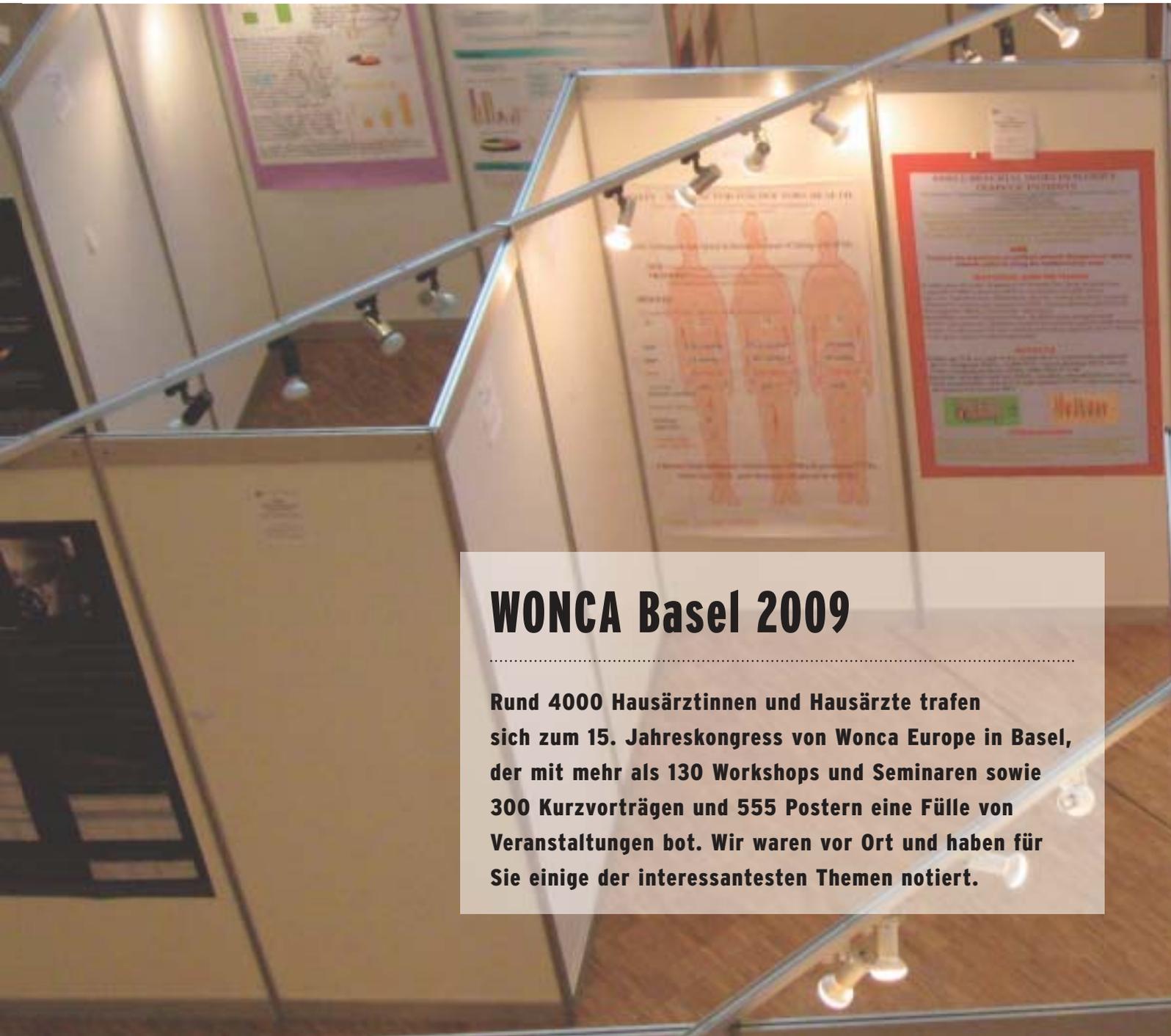


15th Wonca Europe Conference

32nd SSMG/SGAM Congress

16–19 September 2009, Basel, Switzerland

«The Fascination of Complexity – Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty»



WONCA Basel 2009

Rund 4000 Hausärztinnen und Hausärzte trafen sich zum 15. Jahreskongress von Wonca Europe in Basel, der mit mehr als 130 Workshops und Seminaren sowie 300 Kurzvorträgen und 555 Postern eine Fülle von Veranstaltungen bot. Wir waren vor Ort und haben für Sie einige der interessantesten Themen notiert.

In einer Umfrage des Netzwerks PizolCare in den Bezirken Sargans und Werdenberg beantworteten 20 Allgemeinpraktiker, die Notfalldienst leisten, Fragen zur Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit. Zwischen diesen Parametern und der Zahl der Notfalleinsätze während der Nacht und am Wochenende bestand eine negative Korrelation. Ärzte aus dem Bezirk Werdenberg, die 30 Prozent mehr Nacht- und 15 Prozent mehr Wochenendeinsätze leisteten, gaben eine schlechtere Lebensqualität und Zufriedenheit mit dem Notfalldienst an. Die Allgemeinpraktiker aus dem Bezirk Sargans berichteten von mehr Notfalleinsätzen am Abend zwischen 18 und 22 Uhr, dies tangierte aber weder

Stichwort Praxis

Notfalldienst: Vor allem mitten in der Nacht und am Wochenende leidet die Lebensqualität

die Arbeitszufriedenheit noch die Lebensqualität. Die Autoren stellen als mögliche Konsequenz aus diesen Ergebnissen auf ihrem Kongressposter die Überlegung an, dass vielleicht Notfalldienstgebiete zusammengelegt werden könnten, wodurch sich die beobachteten Diskrepanzen glätten würden, oder dass eine Zusammen-

arbeit mit den regionalen Spitälern den ungeliebten Einsatz mitten in der Nacht dorthin delegieren könnte.

H.B.

Jürgens J.P., Akermann F., Hatzisaak T.: Number of missions at night and at weekends is negatively correlated to quality of life and job satisfaction of General Practitioners in on-call-duty systems, P-440.

Zwei Teams aus Marburg und Lausanne hatten unabhängig voneinander Scores entwickelt, mit deren Hilfe sich kardiale Ursachen bei Thoraxschmerzen in der Praxis mit relativ grosser Sicherheit ausschliessen lassen. In Basel präsentierten Dr. Stefan Bösner, Marburg, und Dr. Baris Gencer, Lausanne, erstmals gemeinsam, dass sich ihre Scores auch bei den Patien-

Stichwort KHK-Diagnose

Hilfreiche Scores für die Praxis, um KHK bei Thoraxschmerz auszuschliessen

bestanden haben. Der Marburger Score umfasst 5 Kriterien:

| | |
|--|---------|
| Frau > 65 Jahre, Mann > 55 Jahre | 1 Punkt |
| vaskuläre Erkrankung bekannt | 1 Punkt |
| Patient vermutet kardiale Ursache seiner Schmerzen | 1 Punkt |
| Schmerzen bei Anstrengung stärker | 1 Punkt |
| Schmerz nicht durch Palpation reproduzierbar | 1 Punkt |

