

## Periskop

«Pay for performance» dürfte in den USA die «Bezahlung für Service» ablösen. Medicare und Medicaid sind die Protagonisten, und sie sind unter Druck. Mehr als die Hälfte der HMOs in 41 Metropolitan Areas haben sich bereits für «pay für performance» entschieden. Andere äussern Bedenken: Was ist das Ziel? Qualität oder Effizienz, lies: Reduktion der Kosten? Was wird gemessen? Pap-Abstriche oder Tabakkonsum? Bei alternden Patienten? Wie sieht die Durchsetzung aus? Die «Belohnung»? Wer wird noch «echte» Kranke, Schwierige, Alte übernehmen? Und wie steht's mit der Moral der Ärzte? Wie mit dem Altruismus, den die zunehmende Kommerzialisierung bedroht? Unvermeidlich? – Fisher ES. *Paying for performance – risks and recommendations / Rosenthal MB, et al. Pay for performance in commercial MHOs. N Engl J Med. 2006;355:1845-7 / 1895-02.*



**Neurorehabilitation** auf neuen Wegen? Eines der wesentlichen Behandlungsprinzipien einer paretischen Extremität besteht darin, den «angelernten Nichtgebrauch» («learned nonuse») durch einen «erzwungenen Gebrauch» zu ersetzen. Die gesunde (oder gesündere) Gliedmasse wird gehemmt, die kranke durch «forced use» gefördert. Das Vorgehen nennt sich CIMT (constraint induced movement therapy). – An sieben Institutionen der USA wurden 222 Patienten mit einer Parese einer oberen Extremität drei bis neun Monate nach einem Schlaganfall während zweier Wochen mit CIMT bzw. mit einer üblichen Betreuung behandelt – und siehe da: CIMT brachte in den verschiedensten Tests eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung der motorischen Funktionen, die mehr als ein Jahr anhielt! – Wolf SL, et al. *Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke. JAMA. 2006;296:1095-2104.*



Repetitorium: In Grossbritannien sind im ersten Quartal des vergangenen Jahres 449 Fälle (im Vergleich zu 77 im Jahr 2005) von Masern gemeldet worden, und zwar meistens an Orten mit tiefen Impfquoten für Masern/Mumps/Röteln. Erstmals seit 1992 ist es zu einem Todesfall gekommen (1 auf 5000). Dabei wollte die WHO bis zum Jahr 2010 die Elimination der Masern aus Europa erreichen. Während die USA schon 2002 für «masernfrei» erklärt wurde, gab es in Europa im Jahr 2004 noch immer 29000 Masernfälle. Eine Zweitimpfung bewirkt eine Immunität von 99%. – Masern gehören, je jünger der Patient desto mehr, in die Differentialdiagnose aller Patienten mit Fieber und makulopapillärem Ausschlag. Respiratorische und gastrointestinale Komplikationen sowie Hepatitiden (bei Erwachsenen) sind häufig, neurologische und immunologische Beschwerden hingegen selten (1 auf 1000–25000). – Asaria P, et al. *Measles in the United Kingdom. BMJ. 2006;333:890-5.*



Werden «drug eluting stents» über Gebühr eingesetzt? Die meisten Kardiologen dieser Welt haben die Medikamente abgebenden Stents begrüsst, verwendet (rund 2 Mio. pro Jahr) und gegenüber den einfachen Metallstents bevorzugt. Zu früh? Zu wenig begründet? Die «Wahrheit» kommt aus der Schweiz:

In einer Metaanalyse von acht Arbeiten und insgesamt 5108 Patienten stellten Kardiologen aus Genf im Zusammenhang mit sirolimusüberzogenen Stents eine im Vergleich zu einfachen Metallstents um 38% höhere Rate bezüglich Mortalität und nicht-tödlicher Infarkte fest. Beim Paclitaxel-Stent betrug dieser Wert 16%. In Basel konnten die Kardiologen in einer Metaanalyse von 17 Mitteilungen eine nichtsignifikante Zunahme der Gesamtmortalität und eine signifikante Zunahme der nichttödlichen Infarkte über die folgenden vier Jahre dokumentieren. Die Studien werfen «important questions» auf. Spielverderber? – Mitka M. *Critics say drug-eluting stents overused. JAMA. 2006;296:2077.*



Gestern habe ich mich gegen **Influenza** geimpft; heute kommt ein Artikel: **Prinzip oder Evidenz?** Die WHO behauptet, dass das Risiko älterer Leute für ernsthafte Komplikationen oder Tod um 70–85% reduziert wird. Wirklich? Wurden Influenza oder influenzaähnliche Erkrankungen untersucht? Die Viruszirkulation und die antigene Übereinstimmung verändern sich von Jahr zu Jahr. Nichtrandomisierte Studien überwiegen, wo doch erst systematische Reviews über mehrere Jahre oder gar Dekaden zuverlässige Aussagen über die Wirksamkeit erlaubten. Viele Studien sind von zweifelhafter Qualität. Störfaktoren sind häufig. Systematische Reviews aber zeigen, dass inaktivierte Vakzinen nur geringe oder keine Wirkung auf die gemessenen Effekte zeigen. Dasselbe gilt für die Sicherheit der Impfstoffe. Ob man diese Vakzinen noch einmal überprüfen sollte? Und wie? – Jefferson T. *Influenza vaccination: policy versus evidence. BMJ. 2006;333:912-5.*



**Assoziation?** Ein 71-jähriger Lehrer kommt mit Malaise, Fieber, Anorexie, Schweissausbrüchen und Schüttelfrostfällen. Er hat keinerlei Kontakte mit kranken Personen. Er schwitzt, hat 38,4 °C Fieber. Alles andere ist normal, mit Ausnahme eines Blutzuckers von 7,1 mmol/L. Tags darauf liegt die GOT bei 150, jene der GPT bei 188 U/L. Der Zustand verschlechtert sich unter Antibiotika, das Kreatinin steigt auf 260, das Bilirubin auf 91 µmol/L, und die Thrombozyten auf 563 000/mm<sup>3</sup>. Hepatitis A, B, C, CMV und EBV fallen negativ aus. Eine Knochenmarkbiopsie ergibt epitheloide Granulome mit fibrinoiden Ringen und mehr oder weniger zentralen Lipidvakuolen; ähnliche Läsionen finden sich in der Leberbiopsie. Was könnte das sein? (Auflösung siehe unten)



Sorry, schon wieder **Q-Fieber!** Antikörper gegen *Coxiella burnetii* waren positiv (IgG Phase I 1:16; IgG Phase II 1:1025; IgM Phase I 1:1024 und IgM Phase II 1:2056). Unter einer dreiwöchigen Behandlung mit Doxycyclin verbesserte sich der Zustand drastisch. Sogenannte Ring- oder «Doughnut-Granulome» in der Knochenmark- und Leberbiopsie liessen sich zwar nicht ausschliesslich, aber meistens beim Q-Fieber nachweisen. Und richtig: Zwei Wochen vor der Erkrankung hatte der Patient – eine Schafzucht besucht! – Bonilla MF, et al. *Ring around the diagnosis. Lancet. 2006;354:1937-42.*