches nun das beste oder aussichtsreichste Tumorantigen ist. Auch unter den vielen tausend monoklonalen Antikörpern befinden sich nicht wenige mit einer Spezifität für Differenzierungsantigene, von denen man anfangs nicht ahnte, dass sie später in der Klinik einmal bedeutsam sein könnten, wie zum Beispiel das B-Lymphozyten-Differenzierungsantigen CD20. Und das sind heute die umsatzstarken Medikamente oder «Blockbuster». So wird es sich auch bei den Vakzinetherapien herauskristalisieren, welcher Ansatz der aussichtsreichste ist. Wir wissen aber schon heute, dass bestimmte Antigene ganz besonders immunogen sind und eine besondere biologische Bedeutung für den Tumor haben. An solchen Antigenen arbeiten wir zurzeit als Zielstrukturen für Vakzinierungsstudien oder auch für integrierte Immuntherapiekonzepte, bei denen spezifische Antikörper plus Tumorantigen zur T-Lymphozytenstimulierung verabreicht werden. Aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen und der anderer Forscher beurteilen wir die therapeutischen Aussichten als günstig.

Gibt es neben MAGE noch andere Tumorantigene, für die sich die pharmazeutische Industrie bereits interessiert?

Knuth: Ja, es gibt eine ganze Batterie von Tumorantigenen, zu denen von verschiedenen Firmen Forschungsprogramme aufgelegt werden. Ich bin sicher, dass ein grosses Pharmaunternehmen nur dann Geld ausgibt,

Info

MAGE

MAGE steht für «Melanoma Associated Genes», eine Genfamilie, die aus einer humanen Melanomzelllinie kloniert wurde. Später entdeckte man, dass die MAGE-Genfamilie von vielen verschiedenen Tumoren exprimiert wird, nicht aber von normalen Zellen, mit Ausnahme von Keimzellen im Hoden. Die physiologische Funktion der MAGE-Gene oder der MAGE-kodierten Proteinantigene kennt man bis heute nicht.

Die MAGE-Antigenfamilie gehört zu der Gruppe der «Cancer/Testis-Antigens» (CT-Antigene), die charakteristischerweise auf dem X-Chromosom kodiert sind und ausser in bestimmten Tumoren in keinem anderen Normalgewebe zu finden sind ausser in Keimzellen. CT-Antigene sind intrazelluläre Antigene, die aufgrund ihres tumor-typischen Expressionsmusters exzellente Kandidaten für eine spezifische Stimulation des Immunsystems sind. Die CT-Antigenexpression nimmt mit fortschreitender Tumorerkrankung in der Regel zu, und eine CT-Antigen-spezifische Immunantwort könnte somit auch protektiv wirken. Heute sind fast 100 CT-Antigene bekannt.

MAGE-A3-ASCI ist der Name eines Impfstoffs, der zurzeit in einer randomisierten und plazebo-kontrollierten Phase-III-Studie bei über 2000 Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchuskarzinom (NSCLC) postoperativ getestet wird. Am ASCO-Kongress 2007 wurden die Resultate der entsprechenden Phase-II-Studie vorgestellt: 182 MAGE-A3-positive Patienten mit komplett reseziertem NSCLC der Stadien IB oder II hatten als adjuvante Therapie entweder MAGE-A3-ASCI (n = 122) oder Plazebo (n = 60) erhalten. Nach 28 Monaten trat bei 41 der 122 Patienten unter MAGE-A3-ASCI ein Rezidiv auf (30,6%), unter Plazebo waren es 26 von 60 Patienten (43,3%). Demnach konnte durch die postoperative Therapie mit MAGE-A3-ASCI das relative Rezidivrisiko um 27 Prozent gegenüber Plazebo gesenkt werden (p = 0,107).

wenn es ein erfolgreiches Produkt erwartet, und ich persönlich bin ganz zuversichtlich, dass dies der Fall sein wird.

Wie viele Patienten behandeln Sie hier in Zürich mit der Vakzinierung von Tumorantigenen?

Knuth: Wir nehmen auch an der bereits erwähnten grossen Phase-III-Studie mit dem MAGE-A3-Antigen teil, konzentrieren uns hier im Hause aber auf Phase-I/II-Studien mit neueren Tumorantigenen innerhalb unserer Forschungsprogramme. Für diese Phase-I/II-Studien sind kleine Patientenzahlen vorgesehen, nicht mehr als 30 bis 40 Patienten pro Studie. Die Anforderungen an unser Forschungslabor hinsichtlich der Aufarbeitung zu jedem einzelnen Patienten sind hierbei so umfangreich, dass grössere Studien in diesem Rahmen gar nicht machbar wären.

In Deutschland stöhnen Forscher über den bürokratischen

Overkill beim Genehmigungsverfahren für solche Studien. Wie sieht das in der Schweiz aus?

Knuth: Die Schweiz ist auf diesem Sektor vorbildlich. Hier gibt es beste Forschungsmöglichkeiten. Das wissenschaftliche Umfeld ist exzellent. Davon konnte ich in früheren Zeiten nur träumen. Die Bedingungen für behördliche Genehmigungsverfahren sind transparent, und die Forschungsunterstützung ist grosszügig bemessen, sodass wir diese Arbeiten hier in Zürich in optimaler Weise voranbringen können.

Auszüge aus einem Interview mit Professor Alexander Knuth zu Wirkmechanismen und Forschungsergebnissen der spezifischen Immuntherapie gegen Tumoren; das ausführliche Interview ist nachzulesen in der Aprilausgabe der Zeitschrift «TMJ – The Medical Journal, Schweizer Zeitschrift für Innere Medizin».

Kardiologie

Forschungspreis
Schweizerische Herzstiftung

Der Neurologe **PD Dr. Stefan Engelter**, Basel, und der Kardiologe **Dr. Jean-François Surmely**, Aarau, teilen sich den mit 20 000 Franken dotierten diesjährigen Forschungspreis 2008 der Schweizerischen Herzstiftung. Stefan Engelter erhält den Preis für seine Forschungen auf dem Gebiet der DWI-Bildgebung (diffusion weighted imaging) als Entscheidungshilfe für die Behandlung von Schlaganfallpatienten, Jean-François Surmely für seine Weiterentwicklung der «virtuellen Histologie» von Herzkranzgefässen mithilfe von Ultraschall.



PD Dr. Stefan Engelter



Dr. Jean-François Surmely

Biochemie

Friedrich-Miescher-Preis

Die Basler Professorin **Silvia Arber** erhielt den Friedrich-Miescher-Preis 2008 für ihre Forschungsarbeiten über neuronale Netzwerke im Rückenmark. Silvia Arber leitet die Neurobiologie am Biozentrum der Universität Basel und arbeitet mit ihrer Forschergruppe am Friedrich-Miescher-Institut für biomedizinische Forschung (FMI). Das FMI gehört zur Forschungsstiftung des Pharmakonzerns Novartis. Der Friedrich-Miescher-Preis ist mit 20 000 Franken dotiert, wird von der Schweizerischen Gesellschaft für Biochemie jährlich verliehen und gilt als höchste Schweizer Auszeichnung in diesem Fachgebiet.

schon-Preis ist mit 20 000 Franken dotiert, wird von der Schweizerischen Gesellschaft für Biochemie jährlich verliehen und gilt als höchste Schweizer Auszeichnung in diesem Fachgebiet.



Prof. Silvia Arber (Foto: Universität Basel)

Neurologie

Forschungspreis
Schweizerische Hirnliga

Ebenfalls mit 20 000 Franken honoriert wird der Forschungspreis der Schweizerischen Hirnliga, der in diesem Jahr erstmals vergeben wird. Erster Preisträger ist das Team des Neurologen **Dr. Thomas Nyffeler** am Berner Inselspital. Die Berner Forscher konnten nachweisen, dass man die Rehabilitation hirnverletzter Menschen mit transkranieller Magnetstimulation fördern kann.



Dr. Thomas Nyffeler

Innere Medizin

Pfizer-Forschungspreise 2008

Die alljährlich vergebenen Pfizer-Forschungspreise für Medizin gehen an herausragende junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die an Schweizer

Forschungsinstituten oder Spitälern hervorragende und zukunftsweisende Beiträge im Bereich Grundlagenforschung oder klinischer Forschung erbracht

haben. Die Preissumme von insgesamt 360 000 Franken verteilt sich auf die sechs Bereiche: Herzkreislauf, Rheumatologie/Immunologie, Infektiologie, Neuro-

wissenschaften, Urologie/Nephrologie sowie neu auf den Bereich Onkologie. Die prämierten Forschungsarbeiten sind in der Regel das Ergebnis umfassender

Teamarbeiten. Ausgezeichnet werden jeweils die für die Ideen und die Durchführung verantwortlichen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.



Dr. André Brändli (li) und **Dr. Roland Kälin** (re) wurden im Bereich Herz-Kreislauf für Arbeiten zur Angiogenese ausgezeichnet, **Dr. Daria Koch** (Mitte) im Bereich Neurowissenschaften für die Erforschung der Rolle des Stirnhirns beim Entstehen sozialer Normen.



Die Preisträger **Professor Matthew E. Larkum** (li) und **Dr. Thomas Nevian** (re) haben die Eigenschaften basaler Dendriten untersucht. Im Bereich Urologie wurde **Dr. Cyrill A. Rentsch** (Mitte) für seine Forschung zu Prostatakrebs und Knochenstoffwechsel ausgezeichnet.



Dr. Varadharajan Sundaramurthy, **Dr. Rajesh Jayachandran** und **Dr. Jan Massner** (v.l.) erhielten den Infektiologiepreis für Arbeiten zum Tuberkuloseerreger (Foto: J. Stücker).



Dr. Stefan Schaub und **Gideon Hönger** (v.l.) wurden für ihre Arbeit zur immunologischen Risikostratifizierung vor Nierentransplantationen ausgezeichnet (Foto: J. Stücker).

Rheumatologie/Immunologie: **Professor Daniela Finke** und **Dr. Dominik Meier** (Mitte) erhielten für Forschungsarbeiten zum Interleukin 7, **Dr. Fabio Martinon** (re) für die Aufklärung molekularer Entzündungsmechanismen bei Gicht einen Preis.



Dr. Andreas Wicki und **Dr. François Lehembre** (v.l.) wurden im Bereich Onkologie für Forschungen zur Bedeutung des Moleküls Podoplanin für die Tumordinvasion ausgezeichnet.