Bei 0 bis 2 Punkten ist die Ursache des Thoraxschmerzes vermutlich nicht kardial. In dieser Gruppe betrug die tatsächliche KHK-Prävalenz 2,3 Prozent. Ein mittleres Risiko besteht bei 3 Punkten (KHK bei 24,6% der Patienten) und ein hohes Risiko bei 4 bis 5 Punkten (KHK bei 65,2% der Patienten). Bösner erläuterte, dass man die 5 Kriterien in einem aufwendigen statistischen Verfahren aus einer anfänglichen Liste von 82 Faktoren herausdestilliert habe: «Wir waren von Anfang an sehr pragmatisch und wollten einen Score entwickeln, den sich jeder leicht merken kann.» Von Stufe zu Stufe der «Destilla-

tion» wurden strengere statistische Regeln angewandt, um am Ende die tatsächlich relevantesten Prädiktoren herauszufiltern. Grundlage für das Ermitteln der Kriterien waren die Daten von 1199 Patienten aus 74 Hausarztpraxen. Die Sicherheit, eine kardiale Ursache der Thoraxschmerzen bei 0 bis 2 Punkten auszuschliessen, betrug 87 Prozent (83–91%). Der Score funktionierte bei der Validierung mit dem «fremden» Lausanner Patientenkollektiv mit einer Sensitivität von 90 Prozent (87–93%) sogar noch etwas zuverlässiger. Der Lausanner Score umfasst 7 Kriterien mit unterschiedlicher Punktzahl. Er beruht auf den Daten von 672 Patienten und wurde bereits im letzten Jahr am SGIM-Kongress in Lausanne vorgestellt:

| | |
|-------------------------------------|----------|
| Frau > 65 Jahre, Mann > 55 Jahre | 2 Punkte |
| bestehendes kardiovaskuläres Risiko | 2 Punkte |
| bekanntes KHK | 2 Punkte |
| Schmerzen bei Anstrengung stärker | 1 Punkt |
| Schmerzdauer 1 bis 60 Minuten | 1 Punkt |
| substernale Lokalisation | 2 Punkte |
| keine Empfindlichkeit bei Palpation | 1 Punkt |



Baris Gencer und Stefan Bösner (rechts)

tenkollektiven der jeweils anderen Gruppe bewährt haben. Sowohl bei den Marburger als auch bei den Lausanner Hausarzt-Patienten-Kollektiven betrug die Prävalenz KHK-bedingter Thoraxschmerzen insgesamt 12 bis 15 Prozent. Die Frage, welcher Score nun der bessere sei, um KHK bei Thoraxschmerzen auszuschliessen, mochten die beiden Ärzte (noch) nicht beantworten. Fest steht nur, dass beide Skalen den ersten Praxistest



0 bis 4 Punkte stehen für ein niedriges, 5 bis 7 für ein mittleres und 8 bis 11 Punkte für ein hohes Risiko, dass die Thoraxschmerzen kardial bedingt sind. Für den Lausanner Score betrug die Ausschlussicherheit im eigenen Kollektiv 94 Prozent, auf das Marburger Patientenkollektiv angewandt, waren es noch 75 Prozent. Sowohl Stefan Bösner als auch Baris Gencer betonten, dass ihre Skalen keinesfalls als starre Instrumente und der Weisheit letzter Schluss betrachtet werden dürften, sondern die Erfahrung des Hausarztes und sein Wissen um die Vorgeschichte seines Patienten von entscheidender Bedeutung seien. So berichtete Bösner, dass das

«Bauchgefühl» des Hausarztes zwar nicht für alle Patienten, aber für die Untergruppe derjenigen mit Thoraxschmerzen aufgrund eines kardialen Notfalls ein sehr sicherer Prädiktor war.

RBO

Bösner S. (Marburg), Becker A. (Marburg), Gencer B. (Lausanne), Vaucher P. (Lausanne), Herzig L. (Lausanne), Keller H. (Marburg), Sönnichsen A. (Salzburg), Abu Hani M. (Marburg), Haasenritter J. (Marburg), Baum E. (Marburg), Donner-Banzhoff N. (Marburg): Ruling out coronary heart disease in general practice: development and validation of a clinical prediction rule. OP-091.
Gencer P. (Lausanne), Vaucher P. (Lausanne), Bösner S. (Marburg), Herzig L. (Lausanne), Verdon F. (Neuchâtel), Ruffieux C. (Lausanne), Burnand B. (Lausanne), Bischoff T. (Lausanne), Donner-Banzhoff N. (Marburg), Favrat B. (Lausanne): Validation of a clinical prediction score for ruling out coronary heart disease in primary care patients with chest pain. OP-092.

Stichwort Hypertonie



Christoph Merlo

Hypertensive Krise ist in der Praxis oft symptomlos

Dr. Christoph Merlo, Luzern, erinnerte an die drei Formen des exzessiv erhöhten Blutdrucks (definiert als Wert über 180 mmHg systolisch bzw. 110 mmHg diastolisch):

- **Hypertensiver Notfall (emergency):** Hier liegt ein akuter Zielorganschaden vor (ZNS, kardiovaskulär oder renal); die Patienten werden hospitalisiert.
- **Hypertensive Krise (urgency):** Sie ist dreimal häufiger als der hypertensive Notfall und äussert sich in Symptomen wie Kopfwahl, Schwindel, Nasenbluten, allenfalls Arrhythmien.
- **Symptomlose akute exzessive BD-Steigerung:** Sie wird nur zufällig entdeckt.

Aus der Grundversorgung gab es zur hypertensiven Krise bisher keine exakten Daten. Diese wurden bei 24 Allgemeinmedizinern gesammelt und zusammen mit dem Institut für Hausarztmedizin Basel (IHAMB) ausgewertet. Von 138 Patienten war bei 79 Prozent die Hypertonie bekannt und 81 Prozent standen unter medikamentöser Behandlung. 63 Prozent hatten keine Symptome, bei 28 Prozent lag eine hypertensive Krise vor. Der mittlere systolische Erfassungs-

BD betrug 198 mmHg, das mittlere Alter 73 Jahre, 62 Prozent waren Frauen. Insgesamt mussten 8 Patienten wegen akuten Myokardinfarkts, Stroke oder hypertensiver Enzephalopathie hospitalisiert werden, die übrigen wurden in der Praxis sicher behandelt. Bei 6 von 74 (8%) Follow-up-Patienten kam es innert drei Monaten zu einem kardiovaskulären Ereignis. Bei den Notfällen schienen Diabetes mellitus, Adipositas und Koronarerkrankungen häufiger zu sein. Raucherstatus, Therapieadhärenz und körperliche Aktivität unterschieden sich zwischen den drei Kategorien jedoch nicht. «Bei unseren Patienten mit akuter exzessiver BD-Erhöhung handelte es sich um ältere Patienten mit multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren, bei denen White-coat-Situationen häufig waren und die überwiegend in der Allgemeinpraxis behandelt und überwacht werden konnten», fasste Christoph Merlo zusammen.

H.B.

Merlo C. (Luzern), Kuster B. (Lucerne), Gübelin U. (Lucerne), Litschgi L. (Basel), Tschöpl M. (Basel), Riesen E. (Basel), Romerio Bläuer S. (Basel), Bally K. (Basel), Tschudi P. (Basel), Martina B. (Basel): Hypertensive crisis in primary care. OP-145.

