

Periskop

Die Zahl der **Nichtkrankenversicherten** in den USA nimmt nicht ab, sondern zu! Während im Jahr 2001 28% der Personen mit einem jährlichen Einkommen zwischen 20 000 und 40 000 Dollar ohne Versicherung waren, belief sich ihre Zahl 2005 bereits auf 41%. Rund 48 Millionen Erwachsene im Alter von 19–64 Jahren, die meisten aus Arbeiterfamilien, und mehr als die Hälfte mit einem Jahreseinkommen unter 20 000 Dollar hatten zu irgendeinem Zeitpunkt des Jahres 2005 keine Krankenversicherung. Zunehmend verzichten auch die «gehobeneren» Schichten (Jahreseinkommen über 60 000 Dollar) auf die «Krankenkasse». Dabei nehmen die Gesundheitsauslagen jährlich um 7% zu – schneller als die Wirtschaft! – *Hopkins J. Number of uninsured middle class US citizens grows. BMJ. 2006;332:1047.*

Die USA rangieren nach China, dem Iran und Saudi Arabien bei der Zahl der **Hinrichtungen** an vierter Stelle. Im Jahr 1999 waren es 98, 2005 immerhin noch 60 – und auf der Warteliste stehen 3373 Todeskandidaten. Die Sequenz des derzeitigen Prozederes sieht Thiopental → Pancuronium → Kaliumchlorid vor. Die Ärzteschaft weigert sich, einen «ärztlichen Beistand» zu delegieren. Man sucht nach neuen Möglichkeiten, um garantieren zu können, dass der Tod schmerzlos erfolgt und ist in diesem Zusammenhang auf den bispektralen EEG-Monitor gestossen, der nach der Thiopentalgabe einen Index für die Tiefe der Hypnose von <60 auf einer Skala von 0 bis 100 anzeigt. Aber schon melden sich die Zweifler und befürchten, das System könnte in 0,1–0,2% falsche Resultate liefern. – Guter Rat: Ein Verzicht auf Hinrichtungen würde das Problem lösen! – *Steinbrook R. New technology, old dilemma. Monitoring EEG activity during executions. N Engl J Med. 2006;354:2525–7.*

Orale Antikoagulation (OAK) oder **Acetylsalicylsäure-Clopidogrel (AC)**, was ist bei Vorhofflimmern (VF) besser? In einer Studie wurden 3371 Patienten mit VF und einem oder mehreren Risikofaktoren für Schlaganfall randomisiert der OAK (INR 2–3) und 3335 einer Behandlung mit AC (75–100 bzw. 75 mg/d) zugewiesen und auf Schlaganfall, arterielle Embolie, Myokardinfarkt oder eine vaskuläre Todesursache hin beobachtet. Die Studie wurde vorzeitig beendet: 165 Ereignisse unter OAK standen 234 unter AC entgegen. Bei jenen Patienten, die bereits zuvor eine OAK hatten, liessen sich unter Antikoagulation eine noch grössere Reduktion der vaskulären Ereignisse und ein tieferes Blutungsrisiko feststellen als bei jenen, die bei Studieneintritt nicht antikoaguliert waren. Allerdings liegt die NNT (number needed to treat) bei 100 pro Jahr – der Unterschied zu AC ist indessen hoch signifikant. – *ACTIVE Writing Group on behalf of the ACTIVE Investigators. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial. Lancet. 2006;367:1903–12.*

Von den weltweit neun Millionen mit **Tuberkulose** Angesteckten starben bisher zwei Millionen; der Rest wird effektiv mit Rifampin und Isoniacid behandelt. Allerdings: Resistenzen mehren

sich und werden auf Dritte übertragen. Ungefähr zwei Millionen sind mit multidrogenresistenten Keimen infiziert, resistent gegen die beiden hauptsächlichen Tuberkulostatika. Neuerdings meldet sich – wiederum weltweit – ein superresistenter Keim, XDR, der sich zusätzlich zu Rifampin und Isoniacid auch als gegen mindestens drei der sechs Tuberkulostatika der zweiten Klasse resistent erweist. Entsprechend ist die Mortalität der Infektion mit XDR um 13% höher als bisher. An die 350 Fälle von XDR sind bis dahin bekannt geworden, 11% aller Resistenzen in den industrialisierten Ländern. – *Anonymus. Extreme drug resistance to tuberculosis emerges. Nat Med. 2006;12:486 (MMWR. 2006;55:301–5).*

Statinverschreibungen kosten den NHS Englands die Kleinigkeit von 738 Millionen Pfund pro Jahr. Gut 85% davon entfallen auf Simvastatin und Atorvastatin. Inzwischen ist das Patent von Simvastatin verfallen – und es ist sechsmal billiger zu haben. Dadurch kann der Staat im Zeitraum von fünf Jahren rund eine Milliarde Pfund einsparen! Guidelines aber verlangen für ein Risiko von >20% Statine über zehn Jahre – macht neue Ausgaben in der Grössenordnung von jährlich 250 Millionen Pfund. Würden alle neuen Patienten mit Simvastatin (an Stelle von Atorvastatin) behandelt, resultierten daraus Einsparungen von 921 bis 1352 Pfund über fünf Jahre. Wenn alle Patienten direkt Simvastatin erhielten, könnten innerhalb von fünf Jahren zwei Milliarden Pfund gespart werden – und das ohne Risiken und Einbussen! No comment! – *Moon JC, et al. Switching statins. BMJ. 2006;332:1344–5.*

Assoziation? Eine 78jährige Dame kommt mit abdominalen Krämpfen seit 6 Stunden. Der Schmerz ist stark, diffus, mit Maximum im rechten Unterbauch. Eine ähnliche Episode trat vor rund 60 Jahren auf und erneut mit 68 Jahren. Beide Male erfolgte eine Laparotomie – mit unauffälligem Resultat. Gelegentlich hatte sie eine ödematöse Schwellung der Beine, des Gesichts und der Vorderarme. Die Routinediagnostik ist mit Ausnahme einer Leukozytose von $16,8 \times 10^9/l$, davon 77% Neutrophile, unauffällig. Ein abdominales CT ergibt im linken Unterbauch eine grosse, heterogene, multilokulierte Masse im Bereiche des Caecums mit periläsionalem Aszites. Soll man, soll man nicht laparotomieren? Überhaupt: was ist los? (Auflösung siehe unten)

Auflösung zu **Assoziation**: nein, man soll nicht laparotomieren! Einer ihrer Söhne hat ähnliche Probleme. Ein reduziertes totales hämolytisches Komplement, ein reduzierter C1-Inhibitor und normale Konzentrationen von C3 und C1q sind die Informationen, die ein **hereditäres Angioödem Typ 1** kennzeichnen. Innerhalb von 72 Stunden löst sich der ganze Spuk auf. Patienten mit C1-INH-Mangel präsentieren sich oft mit schwerem Abdominalschmerz bei intestinaler Beteiligung. Nicht häufig, aber entscheidend, auf dass nicht ein drittesmal vergeblich laparotomiert wird! – *Persant R, et al. Unusual acute abdomen: to operate or not to operate? Lancet. 2006;367:1548.*