Herzgesundheit in der Schweiz

Gute Werte im europäischen Vergleich

(ehn/mz) Jedes Jahr sterben in Europa über 4,3 Millionen Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nach kürzlich veröffentlichten Zahlen des Europäischen Herz-Netzwerks (EHN) ist das Risiko in zentral- und osteuropäischen Ländern am höchsten, in Frankreich am geringsten. Die Schweiz steht vergleichsweise gut da.



KHK-Todesfälle bei Männern (links) und Frauen (rechts) unter 65 Jahren (weisse Flächen: keine Daten; Quelle: European cardiovascular disease statistics 2008; www.ehnheart.org)

Die koronare Herzkrankheit steht an der Spitze aller Todesursachen in Europa. Nimmt man alle Herz-Kreislauf-Krankheiten und Schlaganfälle zusammen, sind sie in der EU die Todesursache für 45 Prozent der Frauen und für 38 Prozent der Männer. Dies dokumentiert die aktuelle Statistik des Europäischen Herz-Netzwerks (EHN), in dem Herzstiftungen und andere Nicht-Regierungsorganisationen aus 26 Ländern Europas zusammengeschlossen sind. Das EHN schätzt, dass Herz-Kreislauf-Krankheiten in der EU jährlich Kosten von 192 Milliarden Euro verursachen.

Während die Herz-Kreislauf-Esterblichkeit im Norden, Süden und Westen Europas in den vergangenen Jahren zurückgegangen ist, tragen die Menschen in Zentral- und in Osteuropa weiterhin ein unverändert hohes Risiko: In Bulgarien zum Beispiel verursachen Herz-Kreislauf-Krankheiten 62 Prozent aller Todesfälle bei Männern, in Frankreich sind es nur 26 Prozent. In den Ländern mit hoher Herz-Kreislauf-Sterblichkeit sind gewisse Risikofaktoren, beson-

ders auch psychosoziale Einflüsse, ausgeprägter als in den «herzgesünderen» Ländern. Gleichzeitig steht diesem erhöhten Risiko oftmals eine bescheidenere medizinische Versorgung im Akutfall wie auch bei der Behandlung der chronischen Koronarerkrankung gegenüber.

Situation in der Schweiz

Wie in den anderen europäischen Ländern stehen auch in der Schweiz Herz-Kreislauf-Er-

krankungen an der Spitze der Todesursachenstatistik. Dennoch sind die Zahlen im Vergleich mit den Nachbarländern nicht schlecht. So erlitten im Jahr 2004 in der Schweiz 20 von 100 000 Männern bis 65 Jahre einen Herz-Kreislauf-Tod (Frankreich: 17, Deutschland: 33, Österreich: 30). Experten warnen allerdings vor Übermut: «Diese Zahlen verdanken wir hauptsächlich einer hervorragenden medizinischen Akut- und Langzeitversorgung», sagt

PD Dr. Katharina Meyer vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. «Ihnen gegenüber steht die ungünstige Entwicklung bei den Herz-Kreislauf-Risiko-Faktoren: Rauchen, hoher Blutdruck, zu grosser Bauchumfang, Bewegungsmangel, ungünstige Blutfett- oder Blutzuckerwerte.»

Quelle: Pressemitteilung der Schweizerischen Herzstiftung

Business und Medizin

Zulassungsvorschriften bedrohen Phytotherapeutika

Swissmedic fehlte an Podiumsdiskussion der SMGP

(smgp/mz) Aufgrund neuer Zulassungsvorschriften droht vielen Phytotherapeutika das Aus. Die zur Podiumsdiskussion anlässlich einer Phytotherapietagung in Wädenswil eingeladene Swissmedic zog ihre anfänglich gemachte Zusage kurzfristig zurück.



Für Medikamente aus Arzneipflanzen, wie zum Beispiel dem Kümmel, wäre ein aufwendiges Zulassungsverfahren zu teuer.

An der Podiumsdiskussion anlässlich der Phytotherapietagung in Wädenswil nahmen Fachleute des Gesundheitswesens und Politiker teil. Sie diskutierten die Auslegung des Gesetzestextes zur «vereinfachten Zulassung» unter dem Aspekt des real gefährdeten Fortbestands gewisser traditioneller pflanzlicher Arzneimittel und der Tatsache, dass Innovationen nur mehr schwer zu realisieren sind. Nationalrat Daniel Vischer (Grüne Partei, ZH) betonte, dass

die Vielfalt gewahrt bleiben muss. Nationalrätin Marianne Kleiner (FDP, AR) betrachtet pflanzliche und andere komplementärmedizinische Arznei-

mittel als ein unbedingt erhaltenswertes Kulturgut, für welches der Begriff «vereinfachte Zulassung» geschaffen sei. Das Fernbleiben der Swissmedic be-

zeichnete sie als «deprimierend».

Zulassungsexperte Dr. Renato Kaiser erläuterte am Beispiel von Kümmelölzäpfchen, dass die Zulassung eines in der Praxis gut erprobten Arzneimittels nur unter hohen Kosten erreicht werden könne. Mit dem zu erwartenden Ertrag bei der Vermarktung eines solchen Präparates könnten die Kosten in den meisten Fällen nicht wieder eingespült werden. Apotheker PD Dr. Marcel Mesnil und Professor Reinhard Saller betonten, dass den Medizinalberufen die Fach- und Entscheidungskompetenz im Bereich Medikamente immer mehr entzogen werde. Um das Abdriften pflanzlicher Arzneimittel in den Graumarkt zu verhindern, forderte Saller eine realitätsbezogene Anpassung der Zulassungsanforderungen. Herbert Schwabl bestätigte als Vertreter der Produzen-

ten, dass die Hersteller eine Zulassung als Arzneimittel wünschen, und forderte, dass Swissmedic unter neuer Leitung in allernächster Zeit den zuvor gepflegten Dialog wiederaufnimmt und Beratungsgremien mit entsprechender Kompetenz geschaffen werden.

Anlass der gemeinsam von der ZHAW und der Schweizerischen Medizinischen Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP) organisierten Tagung war ein zweifaches Jubiläum: Die SMGP feierte ihren 20. Geburtstag, und vor drei Jahren wurde die Fachgruppe Phytopharmazie an der ZHAW etabliert.

Quelle: Pressemitteilung der SMGP anlässlich der Tagung «Arzneipflanzenforschung in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme» vom 30. bis 31. Januar in Wädenswil

Alkoholmissbrauch: Täglich landen fünf Jugendliche im Spital.

Täglich kommen im Durchschnitt fünf Jugendliche oder junge Erwachsene zwischen 10 und 23 Jahren wegen Alkoholmissbrauchs in ein Schweizer Spital. Alkoholvergiftungen nahmen im Vergleich zur ersten Untersuchung zwischen 2003 und 2005 um 40 Prozent zu. Ausgeprägt war der Anstieg bei 16- und 17-jährigen Jungen sowie bei 14- und 15-jährigen Mädchen. Neben den rund 1300 Fällen von Alkoholvergiftungen wurden 2004 und 2005 jährlich knapp 500 Jugendliche und junge Erwachsene mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit in Schweizer Spitälern behandelt. Die ersten Fälle finden sich bereits bei 14-Jährigen. Die Zahlen geben nur einen Teil des Problems wider, weil betrunkene Jugendliche, welche die Polizei nach Hause bringt, Behandlungen in Hausarztpraxen oder ambulanten Notfallaufnahmen in dieser Statistik der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme nicht mitgezählt wurden.

Quelle: *sfa/ispa-Pressemittteilung 10. März 2008*

Blutdruck: Wird durch Lärm erhöht, auch wenn man schläft.

Bei 140 Freiwilligen wurde ermittelt, wie sich der Blutdruck während des Schlafs verändert, wenn sie einem Lärmereignis von 35 Dezibel ausgesetzt wurden: Fluglärm, Verkehrslärm oder Schnarchen. Oft wacht man von einem Lärm in dieser Grössenordnung nicht auf, negative Einflüsse hat er aber trotzdem: Im Durchschnitt betrug der Blutdruckanstieg 6,2 mmHg systolisch und 7,4 mmHg diastolisch. Die Lärmquelle selbst spielte keine Rolle, entscheidend war nur die Lautstärke.

Quelle: *Pressemittteilung der European Society of Cardiology (ESC), 13. Februar 2008*

Cholesterin: Gut für Muskelaufbau.

Verblüfft waren texanische Forscher, als ein Trainingsprogramm bei 49 gesunden Frauen und Männern im Alter zwischen 60 und 69 Jahren zu mehr Muskeln und Kraft bei denjenigen führte, die höhere Cholesterinwerte hatten. Bei den Probanden mit Lipidsenkern waren die Trainingserfolge schlechter. «Unsere Studie hat gezeigt, dass es noch vieles gibt, was wir über Cholesterin nicht wissen», kommentierte Erstautor Dr. Steven A. Riechman.

Quelle: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007; 62: 1164-1171*

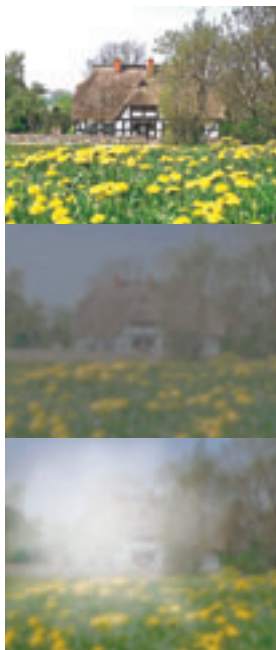


Depression: Der Luzerner Regierungspräsident Dr. Markus Dürr (links) und der Thurgauer Regierungsrat Bernhard Koch an der Eröffnungsveranstaltung zur Kampagne «Luzerner Bündnis gegen Depression» (Foto: Thorsten M. Meyer).

Depression: Kantonale Kampagne in Luzern.

Ziel der Kampagne «Luzerner Bündnis gegen Depression» ist die Prävention, Früherkennung und optimierte Behandlung Depressiver. Das Projekt ist Teil des Bereichs Gesundheitsförderung und Prävention der kantonsärztlichen Dienste Luzern. Die Schirmherrschaft übernahm Regierungspräsident Dr. Markus Dürr. In Planung sind Projekte zur Kooperation mit den Hausärzten, Wissensvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit, Zusammenarbeit mit Multiplikatoren wie Seelsorgern und Mitarbeitern von Beratungsstellen sowie Angebote für Betroffene und Angehörige.