Hilfe bei der Betreuung von Hypertonikern: www.hypertensioncohort.ch

Dr. Hansruedi Banderet, Basel, berichtete vom derzeitigen Stand des Hypertonieprojekts, das vom Institut für Hausarztmedizin (IHAMB) durchgeführt wird. Der Datenbestand erlaubt Aussagen über verschiedene Arten der BD-Messung. So zeigte sich, dass die vom Patienten zu Hause gemessenen BD-Werte und diejenigen des ambulanten BD-Monitorings ähnlich sind und dass sie konsistent und signifikant tiefer liegen als die in der Praxis bestimmten Blutdruckwerte. Basierend auf den Zahlen der schon länger teilnehmenden Hausärzte lässt sich festhalten, dass diese nach einem Jahr bei Nichtdiabetikern eine BD-Senkung von zirka 4 mmHg gegenüber dem Ausgangswert erzielt hatten und dass die BD-Senkung bei Diabetikern mit 8 mmHg sogar noch deutlicher ausfiel, dies entsprechend den heutigen Forderungen der Guidelines und gefördert durch die besondere Aufmerksamkeit, die diesem Punkt im Rahmen des Projekts zuteil wird. Diese BD-Senkung stand sicher auch in Zusammenhang mit einer bemerkenswerten Gewichtsreduktion bei diesen Patienten von durchschnittlich

5 Kilogramm. Nach zwei Jahren, dies die neuesten Zahlen, betragen die in der Praxis gemessenen Werte 141 ± 16 mmHg/ 83 ± 10 mmHg bei Nichtdiabetikern und 139 ± 5 mmHg/ 80 ± 11 mmHg bei diabetischen Hypertonikern. Die systolischen BD-Werte sind bei den Teilnehmern am Hypertoniekohorten-Projekt also immer noch suboptimal, was auch für grössere Kollektive europäischer Ärzte bekannt ist. Für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sieht Banderet dennoch (oder gerade deshalb) viele Vorteile: Sie erhalten relevante Resultate, können Epidemiologien vergleichen, sehen, wie sich die Verläufe bei ihren eigenen und den Patienten der anderen Teilnehmer verhalten, werden in ihrer Praxistätigkeit für Hypertoniker immer wieder motiviert und tragen überdies zur Forschung aus der Allgemeinpraxis bei.

H.B.

Tschudi P. (Basel), Bally K. (Basel), Panos A. (Basel), Weber J. (Basel), Martina B. (Basel): The hypertension cohort Hc.ch: results of 2-year follow-up. Comparison of office, home and 24-hour ambulatory blood pressure measurement. OP-146.



30-Minuten-BD genauso gut wie ambulante 24-Stunden-Messung



Mark Van der Wel

Dr. Mark Van der Wel vom Medizinischen Zentrum der Universität St. Radboud, Nijmegen, berichtete, dass eine halbe Stunde Blutdruckmessung in der Praxis ausreicht, um einen ebenso verlässlichen BD-Wert zu ermitteln wie durch eine ambulante 24-Stunden-Messung. Die Patienten sitzen

30 Minuten ohne Beobachter alleine in einem ruhigen Raum. Der Blutdruck wird oszillometrisch alle 5 Minuten gemessen, anschliessend wird der Mittelwert berechnet. Van der Wel hatte in vorangegangenen Studien bereits festgestellt, dass der 30-Minuten-Durchschnittswert nicht nur regelmässig unter dem standardmässig ermittelten Blutdruck liegt, sondern auch besser reproduzierbar ist. In Basel stellte er eine neue

Studie mit 84 Patienten vor, bei denen zuerst die 30-Minuten- und anschliessend eine ambulatorische 24-Stunden-Messung erfolgte, um beide Methoden zu vergleichen.

Die 30-Minuten-Blutdruckwerte unterscheiden sich im Durchschnitt von denjenigen einer ambulatorischen 24-Stunden-Messung praktisch nicht: Der systolische Wert lag bei der 30-Minuten-Messung im Durchschnitt um 0,1 mmHg niedriger (141,2 vs. 141,3 mmHg; -2,2-2,0; SD: 9,8 mmHg), der diastolische um 1,7 mmHg höher (83,5 vs. 81,8 mmHg; 0,4-3,0; SD: 5,9 mmHg). Im Einzelfall kann die Abweichung der Werte zwischen beiden Methoden aber auch höher ausfallen. So lagen die Werte aus beiden Messmethoden bei einzelnen Patienten um bis zu -19,4 beziehungsweise +19,1 mmHg systolisch und -9,7 bis +13,2 mmHg diastolisch auseinander. Innerhalb dieser Grenzen der Messwertvariabilität lagen 90 Prozent der Studienteilnehmer. Auch wenn die Differenz zwischen beiden Methoden bei einzelnen Patienten recht gross ausfiel, war Van der Wel aufgrund der fast übereinstimmenden Mittelwerte aller 84 Patienten davon überzeugt, dass «die 30-Minuten-Blutdruckmessung das Potenzial hat, unsere tägliche Praxis zu ändern». Den Einwand aus dem Publikum, dass man dadurch das Ausmass des «Dippings» (nächtlicher Blutdruckabfall) nicht erfasse und somit einen wichtigen Faktor verpasse, liess Van der Wel nicht gelten. Er messe der Beobachtung des Dippings keinerlei Bedeutung bei, da sich der Messwert des nächtlichen Blutdrucks schon allein dann verschiebe, wenn der Patient auf der rechten oder der linken Seite schläft.

RBO

Van der Wel M. (Nijmegen), Buunk I. (Nijmegen), van Weel C. (Nijmegen), Thien T. (Nijmegen), Bakx C. (Nijmegen): 30-minute automated, oscillometric blood pressure measurement may become the new standard in measuring blood pressure in the office: a comparative study. OP-061.

KOMMENTAR

Dr. med. Markus B. Denger,
Kaiseraugst



Sicher nicht mein letzter Wonca-Kongress

Die Wonca Europe Conference 2009 mit dem Motto «The Fascination of Complexity – Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty» war in jeder Hinsicht eindrücklich: schon die Grösse und Internationalität, dann das exakt zu unserer Tätigkeit passende Motto, die hochkarätigen Keynote-Lectures und die vielen Workshops (Wonca, SGAM, Swiss University Institutes of family medicine), die «Wild Cards» und «Oral Presentations». Angesichts der Themen wurde hier die Wahl beinahe zur Qual. Als Aussenstehender kann man wohl kaum erraten, welche riesige Arbeit hinter einem solchen Projekt steht – den Verantwortlichen kann man zur perfekten Organisation nur gratulieren. Angenehm war, dass man sich auch noch in letzter Minute entscheiden konnte, welche Lehrveranstaltung man besuchen wollte. Dafür nahm man in Kauf, dass teilweise grosse Veranstaltungen in kleinen Räumen und umgekehrt stattfanden.

Persönlich haben mich die folgenden Veranstaltungen besonders beeindruckt:

- Der Vortrag von Professor Joachim Bauer (Freiburg im Breisgau) über die Neurobiologie der Intuition beim Verstehen der Komplexität unserer Patienten. Er konnte aufzeigen, dass unsere Spiegelneuronen die Basis von Intuition und Empathie sind.*
- Die «Wild Card» von Frau S. Hurst (Uni Genf) über die Rationierung in der Hausarztmedizin «Everything for everyone? Rationing in family medi-

cine» überzeugte einerseits durch die sehr praktischen Beispiele, andererseits durch den Vergleich zwischen verschiedenen Ländern.

