



Periskop


SARS in Toronto. Der Ausbruch erfasste 225 Patienten und war gekennzeichnet durch zwei Phasen, deren zweite erfolgte, nachdem die erste vorzeitig als erloschen galt. Die WHO gab eine Verlautbarung gegen den Besuch von Toronto ab. Sie wurde nach 6 Tagen zurückgezogen und soll der Tourismus-Industrie einen Verlust von 260 Millionen Dollar (kanadische) eingebracht haben. Verständlich, dass der Ausbruch zuhänden der Verantwortlichen untersucht wird: Die Transmission von SARS begrenzte sich auf Spital- und Haushaltkontakte mit Patienten. Für jeden SARS-Fall müssen die Gesundheitsbehörden mit 100 Kontakten in Quarantäne rechnen und 8 davon in extenso aufarbeiten. Im Spital sind während des Ausbruchs SARS-ähnliche Erkrankungen zu überwachen und die Infektionskontrolle zu intensivieren. – *Svoboda T, et al. Public health measures to control the spread of SARS during the outbreak in Toronto. N Engl J Med 2004;350:2352-61.* 


Finanzielle «Motivationsförderer» für Ärzte! «Kein System produziert die Resultate, die wir wollen, wenn es das Ethos unterminiert, das für die Professionalität notwendig ist.» Viele «**Incentives**» schaffen oder verstärken den Interessenskonflikt, kompromittieren des Arztes Loyalität gegenüber den Patienten und sein unabhängiges Urteil. Managed-Care-Organisationen in den USA, private Firmen, medizinische Lieferanten – Pharmafirmen und Hersteller von medizinischen Apparaten – nützen finanzielle Bindungen, bezahlen Consultant-Saläre, Redner, Berater etc., um die Ärzte an ihre Produkte zu binden. «Incentives» sind nicht generell schlecht, doch sollte dafür gesorgt werden, dass sie die Qualität der Versorgung und effiziente Nutzung der Ressourcen generieren. Das ist die Meinung eines Juristen. Ein frommer Wunsch? – *Rodwin MA. Financial incentives for doctors. BMJ 2004;328:1328-9.* 

A propos «**Incentives**»: In Italien sind 4700 Ärzte, Manager und Angestellte von GlaxoSmith-Kline angeklagt, illegale Kompensationen von GSK für die Verschreibung von GSK-Medikamenten entgegengenommen zu haben. Summe: 228 Millionen Euro! Steuerausfälle in der Grössenordnung von 159 Millionen Euro in 3 Jahren. Beispiel: Topotecan zum Preis von 1800 Euro pro 4 Ampullen. Und in Deutschland sind weitere 4000 Ärzte betroffen, die für ähnliche Aktivitäten bezahlt wurden. Allerdings sind auch Krankenkassen davor nicht geschützt: Der Chef der Ortskrankenkasse hat sich seine Dienste mit Geldern in der Grössenordnung von 400 000 Franken schmieren lassen. – *Turone F. Italian doctors*

face criminal allegations over bribes/Bürgermeister J. German prosecutors probe again into bribes by drug companies. BMJ 2004;328:1333. 

Verleumdung von Pädiatern in den Medien für ihre Aussagen in Fällen von (ungeklärter) **Kindsmisshandlung** («Münchhausen by proxy») oder plötzlichem **Kindstod** haben in der Öffentlichkeit erhebliche Verwirrung gebracht und bedrohen den Schutz des Kindes. Viele Pädiater sind verständlicherweise zurückhaltend, sich zu solchen Fällen zu äussern. Kindstod und Kinderschutz gehören primär vor «non-adversarial» zivile Experten und Kommissionen, mit dem Ziel, die verbleibenden Kinder zu schützen. Dann erst kommen allenfalls die Gerichtsverhandlungen. Dabei präsentieren die Ärzte die Fakten, und die Juristen und Richter sorgen dafür, dass diese Fakten ihnen selbst und der Jury erklärt werden. Die Öffentlichkeit muss besser informiert werden über das, was man weiss und nicht weiss. – *Craft AW, Hall DM. Münchhausen syndrome by proxy and sudden infant death. BMJ 2004;328:1309-12.* 

A propos: in diesem Heft des BMJ wurden 4 «**Wahrheiten**» in Frage gestellt resp. umgestossen: 1) NSAID sollen für Nierenkolik besser sein als Opiate; 2) enterale Ernährung führt bei akuter Pankreatitis zu rascherer Besserung als parenterale; 3) epidurale Anästhesie erhöht nicht das Risiko des Kaiserschnitts und 4), wie eben gezeigt, dass Eradikation des *Helicobacter pylori* weder Besserung der Beschwerden noch des Refluxes bringt. Grund? Eine Studie fand erhebliche Probleme der statistischen Berechnung in 38% der in Nature und 25% in BMJ publizierten Arbeiten. Erklärt das alles? Und erklären diese Schwierigkeiten die diskrepanten Resultate? Zunächst bleibt wenig anderes als Lektüre *cum grano salis!* – *Abbasi K. Do mistakes matter? Editor's choice. BMJ 2004;328:1386.* 

Die Inzidenz des **Pankreaskarzinoms** hat in den Jahren von 1963 bis 1998 stetig zugenommen, von 4,9 auf 9,8 pro 100 000, bei Männern wie Frauen. Sie betrifft vor allem die jüngere Altersgruppe (Alkoholismus?). Die Todesrate innerhalb von 30 Tagen blieb von 1970 an unverändert: 30%, rund 30mal höher, als die Restpopulation im selben Alter. Die Pankreatitis ist eine Erkrankung, in deren Behandlung keine Innovationen eingeführt worden sind. Die akute Pankreatitis war, ist und bleibt vorderhand eine Erkrankung mit schlechter Prognose. – *Goldacre MJ, Roberts SE. Hospital admission for acute pancreatitis in an English population, 1963-98. BMJ 2004;328:1466-9.* 