Quelle: *Pressemittteilung der Staatskanzlei Luzern, 15. Februar 2008*



Genetik: Ein weiteres Gen für Katarakt bei Kindern wurde entdeckt. So sieht die Welt mit normaler Augenlinse, getrübter Linse und bei Katarakt aus (von oben nach unten [Fotos: Universität Zürich, Stephan Labs]).

Ernährung: Vitamin E schützt Raucher nicht vor Krebs.

Bereits vor mehr als zehn Jahren wurde nachgewiesen, dass das antioxidative Vitamin Beta-karotin Raucher nicht vor Lungenkrebs schützt, sondern deren Krebsrisiko im Gegenteil noch erhöht. Das Gleiche gilt offenbar auch für das Vitamin E. Anhand einer prospektiven Kohortenstudie war keine krebs-schützende Wirkung durch den Konsum von Vitamin-E-Präparaten nachzuweisen, hingegen zeigte sich ein Trend in die gegenteilige Richtung. Bei den Rauchern war eine Erhöhung des relativen Lungenkrebsrisiko von 11 Prozent nachweisbar, wenn sie Vitamin-E-Präparate über einen längeren Zeitraum eingenommen hatten. Für Multivitamin- und Vitamin C war keine Assoziation festzustellen. Ärzte sollten ihren Patienten, insbesondere den Rauchern, klar sagen, dass sie durch Vitamin-E-Präparate ihr Krebsrisiko auf keinen Fall senken würden, so die Autoren.

Quelle: *Am J Resp Crit Care Med 2008; 177: 524-530*

Frauen: Pille erhöht Plaquerisiko und CRP-Spiegel.

Belgische Forscher entdeckten, dass Frauen, die während eini-

ger Zeit orale Kontrazeptiva (OC) eingenommen haben, ein erhöhtes Risiko für Atherosklerose aufweisen. Von den 1301 in die Studie eingeschlossenen Frauen benutzten 27,4 Prozent aktuell OC, 81 Prozent hatten in der Vergangenheit mindestens ein Jahr die Pille verwendet. Das relative Risiko pro 10 Jahre Pillenanwendung betrug für Plaque der A. carotis 1,17 und der A. femoralis 1,28. Für die bilaterale Erkrankung lagen die Werte bei 1,42 (A. carotis) und 1,34 (A. femoralis). Im Weiteren stellten die Forscher fest, dass Pillenanwenderinnen einen dreimal höheren Spiegel des C-reaktiven Proteins (CRP) aufwiesen als Nicht-Anwenderinnen. Mehr als 50 Prozent der gesunden erscheinenden Frauen hatten hs-CRP-Level von > 3 mg/l und gehörten damit zur Hochrisikogruppe. Die Forscher gaben zu bedenken, dass ihre Resultate noch in weiteren Studien überprüft werden müssten.

Quelle: *Circulation 2007; 116: 16*

(Suppl.): Abstract 3537 und 3614

Genetik: Weiteres Gen für Katarakt bei Kindern gefunden.

Ein Forscherteam am Institut für Medizinische Genetik der Universität Zürich hat gemeinsam mit Kollegen der ETH Zü-

rich, der Universität Köln, des Inselspitals Bern und der Augenklinik Luzern ein weiteres Gen entdeckt, das Katarakte bei Kindern verursacht. Neu ist auch, dass dieser Gendefekt zusätzlich zu einer Glukosurie führen kann. Man vermutet, dass ein Defekt in diesem Gen den metabolischen Haushalt sowohl in der Augenlinse als auch in der Niere stört. Bis anhin wurden mehrere Gene identifiziert, die eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Linse oder Aufrechterhaltung ihrer normalen Funktion spielen. Während alle Mutationen in diesen bekannten Genen Kindheitskatarakt verursachen, sind bis heute die genetischen Faktoren für den altersbedingten grauen Star weitgehend unbekannt. Bei etwa 14 Prozent der sehbehinderten Kinder ist Katarakt die Ursache, der graue Star betrifft etwa jeden Zweiten im Alter über 60 Jahre. Quelle: *Pressemittteilung der Universität Zürich, 14. Februar 2008, und Am J Human Genetics 2008; 82 (3): 772-779*

HIV: Gel schützt nicht vor Infektion.

Unter Laborbedingungen hatte das von einer Hilfsorganisation entwickelte Vaginalgel Carra-guard die HIV-Infizierung verhindern können, es versagte

einfach unschlagbar

- ✓ beugt Entzündungen vor
- ✓ gesundes Zahnfleisch
- ✓ gegen Mundgeruch
- ✓ frischer Geschmack
- ✓ gegen Heiserkeit
- ✓ seit 100 Jahren
- ✓ gegen Aphthen
- ✓ hoch wirksam
- ✓ nachfüllbar



Schweizer Qualitätsprodukt; erhältlich in Apotheken und Drogerien

aber im Praxistest. In einem Versuch in Südafrika hatten sich während der drei Jahre lang laufenden Studie 134 Frauen in der Carraguard-Gruppe neu infiziert, in der Placebogruppe waren es 151 Frauen. Insgesamt hatten 6202 Frauen an der Studie teilgenommen; an alle waren auch Kondome verteilt worden. Nun arbeitet man an der Weiterentwicklung eines Gels, das neben Carraguard noch eine antiretrovirale Substanz enthält.

Quelle: pte 20. Februar 2008

IVF: Schlechte Spermienqualität bei IVF-Söhnen.

Mittels In-vitro-Fertilisation gezeugte Männer haben selbst ein Fruchtbarkeitsproblem. Wie das Magazin «GEO» in seiner Februar-Ausgabe berichtete, verfügen sie im Schnitt über eine 46 Prozent geringere Spermienkonzentration, deutlich weniger mobile Samenzellen und insgesamt 20 Millionen Spermien weniger pro Probe als ihre natürlich gezeugten Geschlechtsgenossen. Ausserdem kreist weniger Testosteron in ihrem Blut, und ihr Hodenvolumen ist etwas geringer. Die dänische Forscherin Dr. Tina Kold Jensen vom Rigshospitalet in Kopenhagen hatte Spermien- und Blutproben von 1925 jungen Männern untersucht, die zwischen 2001 und 2005 für den Wehrdienst gemustert wurden. 47 der Mütter gaben an, vor der Schwangerschaft eine Fruchtbarkeitsbehandlung gehabt zu haben, ihre Söhne wiesen durchweg die beschriebenen Defizite auf. Als Ursache kommen eisprungauslösende Hormone in Betracht, die sich relativ lange im Körper halten. In Tierversuchen hat sich gezeigt, dass diese Wirkstoffe bei Nachkommen zu Fehlbildungen des Uro-Genital-Traktes führen.

Quelle: Pressemitteilung des Magazins GEO, Originalpublikation:



Joggen: Professor Boecker instruiert einen der Läufer, die an der Endorphin-PET-Studie teilgenommen haben (Foto: H. Boecker, TU München).



Lebenserwartung: Sie war in ihrer Jugend womöglich gesünder, als es viele junge Menschen heutzutage sind (Foto: kk+, cc).

Am J Epidemiol 2007; 165 (5): 583–590

Joggen: Macht tatsächlich high.

Zwar sind viele schon seit Langem davon überzeugt, dass ausdauerndes Joggen die Stimmung durch Auslösen einer Endorphinausschüttung hebt, doch den Beweis lieferten Forscher der Technischen Universität München und der Universität Bonn erst jetzt. Sie konnten in einer bildgebenden Studie bei Athleten nach zweistündigem Joggen erstmalig eine erhöhte Ausschüttung von Endorphinen in bestimmten Gehirnregionen nachweisen. Ihre Ergebnisse sind auch für Patienten relevant, die unter chronischen Schmerzen leiden: Die körpereigenen Opiate werden nämlich auch in Hirnbereichen ausgeschüttet, die an der Unterdrückung von Schmerzen beteiligt sind. Joggen macht also nicht nur high, es kann unter Umständen auch Schmerzen lindern.

Quelle: *idw 3. März 2008 und Cerebral Cortex 2008, doi: 10.1093/cercor/bhn013*

Kardiologie: Erhöhte koronare Mortalität bei jungen Frauen.

Die Mortalitätsdaten US-amerikanischer Bürger im Mindestalter von 35 Jahren aus den Jahren 1980 bis 2002 ergaben insgesamt einen Rückgang kardiologisch bedingter Todesfälle: Die Mortalität aufgrund koronarer Herzerkrankungen (KHK) nahm bei Männern um 52 Prozent, bei Frauen um 49 Prozent ab. Wurden die Daten nach Altersgruppen analysiert, ergab sich jedoch ein anderes Bild. Bei den 35- bis 54-Jährigen nahm die durchschnittliche Jahresmortalität durch eine KHK nur noch anfangs ab und blieb zwischen 2000 bis 2002 fast konstant. Bei den Frauen dieser Al-

terskategorie zeigte sich zwischen 2000 und 2002 gar ein Anstieg um 1,5 Prozent, der jedoch statistisch nicht signifikant war. Ein signifikanter Anstieg der Mortalität um durchschnittlich 1,3 Prozent musste schliesslich bei den noch jüngeren Frauen (35 bis 44 Jahre) zwischen 1997 und 2002 festgestellt werden. Einen Hauptgrund dafür sehen die Forscher in der Zunahme kardiovaskulärer Risikofaktoren, vor allem als Konsequenz von Übergewicht. Quelle: *J Am Coll Cardiol 2007; 50: 2128–2132*

Lebenserwartung: Sinkende Aussichten auf ein langes Leben?

Auf der Basis von rund 500 Autopsien nach Verkehrsunfällen, Mord oder Selbstmord schliesst ein kanadisch-amerikanische Pathologenteam, dass die koronaren Herzerkrankungen in den USA nach einem leichten Rückgang seit der Jahrtausendwende wieder ansteigen. Als Gründe werden die zunehmenden Prävalenzen von Adipositas und Diabetes angenommen. Bereits im vergangenen Jahr hatte eine andere Gruppe berichtet, dass insbesondere bei jüngeren US-Bürgern zwischen 35 und 54 Jahren eine Zunahme der KHK-Todesfälle zu verzeichnen ist, während dies bei den Älteren nicht so war (s. oben unter dem Stichwort «Kardiologie»). Demnach wären die zurzeit 50-Jährigen weniger gesund als in der Generation zuvor, und sie dürften nicht mit einer gleich hohen Lebenserwartung rechnen wie ihre Eltern oder Grosseltern. Quellen: *Arch Intern Med. 2008; 168 (3): 261 und 264–270*

Monitoring: T-Shirt überwacht Atemfunktion.