- Der Workshop von H. Koppe (Australien): Der Hausarzt und Ausbilder zeigte mit praktischen Übungen in seinem Workshop «Beyond the

medical record – creative writing for doctors», wie sich der Hausarzt durch Schreiben eines Gedichts über einen belastenden Patienten entlasten kann. Eine offenbar taugliche Methode, unter anderem zur Burn-out-Prophylaxe.

- Der Workshop von Frau I. Heath (London) über «Disease mongering: There is a lot of money to be made from telling healthy people that they are sick. The process of medicalising ordinary life is now better described as disease-mongering.» Nach einer kurzen Einführung erhielten die Teilnehmer den Auftrag, eine neue Krankheit zu erfinden. Unsere Gruppe erfand das «Well feeling syndrome», besser bezeichnet als «Pre Hypomanic Syndrome, PHS», definiert durch ein mindestens sechstägiges totales Wohlfühlen. Behandelt wird das Syndrom mit Stabilin, ein Biologikum, bestehend aus humanen Antikörpern gegen den Serotoninrezeptor. Es muss injiziert werden, die Tageskosten liegen bei 500 Euro. Eine Selbsthilfegruppe PHS ist unter gütiger Mithilfe der Pharmaindustrie bereits in Gründung, Opinion-Leader zur Ausbildung der Ärzte, insbesondere zur korrekten Anwendung des diagnostischen Fragebogens, wurden bereits gefunden.

Der diesjährige Wonca-Kongress war (leider) mein erster, wird aber kaum mein letzter sein.

*Buchtipps: Joachim Bauer: Warum ich fühle, was du fühlst. Heyne-Taschenbuch, ISBN: 978-3-453-61501-4

Gute Compliance nur vor dem Arztbesuch?

Der schwedische Nachwuchsmediziner Björn Ericsson vom Strömsbro Hospital in Gävle wollte wissen, ob Hypertoniepatienten möglicherweise ihre Medikamente nur kurz vor einem Arztbesuch konsequent einnehmen, um Compliance vorzutäuschen. Er bestellte darum 80 seiner Hypertoniepatienten zu einer Untersuchung ein: die einen telefonisch für den nächsten Tag, die anderen per Brief für einen Termin in zwei bis drei Wochen. Sollten die Medikamente nur kurz vor einem bekannten Arzttermin regelmässig eingenommen werden, sollte sich dies in den Blutdruckprofilen der beiden Gruppen unterschiedlich auswirken, so die Hypothese. Bei allen Stu-



Björn Ericsson

dienteilnehmern erfolgte am Termin eine Befragung zur Compliance sowie eine ambulato- rische 24-Stunden-BD-Messung. Eingeladen wurden Männer im Alter zwischen 40 und 60 Jahren ohne Begleiterkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes oder Niereninsuffizienz.

Es fanden sich keine Unterschiede in den BD-Werten, die darauf schliessen liessen, dass die Patienten mit zwei bis drei Wochen Zeit vor dem Arzttermin geschummelt hätten. Dies bestätigte zumindest die Aussagen dieser Patienten, dass sie ihre Medikamente immer regelmässig eingenommen hätten. Ericsson gestand aber ein, dass seine Studie nur begrenzte Aussagekraft habe, weil am

Ende nur 15 beziehungsweise 21 Patienten pro Gruppe ausgewertet werden konnten. Erstaunlich war aber der Befund, dass sämtliche BD-Messungen im Rahmen der Studie deutlich höher lagen als bei den Routine-BD-Messungen der gleichen Patienten zuvor (148/96 mmHg gegenüber 137/85 mmHg) – offenbar sollte man im Strömsbro Hospital einmal nachprüfen, wie sorgfältig die BD-Messungen von verschiedenen Mitarbeitern durchgeführt werden.

RBO

Ericsson B. (Gävle): 24-hour-ambulatory-blood pressure and Hill-Bone compliance to high pressure (HBS) therapy scale as a tool for assessing adherence to antihypertensive treatment in male hypertensives. OP-062.

Stichwort PAVK

Routinescreening in der Allgemeinpraxis?

Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) haben ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko; jährlich sterben 5 bis 10 Prozent an Koronar- oder Herz-Kreislauf-Leiden und etwa 1 Prozent erleiden eine Krankheitsprogression hin zur kritischen Ischämie. Diese Fakten würden eigentlich für ein Screening auf PAVK in der Allgemeinpraxis sprechen, zumal mit dem Ankle-Brachial-Index (ABI) eine geeignete Messmethode zur Verfügung steht und eine frühe Diagnose auch eine frühzeitige Therapie ermöglichen würde, sagte Dr. Ana Luísa Neves, Porto. Dennoch sehen das die gängigen Guidelines anders – oder differenzierter. Ana Luísa Neves versuchte, die Screeningfrage mit einer systematischen Review näher zu fassen. Sie fand 43 Publikationen und konnte davon 10 auswerten, darunter befanden sich 3 randomisierte kontrollierte Studien und 2 systematische



Ana Luísa Neves

Reviews. Die randomisierten Studien betrafen die frühe PAVK und ergaben, dass in einer durch Screening entdeckten Gruppe von PAVK-Patienten die maximale Gehstrecke besser erhalten werden konnte, dass fehlende Pulse die Diagnose im Frühstadium nicht erlauben

(zwei Drittel hatten einen normalen Puls) und dass die ABI-Messung der Anamnese und blossen Puls palpation überlegen war. Die American Heart Association (AHA), die American Academy of Family Physicians (AAFP) und die US Preventive Services Task Force (USPSTF) stellen klar: «Ein Routinescreening in der Allgemeinbevölkerung wird nicht empfohlen.» Die AHA-Guidelines sehen aber eine Screeningindikation bei klinischen Anzeichen einer kardiovaskulären Erkrankung, während die American Diabetes Association (ADA) eine jährliche Screeninguntersuchung bei Diabetikern

empfeht. Die Schlussfolgerungen aus dieser systematischen Review lauten:

- Ein Routinescreening auf PAVK in der Allgemeinbevölkerung ist nicht zu empfehlen.
- Eine ABI-Bestimmung ist bei ausgewählten Patienten zur Evaluation des globalen kardiovaskulären Risikos zu empfehlen. Dies sind einerseits symptomatische Patienten, andererseits asymptotische Patienten über 70 Jahre oder über 50 Jahre mit einem kardiovaskulären Risikofaktor wie gestörtem Glukosemetabolismus, Dyslipidämie, Rauchen oder Hypertonie.

In der Diskussion meldete sich einiger Widerstand gegen allzu liberale Screeningpraktiken. So sei die ABI-Messung in der Praxis keineswegs so einfach wie hier dargestellt, benötige insbesondere eine gute Technik und bleibe in jedem Fall zeitaufwendig. Zudem leuchte das PAVK-Screening bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten nicht besonders ein, da diese ja wegen ihres Risikos ohnehin schon eine aggressive Therapie erhielten.