Périscope

SARS à Toronto. L'épidémie a touché 225 patients et fut caractérisée par deux phases, la seconde après que la première ait été considérée trop tôt comme éteinte. L'OMS a officiellement déconseillé de se rendre à Toronto. Elle a changé d'avis 6 jours plus tard, mais l'industrie du tourisme aurait perdu 260 millions de dollars canadiens. Il est bien compréhensible que l'épidémie soit suivie par les responsables: la transmission du SARS a été limitée à des contacts hospitaliers et à domicile avec des patients. Pour chaque cas de SARS, les autorités sanitaires doivent prévoir 100 contacts en quarantaine, dont 8 doivent être examinés in extenso. A l'hôpital, les pathologies ressemblant au SARS doivent être surveillées pendant l'épidémie et le contrôle des infections doit être intensifié. – *Svoboda T, et al. Public health measures to control the spread of SARS during the outbreak in Toronto. N Engl J Med 2004;350:2352-61.*

«Aiguillons de motivation» financiers pour médecins? «Aucun système ne donne les résultats que nous voulons s'il sape l'Ethos indispensable à tout professionnalisme.» De nombreuses «incentives» (incitations) créent ou accentuent le conflit d'intérêt, compromettent la loyauté du médecin envers son patient et l'indépendance de son jugement. Aux Etats-Unis, les organisations de Managed Care, maisons privées, fournisseurs médicaux – maisons pharmaceutiques et fabricants d'appareils médicaux – recourent à des moyens financiers, paient des salaires de consultant, orateur, conseiller, etc. pour lier les médecins à leurs produits. Les «incentives» ne sont pas mauvaises en général, mais il faut être attentif à ce qu'elles génèrent qualité des soins et utilisation efficiente des ressources. Tel est l'avis d'un juriste. Vœu pieux? – *Rodwin MA. Financial incentives for doctors. BMJ 2004;328:1328-9.*

A propos d'«incentives»: en Italie, 4700 médecins, managers et employés de GlaxoSmithKline sont accusés d'avoir reçu des compensations illégales de la part de GSK pour la prescription de médicaments de GSK. Total: 228 millions d'euros! Le fisc a perdu quelque 159 millions d'euros en 3 ans. Exemple: le topotécan au prix de 1800 euros pour 4 ampoules. En Allemagne, 4000 médecins sont également concernés pour avoir été payés pour des activités semblables. Mais les caisses-maladie ne sont pas non plus à l'abri: le chef d'une caisse régionale a monnayé ses services à raison de quelque 400 000 francs. – *Turone F. Italian doctors face criminal allegations over bribes/Burgermeister J. German pro-*

secutors probe again into bribes by drug companies. BMJ 2004;328:1333.

La diffamation de pédiatres dans les médias pour leurs déclarations dans les cas de **maltraitance infantile** (non diagnostiquée) («Münchhausen by proxy») ou de **mort infantile** subite a provoqué une très grande confusion dans le public et menace la protection de l'enfance. De nombreux pédiatres sont naturellement réticents à s'exprimer sur de tels cas. La mort infantile et la protection de l'enfance sont d'abord du ressort d'experts et de commissions civiles «non adversaires», dans le but de protéger les autres enfants. Ce n'est qu'ensuite qu'interviennent éventuellement les démarches judiciaires. Les médecins présentent les faits, et les juristes et juges font en sorte que ces faits leur soient expliqués, de même qu'au jury. Le public doit être mieux informé sur ce que l'on sait et ne sait pas. – *Craft AW, Hall DMB. Munchhausen syndrome by proxy and sudden infant death. BMJ 2004;328:1309-12.*

A propos: dans ce numéro du BMJ, quatre «vérités» ont été remises en question ou sont tombées: 1) les AINS sont meilleurs que les opioïdes dans la colique néphrétique; 2) l'alimentation entérale procure une amélioration plus rapide que la parentérale dans la pancréatite aiguë; 3) l'anesthésie épidurale n'augmente pas le risque de la césarienne et 4) comme précisé ci-dessus, l'éradication de *Helicobacter pylori* n'améliore ni les problèmes, ni le reflux. Explication? Une étude a découvert de gros problèmes dans les calculs statistiques de 38% des travaux publiés dans Nature et 25% de ceux publiés dans le BMJ. Cela explique-t-il tout? Et ces difficultés expliquent-elles la discréditation des résultats? Il ne reste pas grand-chose à faire que de lire *cum grano salis!* – *Abbasi K. Do mistakes matter? Editor's choice. BMJ 2004;328:1386.*

L'incidence du **carcinome du pancréas** a constamment augmenté entre 1963 et 1998, soit de 4,9 à 9,8 pour 100 000 habitants, chez les hommes comme chez les femmes. Il touche surtout des personnes relativement jeunes (alcoolisme?). La mortalité à 30 jours est restée stable depuis 1970: 30%, soit environ 30 fois plus élevée que pour la population du même âge. La pancréatite est une maladie dont le traitement n'a connu aucune innovation. La pancréatite était, est et reste pour l'heure une maladie dont le pronostic est mauvais. – *Goldacre M, Robert SE. Hospital admission for acute pancreatitis in an english population, 1963-98. BMJ 2004;328:1466-9.*