Ein spezielles T-Shirt, das vom Fraunhofer-Institut für integrierte Schaltungen auf der Ce-

BIT in Hannover vorgestellt wurde, erfasst, wie schnell und stark sein Träger atmet. Mithilfe von Atembändern, zickzackförmigen Leiterbahnen, die über Brust und Bauch im T-Shirt integriert sind, wird bei jeder Dehnung des Brustkorbs ein elektrisches Signal abgegeben. Die Rohdaten werden zu einem kleinen Modul geleitet, das sie verarbeitet und zu einem tragbaren Mini-Computer (PDA) überträgt. Der Arzt kann diese Daten abrufen, um sich ein Bild über den gesundheitlichen Fortschritt des Patienten zu machen und gegebenenfalls Medikamente neu zu dosieren. Das System kann auch Alarm auslösen und über das integrierte Navigationssystem den Standort des Patienten übermitteln.

Quelle: Pressemitteilung anlässlich der CeBIT, 3. März 2008

Nierenkrebs: Höheres Risiko mit Hypertonie assoziiert.

Im Rahmen der EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) wertete man Daten von 296 638 Menschen aus acht verschiedenen europäischen Ländern aus. Während 6,2 Jahren erkrankten 250 Studienteilnehmer an Nierenkrebs. Studienteilnehmer mit einem systolischen Blutdruck von über 160 mmHg hatten im Vergleich zu Teilnehmern mit normalen oder niedrigen Blutdruckwerten ein 2,48-fach erhöhtes Nierenkrebsrisiko. Bei Patienten mit einem diastolischen Blutdruck von über 100 mmHg erhöhte sich das Risiko um das 2,34-Fache im Vergleich zu Personen mit Werten von unter 80 mmHg. Das höchste Risiko wiesen Teilnehmer mit Hypertonie trotz Medikamententherapie auf. Bluthochdruckpatienten, deren Blutdruck dagegen gut kontrolliert war und medikamentös gesenkt werden konnte, hatten im Vergleich zu unbehandelten Personen kein signifikant erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Quelle: *Am J Epidemiol 2008; 167: 438–446*

Olivenöl: Diskussion um Herzgesundheit.

Seit Jahren wird die mediterrane Ernährung und insbesondere das Olivenöl als Herzschutz empfohlen. Nun lösten Prof. Dr. Susanne Klumpp vom Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie der Universität Münster und ihr Kollege Prof. Josef Krieglstein erheblichen Medienwirbel aus. Zwar liess sich ein Zusammenhang zwischen mediterraner Kost und geringerer Herzinfarktrate statistisch eindeutig nachweisen, dass es aber ausgerechnet das

Olivenöl sei, das so gesundheitsfördernd wirke, sei niemals nachgewiesen worden. Vielmehr fanden die beiden Forscher aus Münster in Zellkultur-experimenten Anhaltspunkte dafür, dass Olivenöl das Atheroskleroserisiko eher steigern könnte. Meerschweinchen, die vier Monate lang mit einer öl-säurereichen Diät gefüttert wurden, hätten zwar keine Atherosklerose entwickelt, doch seien kleinere Herzen und geschädigte Herzmuskelzellen bei ihnen häufiger als in der Kontrollgruppe vorgekommen, heisst es in einer Pressemitteilung der Universität Münster. Die Schweizerische Herzstiftung reagierte mit einem Plädoyer für das Olivenöl: «Dieser Laborstudie stehen Untersuchungen bei grossen Bevölkerungsgruppen entgegen, die den Nutzen der Mittelmeerküche mit Olivenöl als Hauptfettlieferant belegen. Olivenöl ist im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung, wie sie die Bevölkerung in Mittelmeerländern kennt, für die Herz-Kreislauf-Gesundheit weiterhin empfehlenswert.» Im Grunde scheint man sich aber letztlich gar nicht so uneinig zu sein. Die beiden Forscher aus Münster wollen das Olivenöl nicht etwa verbieten, sie raten als Konsequenz ihrer Experimente schlicht zu einer ausbalancierten Zusammensetzung der Ernährung aus ungesättigten und gesättigten Fettsäuren.

Quelle: Pressemitteilungen der Universität Münster vom 23. Januar und der Schweizerischen Herzstiftung vom 20. Februar 2008

Prävention: Schrittzähler erhöht Aktivität und reduziert BMI und Blutdruck.

Der tägliche Gebrauch eines Schrittzählers führt zu mehr körperlicher Aktivität, einer Reduktion des BMI und des Blutdrucks. Dies zeigte die Analyse der Daten aus 26 Studien mit insgesamt 2767 Teilnehmenden in einem mittleren Alter von 49 Jahren. Der Schrittzähler wurde im Durchschnitt während 18 Wochen benutzt. Bei den Nutzern erhöhte sich die körperliche Aktivität gegenüber dem Ausgangswert im Durchschnitt um 2183 Schritte pro Tag ($p < 0,0001$) beziehungsweise um 26,9 Prozent. Eine wichtige Voraussetzung dafür war allerdings, dass vorher ein individuelles Ziel festgelegt wurde, wie zum Beispiel «10 000 Schritte pro Tag». Der BMI nahm bei den Nutzern des Schrittzählers um 0,38 ($p = 0,03$) ab, der systolische Blutdruck reduzierte sich um 3,8 mmHg. Dies erstaunte, da die Teilnehmenden zu Studienbeginn eher normotensiv waren. Ob es sich hier um einen



Risiko: Ginkgopräparate verzögern möglicherweise demenzielle Syndrome, doch es gibt auch Anhaltspunkte für ein erhöhtes Schlaganfallrisiko (Foto: mrhayata, cc).

über längere Zeit anhaltenden Effekt handelt, muss noch untersucht werden.

Quelle: JAMA 2007; 298: 2296–2304

Qualitätsarbeit: Weltweit erste Nierentransplantation bei Säugling.

Am Universitätsklinikum Tübingen wurde ein kleiner Junge im Alter von fünf Monaten gleich zweimal operiert: Zunächst erweiterte der Tübinger Kinderchirurg Professor Jörg Fuchs die Harnblase des Säuglings, der mit defekten Harnröhrenklappen und in der Folge schwer geschädigten Nieren zur Welt gekommen war. Sechs Wochen nach der Harnblasenerweiterung, mit einem Gewicht von 3,9 kg und einer Größe von 56 cm, transplantierte Professor Wolfgang Steurer gemeinsam mit dem Kinderchirurgen Dr. Philipp Szavay dem Säugling die Niere eines 4-jährigen Spenders. Inzwischen hat der Junge sein Gewicht mehr als verdoppelt. Dank intensiver Krankengymnastik holt er seinen motorischen Entwicklungsrückstand allmählich auf.

Quelle: idw, 27. Februar 2008

Risiko: Höheres Schlaganfallrisiko mit Ginkgopräparaten.

118 Personen im Alter von mindestens 85 Jahren mit normaler kognitiver Leistungsfähigkeit erhielten in einer doppelblinden Studie entweder ein Ginkgo-

präparat oder ein Placebo. Gemessen wurde die Steigerung des Clinical Dementia Score (CDR) von 0 auf 0,5. Nach 42 Monaten zeigte sich in der Gesamtauswertung keine Risikoverminderung für das Entwickeln demenzieller Symptome. Eine zweite Analyse, bei der die Compliance der Probanden überprüft wurde, ergab in der Ginkgogruppe ein um rund 70 Prozent vermindertes relatives Risiko für einen Anstieg des CDR und ein etwas geringeres Absinken der Gedächtnisleistung. Zu denken gibt den Autoren allerdings das höhere Risiko für transitorische ischämische Attacken (TIA) und ischämische Schlaganfälle in der Ginkgogruppe: 7 Probanden mit Ginkgo erlitten ein derartiges Ereignis, aber niemand in der Placebogruppe. Aufgrund der relativ kleinen Anzahl an Probanden seien definitive Aussagen aber noch nicht möglich, so die Autoren.

Quelle: Neurology 2008, doi: 10.1212/01.wnl.0000303814.13509.db, 27. Februar 2008

Stammzellähnlich: Zelluläre Alleskönner aus Monozyten.

Aus Venenblut gewonnene Monozyten können in vitro zu Zellen verschiedener Gewebstypen ausdifferenziert werden, die als Diagnostika oder für therapeutische Zwecke gleichermaßen einsetzbar sein sollen. Als therapeutische Hauptindikationen sieht Professor Fred Fändrich

von der Universitätsklinik in Kiel entzündliche Darmerkrankungen, Diabetes, Rheuma, Herzinfarkt, Lebererkrankungen sowie Nieren- und Lebertransplantationen.

Quelle: Pressemitteilung des Unternehmens Blasticon GmbH, 5. März 2008

Tuberkulose: Weltweit weiterhin ein grosses Problem.

Mit annähernd neun Millionen Neuinfektionen pro Jahr bleibt die Tuberkulose weltweit eines der schwerwiegendsten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Die bisher im Kampf gegen die Tuberkulose ergriffenen Massnahmen seien unbefriedigend, so die Lungenliga Schweiz anlässlich des Aktionstages «Stop TB» am 24. März 2008. Auch wenn sich die Anzahl der Neuinfektionen allmählich zu stabilisieren scheint, erschweren die zunehmenden HIV-Infektionen und Tuberkuloseerreger, die gegen die Standardbehandlung resistent sind, die Bemühungen zur Eindämmung der Tuberkulose.

Quelle: Pressemitteilung der Lungenliga Schweiz zum Tuberkulosestag am 24. März 2008

Uhrenzellen: Fibroblasten in der Haut machen das Licht an und aus.