H.B.

Neves A.L. (Porto): Screening of peripheral arterial disease - an evidence-based review for primary care. OP-124.

Eine (unerkannte) PAVK ist in der Grundversorgung nicht selten

Aber wie häufig ist das Problem einer nicht entdeckten PAVK in der Allgemeinpraxis überhaupt? Diese Frage versuchte Dr. Jean-Claude Wautrecht, Brüssel, anhand der Daten aus Belgien, die im Rahmen der gesamteuropäischen PANDORA-Studie erhoben wurden, zu beantworten. In die Gesamtstudie gingen die Daten von über 10 000 Probanden ein, in Belgien rekrutierten 119 Allgemeinpraktiker 1510 Patienten mit moderatem kardiovaskulärem Risiko, aber ohne manifeste Herz-Kreislauf-Erkrankung. Von diesen hatten 7 Prozent eine asymptomatische PAVK (Diagnosekriterium war ein ABI < 0,9). Dies lag tiefer als der Durchschnitt von 12,2 Prozent in allen 6 Teilnehmerländern. Die asymptomatische PAVK war korreliert mit den bekannten Risiken wie Rauchen, Hypertonie, ungünstiges Lipidprofil und zunehmendes Alter, nicht aber mit dem körperlichen Aktivitätsniveau. Als eigenartiger Nebenbefund ergab sich auch eine trendmässige Korrelation zu einer zurückliegenden Ehescheidung. Etwa ein Drittel der belgischen Patienten er-

hielt Statine, und bei diesem Kollektiv war die asymptomatische PAVK um 44 Prozent seltener als bei nicht statinbehandelten Patienten. In der Diskussion betonte auch Jean-Claude Wautrecht die Wichtigkeit der Technik bei der ABI-Messung. Diese wurde unter den belgischen Ärzten der Studie durch Abgabe einer CD mit Anleitungen zur Messung standardisiert.

Über die Resultate einer Querschnitterhebung zur Erfassung der PAVK-Häufigkeit im Rahmen der PERART-Studie berichtete Dr. Marisa Vicheto, Barcelona. PERART umfasst eine Bestandesaufnahme sowie eine prospektive Kohortenstudie, die alle sechs Monate die Häufigkeit kardiovaskulärer Krankheitsereignisse und Todesfälle erfassen wird. Die erste Erhebung bei 3786 Probanden (44% Frauen, mittl. Alter 65 J.) aus 28 Gesundheitszentren in Barcelona und Umgebung ergab eine PAVK-Prävalenz von 7,6 Prozent. Männer waren mit 11,1 Prozent signifikant häufiger betroffen als Frauen (5,5%). Nur bei 19 Prozent dieser Individuen mit PAVK war die Erkrankung zuvor bekannt gewesen. Die PAVK war bei Rauchern und Exrauchern signifikant häufiger als bei Nichtrauchern. In dem Kollektiv hatten viele Patienten vaskuläre Risikofaktoren, so in 46,9 Prozent eine Hypertonie, in 48,3 Prozent einer Hyperlipidämie, in 16,3 Prozent einen Diabetes, ferner hatten 37,5 Prozent einen BMI > 30 und 58,4 Prozent eine abdominelle Adipositas. Die PAVK sei in ihrer Region zwar nicht häufiger als in anderen vergleichbaren Studien angegeben, aber es bestehe ein bemerkenswert hoher Anteil an nicht diagnostizierten Fällen. Dies liesse sich mit der ABI-Messung einfach beheben, so das Fazit von Marisa Vicheto.



Marisa Vicheto



Jean-Claude Wautrecht

H.B.

Wautrecht J.C. (Brussels), Thoeng J. (Turnhout), Guillaume M. (Charleroi), Matthys A. (Brussels): Prevalence of peripheral arterial disease in subjects with a moderate CVD risk, with no overt vascular diseases nor diabetes mellitus. The PANDORA survey - Belgium. OP-125.

Vicheto M. (Santa Coloma De Gramenet), Alzamora M. (Santa Coloma De Gramenet), Forés R. (Santa Coloma De Gramenet), Torán P. (Mataró), Sorribes M. (Barcelona), Baena J.M. (Barcelona), Pedrós X. (Santa Coloma De Gramenet): Prevalence of peripheral arterial disease in general population: final results of PERART study (phase I). OP-126

Stichwort kardiovaskuläre Prävention

Heartwatch: Sekundärprävention in Irland

In Irland besteht seit einigen Jahren das Programm «Heartwatch», das sich zum Ziel gesetzt hat, die Sekundärprävention bei Patienten, die wegen einer koronaren Herzkrankheit (KHK) hospitalisiert waren, in der Grundversorgung zu verbessern. Dabei werden richtlinienkonforme Empfehlungen zu Erfassung und Management von Risikofaktoren propagiert und die Ergebnisse gesammelt. Die Identifikation der Patienten erfolgt durch die Allgemeinpraktiker (von denen nur eine Minderheit mitmacht). Danach werden die Patienten vierteljährlich zu Konsultationen eingeladen, die für sie inklusive der Medikamente gratis sind. In die Therapie und Beratung sind auch Ernährungsberaterinnen und so weiter mit einbezogen. Über die Ergebnisse der prospektiven Kohortenstudie berichtete Dr.

Patricia Fitzpatrick, Dublin, anhand der Daten des 3^{1/2}-jährigen Follow-ups. Die teilnehmenden Allgemeinpraktiker rekrutierten über 12 000 KHK-Patienten. Statistisch signifikante Veränderungen bei systolischem und diastolischem Blutdruck, Gesamt- und LDL-Cholesterin sowie Raucherstatus wurden nach 1, 2, 3 und 3^{1/2} Jahren verzeichnet. Auch erreichte ein signifikant grösserer Anteil der Patienten das empfohlene Ziel für die körperliche Aktivität von mindestens 210 Minuten pro Woche. Die Veränderungen beim Body-Mass-Index (BMI) waren klein, aber statistisch signifikant, keine Verbesserung war hingegen beim Bauchumfang zu erreichen. Gegenüber dem Ausgangszustand ergaben sich nach 3^{1/2} Jahren auch eher kleine, aber hochsignifikante Zunahmen in der Ver-

Patricia Fitzpatrick, Dublin, anhand der Daten des 3^{1/2}-jährigen Follow-ups. Die teilnehmenden Allgemeinpraktiker rekrutierten über 12 000 KHK-Patienten. Statistisch signifikante Veränderungen bei systolischem und diastolischem Blutdruck, Gesamt- und LDL-Cholesterin sowie Raucherstatus wurden nach 1, 2, 3 und 3^{1/2} Jahren verzeichnet. Auch erreichte ein signifikant grösserer Anteil der Patienten das empfohlene Ziel für die körperliche Aktivität von mindestens 210 Minuten pro Woche. Die Veränderungen beim Body-Mass-Index (BMI) waren klein, aber statistisch signifikant, keine Verbesserung war hingegen beim Bauchumfang zu erreichen. Gegenüber dem Ausgangszustand ergaben sich nach 3^{1/2} Jahren auch eher kleine, aber hochsignifikante Zunahmen in der Ver-

ordnung indizierter, kardiovaskulär wirksamer Medikamente: Aggregationshemmer von 96,2 auf 98,1 Prozent, Antihypertensiva von 87,3 auf 91,9 Prozent, Statine von 82,6 auf 92,5 Prozent. Auch der Anteil derjenigen, die Medikamente aus allen drei Klassen erhielten, nahm um fast 14 Prozent zu. «Die grössten Veränderungen waren also bei denjenigen

Risikofaktoren zu sehen, gegen die Medikamente verschrieben werden können. Aber trotz der strukturierten Überwachung bleibt das Abnehmen die grösste Herausforderung», kommentierte Patricia Fitzpatrick. Männer hatten eine grössere Chance, mit ihren Cholesterin- und BD-Werten im Zielbereich zu liegen. Patricia Fitzpatrick fragte sich, ob

sie eine aggressivere Therapie erhalten als die Frauen. In ähnlicher Weise war das Hypertoniemanagement bei jüngeren Patienten rigoroser.

