

Periskop

Kardiopulmonale Wiederbelebung bei betagten, schwachen und instabilen Patienten ist selten erfolgreich. Das Überleben in Akutspitalern liegt bei 14%. Ein Drittel bis die Hälfte der «Wiederbelebten» haben neue, mittlere bis schwere neurologische Defizite. Wiederbelebungsversuche auf öffentlichen Plätzen gelingen in 5–10%, bis zu zwei Dritteln der Geretteten haben in der Folge mittlere oder schwere Defizite. Mehr als 50% der in Pflegeheimen Reanimierten leben nach dem Eingriff weniger als ein Jahr. Wo die Wiederbelebung wahrscheinlich (2–5%, meinen die Autoren) nicht gelingen wird, ist die Intervention nicht angemessen. Es sollte etwas passieren, sagen die Autoren – richtig, aber was? – *Conroy SP, et al. Cardiopulmonary resuscitation in continuing care settings: time for a rethink? BMJ 2006; 332:479–82.*

Interessenkonflikte! In La Oroya, auf einer Höhe von 3700 m ü.M. in den peruanischen Anden gelegen, steht eine riesige Schmelzhütte und Raffinerie, die seit Jahren «flüchtige Emissionen» – Blei, Kadmium, Quecksilber, Antimon, Arsen, Zäsium, Thallium usw. – abgibt. 99,9% der Kinder unter sechs Jahren weisen Blutbleikonzentrationen von >10 µg/dl sowie einen Wachstums- und einen zerebralen Entwicklungsrückstand auf. Zwar sollen die Blutbleispiegel seit 1997 um mehr als 50% gesunken sein, aber die Emissionen liegen noch immer weit über den zulässigen Werten. Und nun der Konflikt: Die Leute, die zur Klärung der Situation in La Oroya eintrafen, wurden von Einwohnern und Helfern mit faulen Eiern «begrusst». Verständlich, wer soll die Schmelzhütte ersetzen, falls sie geschlossen werden muss? – *Fraser B. Peruvian mining town must balance health and economies. Lancet 2006;367:889–90.*

Eine Studie aus den USA untersuchte, wer eine **schlechte ärztliche Betreuung** erhält. Zunächst einmal: Die Patienten kommen lediglich in 54,9% der Fälle in den Genuss der «empfohlenen» Behandlung. Dann: Die Unterschiede zwischen den soziodemographischen Gruppen sind klein, sehr klein: Frauen sind besser versorgt als Männer (56,6 vs. 52,3%), Personen unter 31 Jahren besser als solche über 65 Jahre (57,5 vs. 52,1%), Schwarze und Latinos besser als Weisse (57,6 bzw. 57,5 vs. 54,1%). Haushalte mit einem Einkommen von mehr als 50000 Dollar pro Jahr erhielten eine bessere Betreuung als jene mit einem Jahresverdienst von weniger als 15000 Dollar – aber nur geringfügig: 56,6 vs. 53,1%. Zwar erhielten Frauen eine bessere Behandlung als Männer, aber das betraf weniger die Akutversorgung als vielmehr chronische Erkrankungen, Prävention usw. Merkwürdig! Die Studie beruht auf rund 6700 Personen und 439 Indikatoren für 30 Erkrankungen. Genügt das? Ist der Ansatz richtig? – *Asch SM, et al. Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care. NEJM 2006;354: 1147–56.*

Wenn **Gesetz und Ethik** kollidieren ... Die Todesstrafe in den USA erfordert die Anwesenheit eines Mediziners bei der Exekution. Die tödliche Injektion ist (nach dem Erschiessen, dem Hän-

gen, der Gaskammer und dem elektrischen Stuhl) die einzige Methode, die von den Gerichten als «ausreichend human» beurteilt wird. Die American Medical Association (AMA) wehrt sich seit 1980 konsequent gegen das Erfordernis der Präsenz eines Arztes, und dennoch fanden sich Ärzte für 844 Exekutionen – zu Recht oder zu Unrecht? Das «New England Journal of Medicine» bringt eine ernsthafte, eindruckliche Darstellung der Argumente dafür und dagegen, um schliesslich zu einer strikten und fundierten Ablehnung der Verpflichtung zu gelangen, die Todesstrafe im Beisein eines Mediziners zu vollziehen. Kein Kommentar – Nimm und lies! – *Gawande A. When law and ethics collide – why physicians participate in executions. NEJM 2006;354:1221–9.*

Roy Meadow, pensionierter Pädiatrieprofessor, wurde vor kurzem für seine Aussagen im Fall Sally Clarke verurteilt und aus dem Register gestrichen. In zweiter Instanz hat nun der High Court Meadow freigesprochen. «Ärzte und andere Experten, die ehrlich und in gutem Glauben ihre Meinung abgeben, sind bezüglich der disziplinarischen Massnahmen für ihre Äusserungen vor Gericht immun», erklärte der Richter. Eine wesentliche Rolle in der Neubeurteilung spielte die zunehmende Zurückhaltung von Pädiatern und Spezialisten aller Art, vor Gericht auszusagen. Zweifellos richtig – und alle atmen auf! – *Dyer C. Meadow should never have been brought before the GMC. BMJ 2006;332:439.*

Assoziation? Eine 40jährige obese (41,6 kg/m²) Patientin kommt mit Dyspnoe. Seit fünf Tagen ist sie inappetent, leidet unter Nausea und muss mehrmals täglich erbrechen. Um abzunehmen hat sie konsequent die sogenannte Atkins®-Diät praktiziert: wenig Kohlenhydrate und viel Eiweiss, Atkins® Basic #3™, Atkins® Essential Oils™, Atkins® Accel™, Atkins® dieters, Atkins®, Atkins® ... zu sich genommen, nach dem Atkins®-Diätbuch den Urin auf Ketone untersucht (kräftig positiv!) – und sich auf diese Weise einen Gewichtsverlust von 9 kg eingehandelt. Die Laboruntersuchungen ergeben folgende Werte: Natrium 144, Kalium 4,8, Chlorid 110 und Bicarbonat 8 mmol/L, das Kreatinin liegt bei 106 µmol/L, und es besteht eine Anionenlücke von 8 mmol/L. Der pH-Wert beträgt 7,19, die Serumglukose 4,2 mmol/L, die Leukozytenzahl 13× 10⁹/L. Was dürfte hier vorgelegen haben? (Auflösung siehe unten)

*Lancet 2006;367:958.
Chen, et al. A life-threatening complication of Atkins diet. – als Kontrolle für die Einhaltung der Diät – Tsuh-Yin Buch, man möge täglich den Urin auf Ketokörper kontrollieren – als Kontrolle für die Einhaltung der Diät – Tsuh-Yin Patientin überlebt hat. Necktscherweise steht im Atkins®-drohliche metabolische Azidose/Ketoazidose, welche die sie wohl häufiger zu sehen sein: eine schwere, lebensbedrohliche metabolische Azidose/Ketoazidose, welche die Diät. Sollte die Populärität der Atkins®-Diät steigen, so wird Eine nicht häufige, aber mögliche Komplikation der Atkins®-*