Ob jemand ein Frühaufsteher oder ein Morgenmuffel ist, kann man in den Fibroblasten der Haut sichtbar machen. Ein Team aus Berliner und Zürcher Forschern entnahm Hautbiopsien von 28 freiwilligen Spendern, darunter auch extreme Früh- oder Spätaufsteher. Sie brachten ein biolumineszentes Gen in die Zellen ein und massen deren Leuchtaktivität: Diese war je nach zirkadianer Phase mehr oder weniger stark. Durch Helligkeitsmessungen wurde die Länge der zirkadianen Periode bestimmt. Extreme Frühaufsteher weisen die kürzesten Perioden auf, extreme Morgen-

muffel die längsten. Die meisten Probanden lagen im Mittelfeld. Quelle: PNAS 2008, 105 (5): 1602–1607

VDA: Neues Wirkprinzip gegen solide Tumoren in klinischen Studien.

Vascular Disruption Agents (VDA) blockieren die Durchblutung solider Tumoren und schneiden sie so von der Versorgung mit Sauerstoff und anderen für das Wachstum notwendigen Substanzen ab. Nach CA4P und AS1404 geht nun mit BNC105 ein weiterer Wirkstoff in die klinische Studienphase. Quelle: Pressemitteilung des Unternehmens Bionomics Limited, 26. Februar 2008

Wundheilung: Besser mit wassergefiltertem Infrarotlicht.

Wassergefiltertes Infrarot A (wIRA), eine spezielle Form der Wärmestrahlung, vermag sowohl bei akuten als auch bei chronischen Wunden die Wundheilung zu beschleunigen beziehungsweise bei chronischen nicht heilenden Wunden eine Wundheilung doch noch zu ermöglichen. Auch die Wundschmerzen sollen deutlich gemindert werden. Eine erhöhte Wundsekretion und Entzündung wird nach den Resultaten mehrerer Studien vermindert, und positive immunmodulierende Effekte sind nachweisbar. Quelle: Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AMWF, 6. März 2008, und www.egms.de

XY: Testosteronspiegel und Mortalitätsrisiko.

Männer mit einem initial höheren endogenen Testosteronspiegel wiesen in einer Studie mit 11 606 Teilnehmern im Alter von 40 bis 79 Jahren (1) nach bis zu 10 Jahren eine geringere Gesamtmortalität, kardiovaskuläre Mortalität und Mortalität aufgrund von Tumoren auf. Insgesamt kam es zu 825 Todesfällen (alle Ursachen). Im Vergleich zu Männern mit einem endogenen Testosteronspiegel von 12,5 nmol/l oder weniger wiesen solche mit einem Spiegel von mindestens 19,6 nmol/l eine um 41 Prozent geringere 10-Jahres-Mortalität auf. Pro Zunahme um 6 nmol/l nahm das Mortalitätsrisiko um 14 Prozent ab. Die Daten wurden für die Auswertung hinsichtlich Faktoren wie Alter, BMI, systolischer Blutdruck, Cholesterinspiegel, Rauchen, Diabetes und so weiter abgeglichen. Entgegen bisherigen Befürchtungen im Zusammenhang mit einer Testosteronsup-

plementation wiesen die Männer mit höheren Testosteronspiegeln keine erhöhte Rate an Prostatakarzinomen auf. Die Forscher wiesen darauf hin, dass es jedoch noch weitere Untersuchungen brauche, um eine Testosteronsupplementation bei Männern mit tiefen Spiegeln zu empfehlen. Kürzlich wurde eine plazebokontrollierte Studie publiziert, wonach bei älteren, gesunden Männern zwischen 60 und 80 Jahren kein echter Gewinn durch eine Testosterongabe besteht, selbst wenn ihr Hormonwert etwas unter dem Altersdurchschnitt liegt (2).

Quellen: (1) Circulation 2007; 116: 2694–2701, (2) JAMA 2008; 299: 39–52

Zuckerkrankheit: ACCORD-Studie abgebrochen.

Die ACCORD-Studie (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes), ein Vergleich der Auswirkungen eines HbA_{1c}-Werts unter 6 Prozent mit einem Wert zwischen 7 und 7,9 Prozent, wurde vorzeitig abgebrochen. Die Studie mit mehr als 10 000 Teilnehmern sollte Auskunft darüber geben, ob Diabetiker mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen von einem HbA_{1c}-Wert unter 6 Prozent profitieren. Frühere Studien hatten eine solche Vermutung nahegelegt. Nachdem eine Zwischenauswertung ergeben hatte, dass bei derart tiefen HbA_{1c}-Werten 257 Patienten starben, bei höheren Werten dagegen nur 203 Patienten, wurde die ursprünglich bis Juni 2009 angelegte Studie sofort abgebrochen und alle Patienten auf moderat niedrige HbA_{1c}-Werte über 7 Prozent eingestellt. Eine Absenkung des Blutzuckers auf Werte nahe am Normalbereich scheint für Diabetiker aber trotzdem sicher und nicht mit Komplikationen verbunden zu sein. So ergab eine Zwischenauswertung der ADVANCE-Studie (Action in Diabetes and Vascular Disease) keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko bei mässig erniedrigtem Blutzucker. Die Fünf-Jahres-Studie ADVANCE ist die bis anhin weltweit grösste zur Diabetesbehandlung (über 11 000 Teilnehmer) mit einem HbA_{1c}-Zielwert unter 6,5 Prozent. «Das ist eine gute Nachricht für die Menschen mit Diabetes, die sich um Blutzuckerwerte nahe an der Norm bemühen und die durch Meldungen über ACCORD verunsichert waren», kommentierte Professor Eberhard Standl vom Berufsverband Deutscher Internisten und Präsident der Deutschen Diabetes-Union.

Quelle: www.internisten-im-netz.de, 22. Februar 2008



Stammzellähnlich: Der Kieler Professor Fred Fändrich hat eine Methode patentieren lassen, mit der aus Blut-Monozyten andere Gewebstypen gewonnen werden können (Foto: obs/Blasticon).

Stress im Job und KHK

Lebensstil und neuroendokrine Effekte vermitteln negative Stresswirkung

(red) Stress am Arbeitsplatz steigert das Risiko der koronaren Herzkrankheit, doch man weiss bis anhin wenig Gesichertes, welche Ursache-Wirkungs-Beziehungen dahinter stecken. Britische Epidemiologen glauben, dass rund ein Drittel der stress-assoziierten KHK-Fälle zu gleichen Teilen auf neuroendokrine Stresseffekte und indirekt auf einen stressbedingten ungesunden Lebensstil zurückzuführen sei.



Stress im Job kann das KHK-Risiko erhöhen, über die physiologischen Mechanismen weiss man noch wenig (Foto: TK).

Nach durchschnittlich zwölf Jahren ist das KHK-Risiko bei stressgeplagten Büroangestellten – Männern wie Frauen – um rund zwei Drittel höher als bei ihren nicht gestressten Kolleginnen und Kollegen. Der Stress schlägt bei unter 50-Jährigen offenbar stärker auf das Herz als bei älteren Berufstätigen. So steht es in der neuesten Publikation* zum Whitehall-II-Kollektiv (s. Infokasten).

Die wichtigste neue Erkenntnis sei, dass man nun auch physiologische Verbindungsmechanismen zwischen Arbeitsstress und KHK gefunden habe, so Dr. Taranj Chandola in einer Presseerklärung der European Society of Cardiology. Der Effekt wird demnach sowohl direkt durch neuroendokrine Signalwege als auch indirekt durch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen vermittelt. Insgesamt ein Drittel des Stresseffekts bezüglich der KHK könne man so erklären, schreiben die Autoren der Studie.

Die neuroendokrine Wirkung besteht in einer Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse: Die Herzfrequenz war bei den Gestressten im Durchschnitt weniger variabel, was für eine vermehrte sympathische (Stress-)Aktivierung des Herzens spricht, während der Vagustonus abgeschwächt ist. In der Hoffnung, auch über das Stresshormon Cortisol einen physiologischen Beweis der Folgen von Ärger und Überlastung im Job zu finden, wurde der Cortisolspiegel im Speichel kurz nach dem Aufstehen bestimmt (dieser ist bei Stress erhöht). Eine gute Korrelation mit den ursprünglichen Angaben zum Arbeitsstress (diese wurden im Durchschnitt 12 Jahre zuvor erhoben)!

fand sich, wenig überraschend, nicht. Zusätzliche Vergleiche mit der tatsächlichen Stresssituation in der Gegenwart sollen hier aber doch einen Zusammenhang zeigen, der in der Publikation allerdings nicht weiter ausgeführt wird. Insgesamt schreiben die Autoren den neuroendokrinen Effekten einen Anteil von 16 Prozent an der Erhöhung des KHK-Risikos zu. Ein stressbedingter, ungesunder Lebensstil sei genauso wichtig für die Steigerung des KHK-Risikos. Wer Stress im Job hatte, rauchte häufiger, ass weniger Obst und Gemüse und bewegte sich weniger – im Alkohol suchte man aber offenbar keinen Trost (oder gab es nicht zu). Entgegen den Erwartungen wurde von den Gestressten ein geringerer Alkoholkonsum angegeben als von ihren entspannten

Kollegen. Als Spiegelbild der ungesunden Lebensweise waren die Anzeichen des metabolischen Syndroms bei den Gestressten insgesamt häufiger zu verzeichnen.

Die Fragestellung nach den Mechanismen einer Beziehung zwischen Stress und KHK bleibt auch nach dieser Studie noch grösstenteils unbeantwortet: Wenn ungefähr 32 Prozent des Arbeitsstresseffekts auf das KHK-Risiko bestimmten Verhaltensweisen und neuroendokrinen Signalwegen zugeordnet werden können, was steckt dann hinter den restlichen 68 Prozent?

*Chandola T. et al.: Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J* 2008; doi: 10.1093/eurheartj/ehm584

Info

Die Whitehall-Studien

Vor 40 Jahren begann die erste Whitehall-Studie, eine Langzeitbeobachtung britischer Staatsangestellter mit Bürotätigkeiten – daher der Name «Whitehall», nach dem Londoner Regierungsviertel. 18 000 Männer umfasste die Studie, die unter Arbeitsmedizinern als eine der bedeutendsten epidemiologischen Untersuchungen gilt.

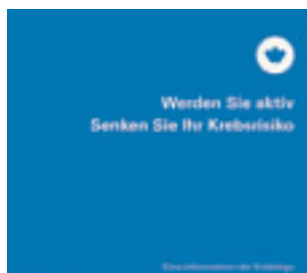
Sie räumte unter anderem mit dem Ende der Sechzigerjahre gängigen Mythos auf, dass ein «Chef» aufgrund seiner höheren Verantwortung und zuweilen auch deutlich höheren Arbeitsbelastung eher Gefahr laufe, einen Herzinfarkt zu erleiden als ein einfacher Angestellter. Das Gegenteil war der Fall: Männer in den unteren Besoldungsgruppen leiden häufiger an kardiovaskulären Erkrankungen, und sie werden auch nach der Pensionierung nicht so alt wie ihre Vorgesetzten. Allfällige schichtenspezifische Unterschiede im Lebensstil zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen konnten diesen Effekt nicht erklären.