H.B.

Fitzpatrick P. (Dublin), Lonergan M. (Dublin), Fitzsimon N. (Dublin), Collins C. (Dublin), Boland M. (Dublin), Daly L. (Dublin): Heartwatch: 3,5 year follow up of a secondary prevention programme in primary care in Ireland. OP-121.

Kardiovaskuläres Check-up: eine Aufgabe für die Grundversorgung?



Ton Drenthen

«In den Niederlanden ist die Nachfrage nach Gesundheits-Check-ups in den letzten Jahren unerhört gestiegen», sagte Dr. Ton Drenthen, Dutch College of GPs, Utrecht,

«alle möglichen Instanzen bieten sie dem Publikum an, von Versicherungskonzernen bis zu Margarineherstellern.» Es gilt daher für die Allgemeinpraktiker, ihre Kräfte mit denjenigen von Gesundheitsstiftungen (Herz-, Nieren-, Diabetesvorsorge usw.), die für eine Früherfassung plädieren, zu bündeln. Dafür spricht, dass die Patienten nach einem Gesundheits-Check-up, bei dem etwas entdeckt wurde, zum Hausarzt kommen. Zudem nehmen sie dessen Beratung oft in Anspruch, schliesslich verlangten auch etliche Patienten von ihrem Hausarzt, dass er ein effizientes Gesundheits-Check-up anbiete. Ton Drenthen skizzierte das Design einer präventiven Konsultation. Sie

muss bestehenden Praxisrichtlinien entsprechen und mittels validierter Fragebögen anamnestisch wichtige Punkte berücksichtigen (Alter, Geschlecht, Familienanamnese, Lebensstil, Körpergewicht, Medikamente usw.). Patienten füllen zunächst diesen Fragebogen aus, der anhand eines Scores bewertet wird: «grünes Licht» = keine Risikofaktoren erkennbar, weiterhin gesund leben; «gelbes Licht» = leicht erhöhtes Risiko, das dem Probanden mitgeteilt werden muss; «rotes Licht» = Empfehlung, zum Arzt zu gehen und mit ihm individuell angepasste Lebensstilmodifikationen und weitere Schritte besprechen. Geplant ist ein modulares Vorgehen, es soll also je eine präventive Konsultation für Herz-Kreislauf-Risiken, Krebserkrankungen sowie psychische Leiden (Angststörungen, Depressionen, Demenz) geben. Zunächst fasst das Projekt ein kardiovaskuläres Modul ins Auge. Es soll der Prävention von kardiovaskulären Krankheiten, Diabetes und Nierenerkrankungen dienen und in die

Grundversorgung eingebettet sein. Dabei wird der Zielgruppe eine aktive Offerte zur Risikoabschätzung abgegeben, auf die Beratung und Therapie – wenn notwendig – folgen. Zielgruppe sind Menschen, die noch nicht wegen Hypertonie, Diabetes, kardiovaskulärer oder Nierenerkrankung sowie Hypercholesterinämie irgendwo in Behandlung stehen. Als Ablauf sind zwei Konsultationen vorgesehen. Während der ersten erfolgt das Ausfüllen des Fragebogens und eine Blutentnahme für Laboruntersuchungen, während der zweiten wird aufgrund der gesammelten Informationen ein Risikoprofil erstellt, das der Arzt mit dem Patienten (oder Kunden?) bespricht. Bei Bedarf erfolgt dann die Überweisung an Lebensstilprogramme für Rauchverzicht, Ernährungsberatung und Gewichtsabnahme und so weiter. Vorderhand ist dies alles noch im Projektstadium, eine entsprechende Guideline wurde im April 2009 formuliert, die Finanzierung ist noch hängig, und eine Pilotstudie soll bis März 2010 folgen.

H.B.

Drenthen T. (Utrecht), Dijkstra R. (Utrecht), Goudswaard L. (Utrecht): Cardiovascular health-check in Dutch general practice: opportunities and threats. OP-123.

Risikofaktoren werden bei Frauen weniger aggressiv behandelt

Dr. Hava Tabenkin, Family Medicine Department, Afula, Northern Unit of Ben-Gurion-University, Israel, berichtete über eine Studie, die sie in New Jersey, USA, durchführte, um Differenzen beim

Management kardiovaskulärer Risikofaktoren in Relation zum Geschlecht von Patient und Arzt zu erfassen. Im Rahmen einer grossen Studie wurden auch Daten von 4195 Patientinnen (60%) und Pa-

tienten (40%) gesammelt, die in 30 Praxen von 39 Allgemeinärzten und 16 Allgemeinärztinnen betreut worden waren. Die Analyse der Krankengeschichten erforderte eine Ergänzung durch Telefoninterviews. Risikofaktoren waren sehr häufig: Lipidstörung (52%), Hypertonie (40%), Diabetes (10%), BMI > 30 (32%), Rauchen (14%). Signifikant mehr Frauen waren körperlich inaktiv. Signi-

fikant mehr Männer als Frauen hatten ein hohes kardiovaskuläres Risiko. Nach Kontrolle des kardiovaskulären Risikos sowie der Arzt- und Patientenvariablen ergaben sich keine Geschlechtsdifferenzen beim Erreichen des LDL-Cholesterin-Zielwerts oder beim Diabetesmanagement sowie beim Anteil der kontrollierten HbA_{1c}- und BD-Werte diabetischer Patienten. «Viele Geschlechtsunterschiede beim Management der kardiovaskulären Risikofaktoren verschwanden bei Berücksichtigung der Störfaktoren (confounders)», erklärte die Referentin. In den adjustierten Analysen traten dennoch einige Unterschiede im Stil des Managements zwischen Ärztinnen und Ärzten hervor. So boten mehr Ärztinnen bei Hypertonie (Odds Ratio [OR] = 2,2) und Adipositas (OR = 2,14) eine Beratung zur Ernährung und zum Gewichtsverlust an, und sie rieten auch eher zu

