

Periskop

Die Schere ... Eine grosse, sich immer weiter öffnende Kluft herrscht zwischen dem **Einkommen** der «Primary Care»-Ärzte (PCA) und demjenigen der meisten Spezialisten. Das mittlere Einkommen der PCAs betrug im Jahr 2004 161 816 Dollar, jenes der Spezialisten 297 000 Dollar. Dabei schwankten die Spezialisten zwischen 183 000 (Psychiater) und 427 800 Dollar (invasive Kardiologen). Die Wochenstundenzahl hat nichts mit dem Einkommen zu tun! Immer weniger junge Ärzte entscheiden sich für den «Family Doctor» (14% 2004 → 8% 2005). Und all das bei einer initialen Verschuldung von ungefähr 120 000 Dollar in staatlichen und 160 000 Dollar in privaten Medical Schools. Die PCAs werden nicht überleben, ohne dass ihre Saläre erheblich aufgestockt werden. Und wen betrifft das? Die Patienten? Medicare? Den Staat? – Oder allenfalls die reichen Spezialisten? – *Bodenheimer T, et al. The primary care-specialty income gap: why it matters. Ann Intern Med. 2007;146:301–6.*

Statistik der US Medical Schools. In den Jahren 2005/2006 betreuten 125 Schulen mit insgesamt 122 196 vollangestellten Fakultätsmitgliedern 69 280 Medizinstudierende, 34 835 männlichen und 34 445 weiblichen Geschlechts. Die vorklinischen Fächer beschäftigten 20 896 ordentliche, ausserordentliche (associate) und Assistenzprofessoren sowie Instruktoren, während 101 300 die klinischen Fächer besorgten, von denen 29 168 in der Inneren Medizin, 14 095 in der Pädiatrie, 9 128 in der Psychiatrie und 8 546 in der Chirurgie als Vollzeitfakultätsmitglieder tätig waren. Dies und manches andere bei *Barzansky B, et al. Medical schools in the United States / Brotherton SE, et al. Graduate medical education, 2005–2006. JAMA. 2007;296:1147–69.*

Die generelle Einführung der **Varizellenimpfung** in den USA hat die Morbidität und Mortalität erheblich reduziert. Um die Dauer des Impfschutzes festzulegen, wurden während zehn Jahren 350 000 Probanden auf Durchbruchvarizellen registriert. Insgesamt traten während der Beobachtungsperiode 11 356 Varizellen auf, davon 1080 Durchbruchvarizellen. Kinder von acht bis zwölf Jahren, die vor mehr als fünf Jahren geimpft worden waren, hatten signifikant mehr mässige bis schwere Erkrankungen als jene, bei denen die Impfung weniger als fünf Jahre zuvor erfolgt war. Durchbruchvarizellen traten im ersten Jahr nach der Impfung in 1,6 Fällen pro 1000 Personenjahre auf; nach fünf Jahren waren es neun und nach neun Jahren 58,2 Fälle pro 1000 Personenjahre. Eine Boosterinjektion bei allen Kindern könnte ein primäres Impfversagen und die Abnahme des Impfschutzes verhindern. – *Chaves SS, et al. Loss of vaccine-induced immunity to varicella over time. N Engl J Med. 2007;356:1121–9.*

Ein 37-jähriger Mann kommt im Schock auf die Notfallstation. Anscheinend hat er nach ein paar Tagen hohen Fiebers einen zunehmenden Bewusstseinsverlust erlitten – sonst nichts. Ach ja, beidseits hat er völlig **verkalkte Ohrmuscheln**. Er wird beatmet, erhält Vasopressoren (ohne dass der Blutdruck sich änderte) und dann schliesslich 100 mg Hydrocortison. Das bringt die Besserung. Die endokrinologische Abklärung bestätigt die

Nebenniereninsuffizienz – die tatsächlich die häufigste Ursache von verkalkten Ohrmuscheln ist. – *Fukushima K, et al. Shock and stony hard ears. Lancet. 2007;369:856.*

Am Wochenende oder werktags, wo liegt der Unterschied? Das Management des akuten Myokardinfarkts verlangt dringliche diagnostische und therapeutische Massnahmen. In New Jersey wurden von 1987 bis 2002 alle Spitalaufnahmen für akute Myokardinfarkte und deren Resultate (total 231 164 Patienten) registriert. Die demographischen Charakteristika der beiden Gruppen zeigten keine Unterschiede. Aber bei jenen Patienten, die an Wochenenden aufgenommen wurden, erfolgten – vor allem an den ersten zwei Tagen – weniger kardial invasive Prozeduren. In den Jahren 1999 bis 2002 war denn auch die kardiale Mortalität der Wochenendaufnahmen mit 12,9% deutlich höher als bei den Werktagsaufnahmen (12%), und der Unterschied wurde am dritten Tag des Spitalaufenthaltes signifikant: Neun bis zehn zusätzliche Todesfälle auf 1000 Zuweisungen! – *Kostis WJ, et al. Weekend versus weekday admission and mortality from myocardial infarction. N Engl J Med. 2007;356:1099–2009.*

«Dosis facit venenum»! Im *Periskop* von Heft 17 ist uns ein unerklärlicher Fehler unterlaufen: **Trastuzumab** wurde nicht, wie fälschlicherweise angegeben, in einer Dosierung von 100 mg/d verabreicht, sondern – wie üblich – in einer Initialdosis von **8 mg/kg KG** als Infusion über 90 Minuten mit einer anschliessenden Erhaltungsdosis von **6 mg/kg KG** alle drei Wochen für ein bzw. zwei Jahre. Wir danken für diesen wichtigen Hinweis und bitten um Verzeihung.

Assoziation? Ein 79-jähriger Mann meldet sich mit schwerem Eisenmangel. Er hat keinerlei Ulkusvorgeschichte, auch hat er keinen gastrointestinalen Blutverlust bemerkt – und doch liegt das Hämoglobin bei 67 G/L. Seit einem Herzinfarkt vor acht Jahren nimmt der Mann täglich 80 mg Aspirin Cardio® ein, jedoch keine NSAR und keine pflanzlichen Medikamente. Die Ösophagogastroskopie bringt ebensowenig wie die Koloskopie. Der Mann wird transfundiert und mit Misoprostol entlassen, kommt aber nach sieben Monaten wieder. Sein Hämoglobinwert ist von 106 auf 54 G/L gefallen. Eiweissstudien ergeben keine Anhaltspunkte für intestinale Eiweissverluste. Was soll das? (Auflösung siehe unten)

Zunächst wird eine Dünndarmkapselendoskopie durchgeführt, die multiple kleine Ulzera im ganzen Dünndarm zeigt. Woher und wieso? Man vermutet einen Zusammenhang mit der Acetylsalicylsäure, setzt diese ab und bestellt den Mann nach drei Monaten zu einer Kontrolle – alles in Ordnung. **Dünndarmulzera und -blutungen** unter NSAR sind durchaus bekannt. Acetylsalicylsäure gilt im allgemeinen als nicht dünn darmtoxisch – ist es aber, wie Figura zeigt. – *Leung W, et al. Small bowel enteropathy associated with chronic low-dose aspirin therapy. Lancet. 2007;369:614.*