1985 begann die Nachfolgestudie Whitehall II mit dem Ziel, dem Zusammenhang zwischen Stress im Beruf und KHK auf den Grund zu gehen. Rund 10 000 Büroangestellte aller Hierarchiestufen im britischen Staatsdienst wurden in diese Studie eingeschlossen. Während man bei Whitehall I sich noch ausschliesslich den Männern widmete, sind rund ein Drittel des Kollektivs in Whitehall II Frauen.

Bisher wurden über 170 Publikationen über das Whitehall-II-Kollektiv verfasst, und die Studie ist noch nicht beendet, sondern sie läuft bis 2009, wenn zwei Drittel der Probanden im Ruhestand sein werden. Zu den wichtigsten Erkenntnissen gehört beispielsweise, dass eine hohe Arbeitsbelastung per se nicht stressig sein muss, sondern dass Faktoren wie selbstbestimmtes Arbeiten, klare Verantwortlichkeiten und eine gut funktionierende Kommunikation mit Vorgesetzten und Kollegen viel bedeutender sind.

Weitere Informationen: www.ucl.ac.uk/whitehallII/index.htm

Patientenratgeber



Onkologie

Krebsrisiken mindern

Man schätzt, dass etwa ein Drittel der Krebserkrankungen durch Verhaltensänderungen und das Vermeiden bestimmter Risiken verhindert werden könnten. Die neue Broschüre «Werden Sie aktiv – Senken Sie Ihr Krebsrisiko» der Krebsliga gibt Anregungen, wie das Krebsrisiko möglichst ge-

ring gehalten werden kann. Ausserdem können Leser und Leserinnen mit Hilfe eines Selbsttests eine persönliche Standortbestimmung machen und herausfinden, wie sie ihr individuelles Krebsrisiko senken können. Die Broschüre informiert darüber hinaus, bei welchen körperlichen Veränderungen und andauernden Be-

schwerden ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht werden sollte.

Die Broschüre kann bei der Krebsliga Schweiz (Tel. 0844-85 00 00 oder shop@krebisliga.ch) sowie über jede kantonale Krebsliga kostenlos bestellt werden und steht auch auf der Website der Krebsliga zum Download zur Verfügung (www.krebisliga.ch).

Essen ist Gefühlssache

Warum Ernährungskampagnen so wenig bringen

(rbo) Mit unzähligen Ernährungsratgebern, Kampagnen und Diätvorschlägen versucht man seit gut 50 Jahren, die mehr als wohlgenährte Bevölkerung in den Industrienationen von gesundem Essen zu überzeugen. Erfolge sind indes kaum zu verzeichnen. Am Atherosklerose-Update in Bern erläuterte Professor Volker Pudiel von der Universität Göttingen, warum das so ist.

«Essverhalten ist ein emotionales Verhalten, darum muss man auch emotional herangehen, alles Kognitive hat keine Wirkung», resümierte Volker Pudiel seine jahrzehntelangen Erfahrungen als Ernährungsfachmann: «Wissen ist vermittelt worden, aber es hat nicht dazu geführt, dass die Menschen anders essen – aber häufig essen sie das, was sie essen, mit schlechtem Gewissen.»

Schon Kinder wissen ganz genau, was gesund ist. So legten Pudiel und sein Team fast 3000 deutschen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 16 Jahren Lebensmittelkärtchen mit der Aufgabe vor, diese nach verschiedenen Kriterien zu sortieren: Was ist gesund? Was ist ungesund? Was esse ich gerne und was nicht? Die von den jungen Probanden aufgestellten Ranglisten sprechen eine deutliche Sprache: Die Kinder wissen ganz genau, was gesund ist – nur essen mögen sie es nicht. Was nicht so gesund ist, wissen sie natürlich auch, doch das sind ihre Lieblings Speisen.

Auch in der Schweiz wissen gerade die jungen Konsumenten sehr wohl, dass Fast Food dick machen kann (und essen es trotzdem). Ebenso glauben die meisten Schweizerinnen und Schweizer schon zu wissen, was hinsichtlich Ernährung, Bewegung und Körpergewicht gut für sie ist. Dies ergab eine Umfrage im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vor etwa einem Jahr. Dass man wider besseres Wissen trotzdem zu viel auf die Waage bringt, mag nicht zuletzt an einem gewissen Selbstbetrug liegen: Die meisten hierzulande meinen, dass sie sich ausreichend bewegen, dass aber die Schweizer insgesamt das nicht tun. Das Gleiche gilt für die gesunde Ernährung – falsch machen es immer nur die anderen.



Professor Karl G. Hofbauer (links) und Professor Volker Pudiel am X. Atherosklerose Update Meeting in Bern

Für Volker Pudiel dürften diese Resultate kaum erstaunlich sein: «Es sind nicht die Tatsachen, die menschliches Verhalten beeinflussen, sondern es sind die Meinungen, die sich Menschen über Tatsachen bilden», sagte er in Bern. Längst weiss man, welche Nährstoffe der Organismus braucht, doch das Essverhalten wird primär nicht durch den objektiven Bedarf des Körpers gesteuert, sondern durch Bedürfnisse und Motive: Essen macht Spass, Essen tröstet, Essen wird nicht zuletzt vom Angebot bestimmt. Wer ständig und überall mit Kalorienbomben und günstigen Grosspackungen konfrontiert wird, kommt fast gar nicht umhin, zu viel zu essen.

«Ernährung» ist nicht sexy

Das gebetsmühlenhafte Anpreisen der «gesunden Ernährung» bewirkt eher das Gegenteil: Bereits heute rufe das Adjektiv «gesund» bei vielen Kindern spontan Aversionen gegen die betreffenden Lebensmittel hervor, sagte Pudiel und riet Eltern, gesundes Essen lieber kommentarlos aufzutischen. Auch viele Erwachsene assoziieren mit dem Begriff «Ernährung» eher wenig Genussvolles wie «fettarm» und «nicht dick werden». Fragt man hingegen nach dem «Essen», fallen Begriffe wie «Gemütlichkeit», «satt werden» und «guter Geschmack». Nicht zuletzt aus diesem Grund bezeichne sich die Deutsche Gesellschaft für Ernährung in ihrem Leitbild mitt-

lerweile als «Ihr Partner für Essen und Trinken!», berichtete Pudiel.

Mehr Schicksal als Schuld

Lange Zeit galten Statements wie «Ich esse fast nichts ...», «Meine Mutter ist auch dick ...», «Ich bin halt ein guter Futterverwerter ...», «Sie sollten einmal meine Drüsen untersuchen ...» und der «starke Knochenbau» als faule Ausreden gefrässiger Mitmenschen. Seit rund zehn Jahren wissen Ernährungsforscher aber, dass bis auf den «starken Knochenbau» doch etwas daran ist. Adipositas sei mehr Schicksal als Schuld, sagte Volker Pudiel, weil die Wechselwirkung evolutionsgenetischer Dispositionen und moderner Lebensbedingungen die Voraussetzungen schaffe, unter denen Übergewicht entsteht.

Und in der Tat wiegt unser genetisches Erbe schwer. Professor Karl Hofbauer vom Biozentrum der Universität Basel erläuterte in Bern die zentralen und peripheren Regulationsmechanismen des Appetits. Unser Organismus ist genetisch auf einen äusserst sparsamen Umgang programmiert: Wir können in kurzer Zeit viel essen und als Fett speichern. Überdies werde jedes einmal erreichte Gewicht durch Gegenregulation verteidigt, sagte Hofbauer. Das erschwert nicht nur das Abnehmen, sondern der Körper versucht nach einer Hungerperiode, den Sollwert vor dem Fasten möglichst rasch

wieder zu erreichen – der altbekannte Jojo-Effekt. Um die Gegenregulation möglichst niedrig zu halten, sei es darum sinnvoller, langsam das Gewicht zu reduzieren. Wie lange es dauert, bis ein neues Gewicht als Sollwert akzeptiert wird, weiss man nicht genau, doch seien es sicher viele Monate, sagte Hofbauer.

Normalerweise sollten hormonelle Regelkreise dafür sorgen, dass wir nur Appetit haben, wenn wir auch tatsächlich Nahrungsnachschub brauchen. Anfang der Neunzigerjahre entdeckte man beispielsweise das Hormon Leptin, das – von Fettzellen produziert – im Hypothalamus bindet und dort den Appetit dämpft. Bei Übergewichtigen ist dieser Regelkreis jedoch längst ausgehebelt. Sie haben permanent hohe Leptinspiegel, aber bei Dauererregung schaltet sich zwangsläufig jeder Rezeptor einmal ab: Leptinresistenz ist die Folge. Ein anderes Beispiel für den Einfluss des Körpergewichts auf die physiologische Appetitregulation kennt man vom Ghrelin, das in der Magenschleimhaut produziert wird. Neben anderen Effekten regt Ghrelin den Appetit an, sein Serumspiegel fällt nach den Mahlzeiten ab. Das gilt auch für Übergewichtige, nur geschieht dies auf einem generell höheren Konzentrationsniveau. Dies bleibt auch nach einer Gewichtsreduktion so und könnte ebenfalls ein Grund dafür sein, warum es so schwierig ist, das

niedrigere Gewicht auch auf Dauer zu halten.

Alles eine Frage der Gewohnheit

Ein Freibrief für ungebremstes Dickerwerden ist das genetische Schicksal trotzdem nicht. Übergewichtige dürften ihr Problem zwar nicht als schuldhaftes Versagen erleben, so Pudiel, aber sie müssten neue Ernährungsgewohnheiten trainieren. Kalorienzählerei hält Pudiel für einen «Therapiefehler», weil man damit zwar abnehmen, das Gewicht auf Dauer aber nicht halten könne. Vielmehr gelte es, beim Essen und Trinken auf die Zusammensetzung der Lebensmittel zu achten, Stressmanagement und flexible Verhaltenskontrolle zu erlernen und zu akzeptieren, dass es nicht auf die Gewichtsabnahme, sondern die langfristige Stabilisierung des Gewichts ankommt.