vermehrter körperlicher Aktivität bei Adipositas (OR = 2,03) oder Diabetes mellitus (OR = 6,5). Das Diabetesmanagement war vom Patientengeschlecht abhängig: Frauen erhielten seltener eine blutzuckersenkende Medikation (OR = 0,49), ACE-Hemmer (OR = 0,39) oder eine Aspirinprophylaxe (OR = 0,30). Unter den Hypertensiven wiesen mehr Männer als Frauen eine BD-Kontrolle auf. Ärztinnen hatten eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, bei ihren weiblichen diabetischen Patienten den Blutdruck zu kontrollieren als bei den männlichen. Männliche Patienten hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit einen kontrollierten BD, wenn sie bei einer Ärztin in Behandlung standen als bei einem Arzt. «Der alte Spruch «Frauen kriegen Rat, Männer Medikamente» scheint also immer noch zu stimmen», kommentierte Hava Tabenkin und fügte

mahnend hinzu: «Auch Frauen haben als Diabetikerinnen ein markant höheres kardiovaskuläres Risiko, und Ärztinnen und Ärzte sollten sich bewusst sein, dass sie dieselbe Behandlung benötigen wie Männer.» Die beobachteten Verhaltensunterschiede zwischen Praktikerinnen und Praktikern, dies war der Referentin ein auch in der Diskussion wiederholtes Anliegen, haben nicht damit zu tun, dass Ärztinnen sich in den Kenntnissen unterscheiden, sondern damit, dass sie «anders» praktizieren: Unter stärkerer Berücksichtigung der Erlebniswelt der Patienten und Patientinnen, in die sie sich hineinzusetzen suchen und der sie die Therapie anzupassen versuchen.

H.B.

Tabenkin H. (Afula), Eaton C. (R.I.), Roberts M. (R.I.), McMurry J. (R.I.), Borkan J. (R.I.): The effect of patients' and physicians' gender on cardio-vascular risk factors management among primary care patients from Southeastern New England. OP-216.

Die meisten Praktiker halten sich nicht an Cholesterinrichtlinien

Eine von Ursina Halter vorgestellte Studie des Instituts für Hausarztmedizin Basel (IHAMB) ergab, dass in Hausarztpraxen in der Nordwestschweiz mehr als die Hälfte der Patienten mit Dyslipidämie nicht gemäss den geltenden Schweizer

Richtlinien behandelt werden. Grundlage waren die retrospektiv und nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Daten von 1000 konsekutiven Patienten. 866 Datensätze waren komplett und gingen in die Analyse ein. Nur 6 Prozent aller

Patienten wiesen keine kardiovaskulären Risikofaktoren auf, ein Risikofaktor fand sich bei 24 Prozent und zwei oder mehr Risikofaktoren bei 41 Prozent. Zu diesen Risikofaktoren zählten Hypertonie (50%), Rauchen (25%), Gesamtcholesterin über 5 mmol/l (48%), Alter über 50 Jahre (77% der Männer) beziehungsweise über 60 bei Frauen (60%). Bei rund einem Drittel der Patienten (29%) bestanden aufgrund von Diabetes und/oder Atherosklerose (KHK, Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit) Indikationen für eine sekundäre kardiovaskuläre Prävention.

Eine den Richtlinien für Dyslipidämie entsprechende Behandlung erfolgte nur bei 44 Prozent der Patienten. Bei den anderen wurde entweder die entsprechende Kontrolluntersuchung nicht durchgeführt (37%), kein Medikament/keine Massnahme verordnet (10%) oder beides unterlassen (8,5%). Von den 315 Patienten, bei denen die Richtlinien ein Statin empfehlen, erhielten 172 (55%) ein entsprechendes Medikament. Komorbidität und die Annahme, dass das Risiko nicht relevant genug sei, waren die Hauptgründe auf Ärzteseite, die Lipidwerte nicht zu überprüfen beziehungsweise keine Behandlung zu verordnen.

Tabelle: Gründe, sich nicht an Cholesterinrichtlinien zu halten*

| Ärzte | Patienten (nach Angaben der Ärzte): |
|---|---|
| 38% Risiko erfordert keine Therapie | 42% andere Erkrankungen relevanter |
| 28% nicht einverstanden mit den Guidelines | 32% schwere Komorbidität |
| 20% nicht an die Guidelines gedacht | 34% andere Erkrankung hat Vorrang |
| 12% Risiko erfordert keine Kontrolluntersuchungen | 33% Patient lehnt Medikamente ab |
| 6% keine Zeit für Präventionsmassnahmen | 25% Patient lehnt Ernährungsumstellung ab |
| | 22% Patient ist nicht compliant |
| | 22% Polypharmakotherapie |
| | 7% soziale und finanzielle Hinderungsgründe |
| | 5% Patient wünscht keine Kontrolluntersuchung |
| | 1% Notfallsituation |

*Mehrfachnennungen möglich

Insbesondere bei Diabetikern ist man hier eher zurückhaltend: Bei ihnen ist es siebenmal wahrscheinlicher, dass keine Behandlung verordnet wird, obwohl dies die Richtlinien empfehlen. Die Vielzahl der ablehnenden Gründe bei Ärzten und Patienten wurde für 158 Fälle, bei denen man zwar ein entsprechendes Lipid-

profil und Risikofaktoren ermittelt hatte, aber trotzdem keine Behandlung einleitete beziehungsweise befolgte, detailliert aufgelistet (*Tabelle*). «Richtlinien müssen die speziellen Bedingungen in der Hausarztmedizin berücksichtigen, und Massnahmen zur vermehrten Anwendung von Guidelines sollten die Informa-

tion der Ärzte und die Motivation der Patienten zum Ziel haben», fordern darum die Studienautoren.

RBO

Bally K. (Basel), Martina B. (Basel), Halter U. (Basel), Isler R. (Basel), Tschudi P. (Basel): Practice barriers to guideline-recommended cholesterol management. OP-063.

Stichwort Diabetes

Betablocker beeinflussen bei Diabetikern die Mortalität günstig

Heute erscheinen Wirkstoffe, die das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) blockieren, als die bevorzugten Medikamente, um bei Patienten mit Diabetes mellitus die kardiovaskuläre Mortalität zu senken. Über den Stellenwert von Betablockern ist zuletzt viel diskutiert worden, zumal sie ungünstige Effekte zu haben scheinen, die jedoch auf Studien mit Atenolol (Tenormin® oder Generika) zurückgingen. Daten zum Langzeiteffekt von Betablockern bei Diabetikern wollte Frans Rutten, Utrecht, mit einer «nicht experimentellen» Studie liefern. Diese beruht auf der Auswertung der computerisierten Krankengeschichten aus 23 Allgemeinpraxen in den Niederlanden der Jahre 1996 bis 2006. Herausgefiltert wurden Patienten ab 45 Jahre mit einer Diabetes-mellitus-Diagnose mit ihren Komorbiditäten und

Medikamentenverschreibungen. In der multivariaten Cox-Regressionsanalyse für die Gesamtmortalität nahmen die Autoren Korrekturen für Alter, Geschlecht, kardiovaskuläre Ereignisse, Rauchen sowie weitere Herz-Kreislauf-Medikamente vor. Die Studie stützt sich auf 2670 diabetische Patienten mit einer mittleren Beobachtungszeit von 8,8 Jahren, während der 639 (23,9%) Patienten verstarben. Insgesamt nahmen 35,6 Prozent der Patienten kardioselektive und 10,2 Prozent nichtselektive Betablocker ein. 45,4 Prozent erhielten ACE-Hemmer und 12,1 Prozent Angiotensinrezeptorblocker. 22,7 Prozent hatten Rezepte für Kalziumantagonisten, 33,4 Prozent für Statine und 17,9 Prozent für Aspirin. Mit einer für die verschiedenen Kovariablen korrigierten Hazard Ratio von 0,78 (95%-Konfidenzintervall [KI] 0,64–0,95)

für kardioselektive und 0,77 (95%-KI 0,58–1,01) für nichtselektive Betablocker scheinen diese die Gesamtmortalität bei Diabetespatienten zu senken. Dies gilt auch, mit ähnlichen HR, für die anderen berücksichtigten Wirkstoffklassen – mit Ausnahme der ACE-Hemmer, für die sich eine HR von 1,02 (95%-KI 0,85–1,22) ergab. «In dieser Beobachtungsstudie können wir trotz der Bemühung, möglichst viele Kovariablen zu berücksichtigen, residuelle Störfaktoren natürlich nicht ausschliessen», räumte Frans Rutten ein. In der Diskussion bemerkte er zudem, dass zwischen kardioselektiven und nichtselektiven Betablockern hinsichtlich der Gesamtmortalität kein statistischer Unterschied bestand, und stellte klar, dass er wegen der HR für ACE-Hemmer sicher nicht zu einer Umstellung der Therapie aufrufen würde. «Ohnehin sollten wir uns nicht auf die Wirkstoffklasse konzentrieren, sondern auf die erzielte Blutdrucksenkung», so seine Quintessenz.

H.B.

Rutten F. (Utrecht), Boonman-Winter L. (Etten-Leur), Zuithoff N. (Utrecht), Hoes A. (Utrecht): Long-term effect of betablockers on all-cause mortality in patients with diabetes mellitus: a non-experimental study. OP-147.

Postprandialer Blutzucker korreliert mit Prognose nach Hirnschlag

Aus der Diabetesepidemiologie (z.B. DECODE-Studie) ist bekannt, dass das relative Sterberisiko unabhängig vom Nüchternwert parallel zum postprandialen Blutzucker zwei Stunden nach einer Mahlzeit zunimmt. Dr. George Konstantinou, Athen, fasste die Daten

einer kleinen Studie zusammen an der 52 Diabetiker (32 Männer, 20 Frauen) im mittleren Alter von 75 Jahren teilnahmen, die in Piräus wegen Stroke hospitalisiert werden mussten. Ihr neurologischer Zustand wurde bei Spitaleintritt und -ent-



George Konstantinou

lassung sowie drei Monate später anhand der Stroke-Skala der National Institutes of Health bestimmt. Zudem wurden HbA_{1c} und Blutglukose am ersten Hospitalisationstag sowie mittlere Nüchtern- und Postprandialglukosewerte und Blutzuckerspitzen während der Hospitalisation gemessen. Die klinische Besserung während der Hospitalisation war einzig mit den Postprandialwerten negativ korreliert,

ebenso die weitere Verbesserung in den folgenden drei Monaten. 9 von 23 Patienten (29%) zeigten während des Spitalaufenthalts keine Besserung, hatten jedoch drei Monate später einen besseren Stroke-Score, und dies korrelierte mit dem HbA_{1c}-Wert sowie mit der Glykämie am ersten Hospitalisationstag und mit den Glukosespitzen. «Die gute

Kontrolle der postprandialen Blutzuckerwerte während der Hospitalisation scheint bei Diabetikern mit Stroke einen günstigen Einfluss auf die frühe und die Langzeitprognose zu haben. Zudem scheint auch die gute Glykämiekontrolle in der Grundversorgung bei Diabetikern die Langzeitprognose zu verbessern, wenn sie einen Hirnschlag er-

leiden», interpretierte Dr. Konstantinou die Ergebnisse.

H.B.

Dragoumanos V. (Piraeus), Konstantinou G. (Athens), Athanasopoulos, D. (Piraeus), Tsiaglis S. (Piraeus), Gavra P. (Piräus), Katsianakou G., (Piraeus), Liarou M. (Amphiklia Medical Center), Tsevas K. (Amphiklia Medical Center), Melidonis A. (Piraeus): The post prandial glucose of diabetic patients as an independent factor of prognosis in strokes. OP-122.

Kann moderater Alkoholkonsum Diabetes verhindern?



Olivier Clerc

Die Frage in ihrem Titel, ob moderater Alkoholkonsum das metabolische Syndrom und Diabetes mellitus *verhindern* könne, konnte die Studie von Dr. Olivier Clerc, Lausanne, zwar nicht beantworten, sein Vortrag kam bei den Zuhörerinnen und Zuhörern trotzdem gut an. Kein Wunder, denn er zeigte einmal mehr, dass Personen mit moderatem Alkoholkonsum – zu denen sich die meisten zählen dürften – im Durchschnitt gesünder waren als Abstinenzler oder Personen mit höherem Alkoholkonsum.

Clerc und sein Team stützen ihre Erhebung auf die Daten von 6172 zufällig ausgewählten Einwohnern von Lausanne im Alter zwischen 35 und 75 Jahren. Sie wurden in Nichttrinker (0 Drinks pro Woche), moderate (1–6 oder 7–13 Drinks pro Woche), starke (14–20, 21–27 oder 28–34 Drinks pro Woche) und sehr starke Trinker (> 35 Drinks pro Woche) eingeteilt. Als «1 Drink» galten 10 bis 12 Gramm Ethanol, sei es nun Wein, Bier oder Schnaps. Die Plausibilität der Angaben der Probanden wurde stichprobenmässig in Laboruntersuchungen überprüft. Für die Lausanner Kohorte ergaben sich nach dieser Definition 27 Prozent

Nichttrinker, 55 Prozent moderate, 16 Prozent starke und 2 Prozent sehr starke Trinker. Sowohl für die Prävalenz von Diabetes als auch metabolischem Syndrom zeigte sich, dass Nichttrinker und Trinker ab etwa 28 Drinks pro Woche stärker davon betroffen waren als Personen mit moderatem Alkoholkonsum. Auskunft über Ursache und Wirkung geben solche «Cross-sectional»-Studien freilich nicht, da sie zwar das gleichzeitige Auftreten von Phänomenen erfassen, nicht aber einen kausalen Zusammenhang beweisen können. Die Antwort auf die Titelfrage ist also weiterhin offen.

RBO

Clerc O. (Lausanne), Nanchen D. (Lausanne), Marques-Vidal P.M. (Lausanne), Gmel G. (Lausanne), Daeppen J.B. (Lausanne), Paccaud F. (Lausanne), Mooser V. (Philadelphia), Cornuz J. (Lausanne), Waeber G. (Lausanne), Vollenweider P. (Lausanne), Rodondi N. (Lausanne): Could moderate alcohol consumption help prevent metabolic syndrome and diabetes mellitus?

Und ausserdem ...

Klettergarten und freier Fall

Dass Hausärzte sich mitunter fühlen, als würde man ihnen «den Boden unter den Füßen wegziehen» oder sie «in der Luft hängen lassen», konnte man am Wonca-Kongress auch im wahrsten Sinn des Wortes erfahren. So mancher stürzte sich mit Helm und Klettergurt gesichert und unter dem Beifall des Publikums in den freien Fall. Andere suchten nach neuen Wegen an einer Kletterwand.