Interessanterweise ergaben Ernährungstagebücher, die in Deutschland von über 200 000 Probanden eine Woche lang geführt wurden, dass Normalgewichtige und Übergewichtige bei der Kalorienzahl gar nicht so weit auseinander lagen, wohl aber bei der Qualität der Lebensmittel: Je höher der Body-Mass-Index, desto höher lagen Fett- und Zuckerkonsum und desto weniger wurden komplexe Kohlenhydrate konsumiert. Pudiel empfahl eine kohlenhydratreiche, fettbewusste Ernährung. «Low carb», wie es vor Kurzem wieder einmal in Mode war, führt nach seinen Studienerfahrungen hingegen zu sehr hohen Abbrecherquoten, jedenfalls in Deutschland: Spiegeleier mit Speck ohne Brot zum Frühstück seien eben nicht jedermanns Sache, auch wenn die Diät bei einigen tatsächlich funktioniert. Die schnellere Gewichtsabnahme bei «Low Carb» spielt bereits nach einem Jahr keine Rolle mehr, und eine solche Ernährung sei für den Rest des Lebens sowieso nicht geeignet, zumal wegen des weitgehenden Verzichts auf Obst und Gemüse.

X. Atherosklerose Update Meeting in Bern

Spezifische Immuntherapie gegen Heuschnupfen

Falls die medikamentöse Symptomenkontrolle nicht ausreicht

(rbo) Die spezifische Immuntherapie ist bei verschiedenen Allergien eine therapeutische Option. Über die Erfolgsaussichten bei Heuschnupfen informierte Dr. med. Benno Schnyder vom Inselspital am Fortbildungsnachmittag «Saisonale Allergien» in Bern.

Bei leichten Heuschnupfenbeschwerden, die nur an wenigen Tagen störend in Erscheinung treten, genüge in der Regel eine Bedarfsbehandlung mit oralen und/oder topischen Antihistaminika, sagte Dr. Benno Schnyder, Oberarzt an der Allergologie am Inselspital Bern, an der Fortbildung «Saisonale Allergien». Bei stärkeren beziehungsweise über viele Tage andauernden Beschwerden empfahl er nasale Kortikosteroide, gegebenenfalls in Kombination mit Antihistaminika. Schnyder wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass beim Gebrauch der Nasensprays «unglaublich oft» Fehler gemacht würden, sodass man dem Patienten diesen ganz genau erläutern sollte. Auch riet er dazu, gleich eine Nasensalbe gegen die bei Kortikoidsprays



Foto: photojenni, cc

häufige Nebenwirkung trockener Schleimhäute mitzugeben. Nur wenn man die Heuschnupfensymptome medikamentös nicht in den Griff bekommt, sollte man eine Desensibilisierungstherapie erwägen (SIT = subkutane Immuntherapie). Schnyder riet ausdrücklich dazu, zuvor etwa ein Jahr lang die Effekte der medikamentösen Therapie zu beobachten. Der Beginn einer SIT muss gut überlegt sein, denn die langwierige Therapie erfordert eine sehr gute Patientencompliance über Monate und Jahre. Die Zusammenarbeit mit einem Allergologen ist empfehlenswert, denn die Identifikation der relevanten Allergene sei nicht trivial und eine sorgfältige Erfolgskontrolle der SIT unbedingt notwendig – nicht zuletzt aufgrund der relativ dünnen Datenlage zum Wirksamkeitsnachweis der SIT bei Heuschnupfen.

Datenlage eher dürftig

In der Tat ist die Wirksamkeit der SIT für die saisonale Pollinose weniger gut dokumentiert als viele glauben. Zwar bescheinigte im letzten Jahr eine Cochrane-Metaanalyse* die Wirksamkeit der spezifischen Immuntherapie – Heuschnupfensymptome und Medikamentenbedarf werden verringert, die Lebensqualität erhöht –, doch waren die meisten Studien mit methodischen Mängeln behaftet. Die Cochrane-Publikation zur subkutanen SIT schloss insgesamt 51 Studien ein, aber nur 15 davon erfüllten tatsächlich strenge Kriterien hinsichtlich der Symptomreduktion. Schuld an dieser relativ schlechten Studienlage tragen aber nicht etwa schlampige Forscher oder geizige Sponsoren, sondern sie liegt in der Natur der Sache. So neigen insbesondere die besonders schwer betroffenen Heuschnupfenpatienten zum vorzeitigen Abbrechen einer Studie, und obendrein hat man in der Regel keine eindeutigen Basiswerte für das Abschätzen des tatsächlichen Therapieerfolgs. Wollte man eine klinische Studie zur SIT bei Heuschnupfen ganz sauber durchführen, müsste man theoretisch erst einmal alle Patienten ein Jahr lang ohne Behandlung beobachten, um zu sehen, wie der natürliche Verlauf ist, erläuterte Schnyder. Da dies jedoch schlicht unmöglich ist, sei die individuelle Erfolgs-

kontrolle bei jedem einzelnen Patienten umso wichtiger.

Erfolgsaussichten

Man dürfe den Patienten auf keinen Fall versprechen, dass eine SIT alle Heuschnupfensymptome beseitigen wird, doch die meisten Betroffenen seien bereits sehr zufrieden, wenn ihre Symptome dadurch seltener oder weniger gravierend werden, sagte Professor Werner J. Pichler, Chefarzt an den Kliniken für Rheumatologie und klinische Immunologie/Allergologie am Inselspital in Bern. Eine SIT sei im Übrigen auch bei einem 50-Jährigen, der sich erst seit wenigen Jahren mit Heuschnupfensymptomen plagt, durchaus Erfolg versprechend, ergänzte Benno Schnyder. Man könne sie sich aber vermutlich sparen, wenn jemand bereits seit 20 Jahren unter Pollinose leide.

Ob eine SIT gegen Heuschnupfen die Allergieausweitung tatsächlich verhindert, mithin eines der wichtigsten Argumente für das Durchführen einer Hyposensibilisierung, weiss man im Grunde noch nicht so ganz sicher. Langzeitstudien erlauben hierzu bis anhin keine sauberen Aussagen, sehr wahrscheinlich sei aber trotzdem die Vermeidung eines «Etagenwechsels» mithilfe der SIT, sagte Schnyder.

«Grastabletten»

Seit etwa zwei Jahren gibt es auch die Möglichkeit einer Desensibilisierung gegen Gräserpollen mithilfe sublingualer Tabletten (SLIT = sublinguale Immuntherapie). Im Gegensatz zur subkutanen Injektion, die vom Arzt in einer Praxis oder Allergieambulanz mit entsprechenden Voraussetzungen für Notfallmassnahmen im Falle einer anaphylaktischen Reaktion durchgeführt wird, kann man die «Grastablette» zu Hause einnehmen. Nur die erste Einnahme erfolgt unter ärztlicher Aufsicht. Aber auch bei der oralen Desensibilisierung gegen Heuschnupfen müssen die Patienten lange durchhalten: Die Behandlung muss mindestens acht Wochen vor der Gräserpollensaison starten und erfolgt über die gesamte Saison hinweg. Ein Nutzen der SLIT wurde bis anhin nur bei Pa-

Info 2

Spezifische Immuntherapie (SIT)

Bereits 1911 veröffentlichte Leonard Noon die erste kontrollierte Studie zur SIT bei Pollinose. Erst in den neueren Therapieempfehlungen der WHO, der European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) und nationaler Allergologengesellschaften wie DGAI und SGAI (Deutsche bzw. Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie) wird die SIT als kausale Therapie der allergischen Rhinokonjunktivitis und bei bestimmten Formen des allergischen Asthma bronchiale anerkannt. Durch die SIT kommt es unter Beteiligung regulatorischer T-Lymphozyten zu einer funktionellen Umorientierung und einer Toleranzentwicklung allergenspezifischer T-Lymphozyten, was schliesslich zu einer Abschwächung der allergischen Reaktion führt. Neben der etablierten Therapie bei Bienen- und Wespengiftallergie ist die SIT eine anerkannte Methode zur kausalen Behandlung der allergischen Rhinokonjunktivitis. Die Erfolge sind um so besser je schmäler das Allergenspektrum, je jünger der Patient und je milder die Erkrankung ist.

Quelle: Willer G.: Behandlungsprinzipien bei Pollenallergien. Notfall & Hausarztmedizin 2005; 31: 76–78.

tienten mit mildem Heuschnupfen gezeigt, und über die Langzeitwirkung weiss man noch wenig.

*Calderon M.A.: Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD001936. DOI: 10.1002/14651858.CD001936.pub2

Fortbildungsveranstaltung «Allergie Aktuell 2008: Saisonale Allergien», Inselspital Bern, 28. Februar 2008

Info 1

Pollinose in der Schweiz

Man schätzt, dass rund 1 Million Menschen in der Schweiz unter Heuschnupfen leiden. Heuschnupfen kann die Lebensqualität massiv einschränken. Dies bestätigte im vergangenen Jahr eine europaweite Umfrage, in der 3560 Patienten aus elf europäischen Ländern befragt wurden, unter ihnen auch gut 200 Betroffene aus der Schweiz.

Mehr als ein Drittel der Befragten gab in der Umfrage an, durch den allergischen Schnupfen im Alltag stark beeinträchtigt zu sein. Zwei von drei Befragten fühlten sich mässig oder stark in ihrem emotionalen Befinden gestört, vier von fünf sind am Morgen nicht ausgeruht, weil die Schlafqualität unter dem Heuschnupfen leidet. Als besonders störend wurden folgende Symptome genannt: laufende Nase, Niesen, entzündete Augen, Müdigkeit, Atemprobleme und verstopfte Nase. Fast jede vierte befragte Person gab bei den Beschwerden einen hohen Schweregrad an. Zwei Drittel der Betroffenen sagte, dass sie länger als einen Monat und an mindestens vier Tagen pro Woche von Heuschnupfensymptomen geplagt werden. Für jeden Vierten ziehen sich die Symptome bis in den Herbst hin. Im Schnitt begeben sich die Betroffenen dreimal pro Jahr wegen ihres allergischen Schnupfens in ärztliche Behandlung.

Quelle: aha! Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma, www.ahaswiss.ch

Herzinfarkt bei Frauen

Behandlung kaum mehr schlechter als bei Männern

(red) Herzinfarkt galt lange Zeit als «Männerkrankheit», sodass Frauen häufig ungenügend behandelt wurden. Gemäss neuer Daten des Euro Heart Survey on acute Heart Failure soll sich das verbessert haben.

Es bestehen grosse Unterschiede in Risikoprofil und klinischen Charakteristika beim Herzinfarkt von Männern und Frauen. So sind Frauen bei einem Herzinfarkt im Durchschnitt 75 Jahre alt und damit 6 Jahre älter als Männer. Der bei Männern weit verbreitete Risikofaktor Rauchen (60%) besteht bei ihnen nur in rund 16 Prozent der Fälle. Herzinfarktpatientinnen haben weniger KHK (43% vs. 69%), aber häufiger Bluthochdruck und Herzklappenerkrankungen als Männer.

Bei einem Drittel der Patienten geht bei beiden Geschlechtern ein akutes Koronarsyndrom dem Herzinfarkt voraus. Herzklappenprobleme, Arrhythmien und insbesondere Vorhofflimmern sind bei Frauen hingegen häufiger.



Die medikamentöse Behandlung von Herzinfarktpatientinnen in Europa sei gut, und man könne hierbei keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Behandlung von Männern und Frauen feststellen, sagte Professor Markku S. Nieminen vom Universitätsspital Helsinki am Kongress der European So-

ciety of Cardiology (ESC) in Wien. Allerdings erfolgen bei Frauen weniger Angiografien (31% vs. 40%). Auch invasive Therapien wie Ballonkatheter oder andere koronare Interventionen werden bei Frauen seltener durchgeführt. Dieser Unterschied könnte auf den unterschiedlichen Risikoprofilen und

Begleitsymptomen beruhen, so Nieminen.

Zurückhaltung bei invasiven kardiologischen Massnahmen

Dass der zurückhaltende Einsatz invasiver kardiologischer Massnahmen für die Frauen nicht unbedingt ein Nachteil sein muss, schilderte die schwedi-

sche Professorin Eva Swahn vom Universitätsspital Linköping. Sie stellte Daten vor, die in der Tat einen zurückhaltenden Einsatz invasiver kardiologischer Massnahmen bei Frauen nahelegen: 184 Patientinnen mit akuten koronaren Symptomen ohne ST-Erhöhung (NSTEMI/ACS) wurden in zwei Gruppen randomisiert. Entweder erfolgte eine frühe Routineangiografie mit allfälliger Revaskularisation innert sieben Tagen oder man wartete ab und angiografierte nur bei Anginasymptomen. Endpunkte waren Tod, Myokardinfarkt, schwere Angina, Blutungen und Hirnschlag nach zwei Jahren. Nach einem Jahr waren 8 Patientinnen in der Gruppe mit früher Intervention verstorben, in der anderen 1 Patientin. Der Unterschied bestand auch noch nach zwei Jahren Follow-up. Diese alarmierenden Daten aus einer zugegebenermassen sehr kleinen Studie müssten zum Anlass für eine grosse randomisierte Studie genommen werden, um die Sicherheit und Wirksamkeit einer frühen invasiven Koronarintervention bei Frauen abzuklären, forderte Swahn.

Katzenhalter haben kleineres KHK-Risiko Hundehalter auch

(mz) Dass die geliebten Haustiere gut fürs Gemüt sind, weiss jeder, der sein Heim mit Hund oder Katze teilt. Doch sie sollen auch das KHK-Risiko mindern.

Auch wenn epidemiologische Studien bekanntlich keine klaren Ursache-Wirkungs-Beweise liefern können, wird es Tierfreunde sicher freuen, dass Katzenhalter ein niedrigeres KHK-Risiko haben als Menschen ohne Sofa. Die amerikanische NHANES-II-Studie (National Health and Nutrition Examination Study) gehört wie so viele epidemiologische Studien zu den zuverlässig sprudelnden Publikationsquellen für alle Arten von Assoziationsanalysen. Dr. Adnan Qureshi vom Minne-



Foto: ganessas, cc

sota Stroke Institute hat nun anhand dieser Daten herausgefunden, dass bei Katzenhaltern das

Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse um rund ein Drittel und dasjenige für tödliche Herzin-

farkte gar um 40 Prozent niedriger ist als bei Menschen, die ihr Heim nicht mit einer Katze teilen. Qureshi präsentierte seine Studie am Kongress der American Stroke Association in New Orleans Ende Februar 2008. Er wertete dazu die Zehn-Jahres-Daten von 4435 Teilnehmern (35–70 Jahre) der NHANES-II-Studie aus, bei denen zu Beginn keine Anzeichen für eine kardiovaskuläre Erkrankung vorlagen. Etwas mehr als die Hälfte der Probanden (55%) hatten eine Katze. Der positive «Katzeneffekt» blieb auch bestehen, nachdem Statistiker Faktoren wie das Rauchen herausgerechnet hatten.

Für Hunde fand Qureshi keine derartige Korrelation. Dies sei aber vermutlich nur auf die für den statistischen Nachweis zu

geringe Anzahl von Hundehaltern in der Stichprobe zurückzuführen.

Auf den Hund gekommen

In der Tat hatte die Pflegefachfrau Kathie Cole bereits am AHA-Kongress 2005 berichtet, dass der Kontakt mit Hunden die Herz- und die Lungenfunktion bei herzinsuffizienten Patienten verbessert. Sie nimmt an, dass jedes geliebte (Haus-) Tier letztlich gut für die Gesundheit ist. Leider nehme man aber gerade älteren und kranken Menschen ihre Tiere weg, und in vielen Heimen seien weder Hunde noch Katzen erlaubt.

Herzrisiko Passivfussball

Männliche Fussballzuschauer leben besonders gefährlich

(ts) Eine prospektive Studie hat aufgedeckt, dass sich das Risiko für ein akutes kardiovaskuläres Ereignis bei den Zuschauern eines Spiels der Heimmannschaft mehr als verdoppelt.

Eine Forschergruppe erhob die Anzahl kardiovaskulärer Ereignisse bei Männern und Frauen während Spielen der Heimmannschaft an der Fifa-Weltmeisterschaft 2006 in München und verglich das Resultat mit mehreren Perioden ohne zusätzliche Stressoren in den Jahren 2003 und 2005. Während der Heimspiele der deutschen Nationalmannschaft lag die Inzidenzrate 2,66-fach höher als in

den Vergleichsperioden (43 vs. 14–18 Ereignisse; 95%-KI 2,33–3,04; $p < 0,001$). Den Männern ging das Match am stärksten zu Herzen. Bei ihnen kam es zu einer mehr als dreifachen Erhöhung der Ereignisrate, während sich bei den Frauen die Rate nicht einmal verdoppelte. Die höchste Inzidenz wurde in den zwei Stunden nach dem Start des Spiels festgestellt. Sie blieb jedoch auch nach Ende des Matches noch für einige Stunden erhöht. Bereits in früheren Studien war emotionaler Stress als kardiovaskulärer Risikofaktor identifiziert worden.

Quelle: Wilbert-Lampen U et al., *New Engl J Med* 2008; 358: 475–483.



Weibliche Fussballfans begeistern sich genauso wie männliche, ihr Herz verträgt den Fussballstress aber besser als seines (Foto: Marc Walter, cc).

Psychiatriekrimi

Fortsetzungsroman mit fachmedizinischem Hintergrund

(mz) Die Psychiaterin und ehemalige Basler Grossrätin Dr. med. Christine D'Souza hat mit der Veröffentlichung eines von ihr verfassten Psychiatriekrimis im Internet begonnen.

Unzählige Arbeitstage und Nächte, welche sie als Psychiaterin dienstlich in einer Basler Psychiatrieklinik zugebracht hat, hätten sie zu diesem Kriminalroman inspiriert, schreibt die Autorin auf ihrer Website

www.die-psychiaterin.net. Im Roman wird die Klinik nach dem benachbarten Flurnamen «Rosenau» benannt.

Ortskundige wüssten aber selbstverständlich, dass es sich dabei um die berühmte Basler Friedmatt handelt, welche in jeder Hinsicht eine hervorragende Kulisse bietet, nicht nur im Roman, sondern auch im richtigen Leben, so Christine D'Souza. Es geht um den Undercover-Einsatz einer Lehrerin, die sich auf Bitte ihrer Lebensgefährtin, einer Basler Psychia-

terin, in die geschlossene Abteilung einweisen lässt, um gewissen Vorgängen auf den Grund zu gehen. Mehr wird hier nicht verraten.

Zum Weiterlesen: www.die-psychiaterin.net



Die heutige Psychiatrie Universitätsklinik in Basel entstand aus der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt – Schauplatz eines neuen Kriminalromans.

Oberweite und Diabetes

(ts) Kanadische Forscher haben herausgefunden, dass Frauen mit einer grösseren Brust, das heisst den BH-Körbchen-Grössen B, C oder D, häufiger einen Typ-2-Diabetes entwickeln als Frauen mit der kleineren Körbchengrösse A.

Diese Erkenntnisse basieren auf einer Auswertung von Daten aus der Nurses Health Study II – einer stetig sprudelnden Quelle für Assoziationsstudien aller Art. Im Rahmen dieser Studie wird seit 1989 der Gesundheitszustand von über 100 000 Krankenschwestern aus 14 US-Staaten überwacht. In die Analyse



Anhand der BH-Körbchen-Grösse schliessen Dr. Joel G. Ray, Toronto, und seine Kollegen auf das Diabetesrisiko von Frauen (Foto: ThisParticularGreg, cc).

zur Körbchengrösse flossen die Daten von 92 000 Frauen ein. Nach Berücksichtigung verschiedener Faktoren wie Ernährung, körperliche Aktivität, Diabetes in der Familienanamnese und BMI zeigte sich, dass Frauen mit der Körbchengrösse B im Alter von 20 Jahren ein um den Faktor 1,37 höheres Risiko auf-

wiesen, im mittleren Alter an Diabetes zu erkranken als Frauen mit Grösse A. Das Risiko für Körbchengrösse C und D lag im Vergleich zu A 1,8- beziehungsweise 1,64-mal höher.

Quelle: Ray JG et al. *CMAJ* 2008; 178: 289–295.

Vorschau

Die nächste Ausgabe erscheint im Mai. Unter anderem wird es um **Intensivmedizin** bei Betagten, neurogene **Blasenstörungen** sowie um den Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Haushaltschemikalien und der **Lungenfunktion** bei Kindern gehen.