# Periskop

«**Amerika**, von jetzt an ist der Doktor für Sie da …» Es sind aber nicht allein die Kosten. Es gibt personelle Probleme für 32 Millionen zusätzliche Patienten und ihre Betreuung! Dabei genügen Praktiker und Pflegepersonen heute schon nicht, und 2020, wenn die 32 Millionen angeschlossen sind, werden rund 40 000 Praktiker *(primary care providers)* fehlen. Was kann, was soll man tun? Die Attraktivität des Praktikers und der Pflegefachleute erhöhen? Finanzielle Besserstellung? Neue Training-Programme? Studienbeiträge? Gesundheitszentren, Schulen, von Pflegepersonen geführte Kliniken in den Gemeinden – und das alles neben den zusätzlichen Kosten, die mit rund 350 Milliarden Dollar in den kommenden zehn Jahren nicht eben tief ausfallen werden. Diese und andere Fakten und Ideen könnten über kurz oder lang auch bei uns aktuell werden! – *TIME Magazine. 2010;5:18–26.*

Bei einem Fall von **Charcot-Marie-Tooth-Neuropathie** (CMT, «neurale Muskeldystrophie», rezessive Form) wird die ganze **Genomsequenz** eines Patienten und seiner Familie erstellt. Wozu? Das erlaubt die verschiedensten Varianten des Genoms, relevante und irrelevante, zu identifizieren. – Die letzten 20 Jahre haben der Genetik gewaltige Fortschritte gebracht. Die Kosten der Sequenzierung haben sich von 100 000 US-Dollar für das erste Genom auf weniger als 1 Dollar für 1 Million Basen vermindert. In der obigen Familie wurden 31 Gene plus verschiedene Loci identifiziert, die alle CMT produzieren können. Die Studie kostete weniger als 50 000 Dollar. Diese Summe wiederum dürfte sich bereits in zwei Jahren auf einen Zehntel reduzieren. Eines wird klar: Die Kosten für die DNA-Sequenzierung werden in Kürze irrelevant, die Bestimmung Routine sein. Für wen? Was und wie sag ich's meinem Patienten? etc. – *N Engl J Med. 2010;362:1181–91/1235–6.*

**Fortschritte …** Die medikamentenresistente Tuberkulose (MDR) nimmt stetig zu und hat, laut einem globalen WHO-Bericht, im Jahre 2008 mit rund 440 000 weltweit ein Maximum erreicht. Ein Drittel der Patienten ist gestorben. Und nur schätzungsweise 7% aller Patienten mit MDR sind diagnostiziert. – *Lancet. 2010;375:9720(This Week in Medicine).*

**Zahlen …** Das Defizit ist die Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen (USA: 1,4 Billionen Dollar im Jahre 2009); Schulden sind die Summe vergangener Defizite (für die USA 7,5 Billionen Ende 2009). In Prozent des GDP *(gross domestic product)* belaufen sich die Schulden in Australien auf 5,1%, in der Schweiz auf 22,5%, in Grossbritannien auf 60,6%, in Italien auf 97,7% und in Griechenland auf 107,9%. Die USA kommen im Jahre 2009 auf 53% und 2020 auf >90%. Das bedeutet Steuererhöhungen und Reduktion der Ausgaben, Besteuerung der Versicherungen, tiefere Medicare- und Medicaid-Beiträge, erhöhte Kostenbeteiligung etc. – und Kampf gegen Betrug, Missbrauch und Kunstfehler … – *N Engl J Med. 2010;362:1166–8.*

Ein 26-jähriger Mann erkrankt mit Husten, Fieber und leichter Dyspnoe. Schon drei Tage zuvor hatte sich ein vesikuläres, pustuläres und krustendes Exanthem entwickelt. Ein Thorax-CT und MRI ergeben massenhafte kleine, 1–5 mm grosse Knötchen in beiden Lungenflügeln. Nervensystem und Leber sind normal, HIV ist negativ. Was liegt vor? Die Tochter des Patienten hat kürzlich Varizellen durchgemacht. Der Vater ist weder geimpft, noch hat er je Varizellen gehabt – bis jetzt! Es handelt sich um eine **Varizellenpneumonie** des Erwachsenen mit Exanthem bei einem nicht geimpften und bisher nie varizellenkranken Patienten. Der Patient erhält i.v.-Aciclovir und wird gesund. Dennoch hätte er sich vermutlich die Episode gerne geschenkt! – *N Engl J Med. 2010;362:1227.*

**Spitalmortalität und Spitalvolumen** (Anzahl der über drei Jahre behandelten Patienten) werden für Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Pneumonie bestimmt. Rund 4500 Spitäler und 735 000 Infarkt-, 1 300 000 Herzinsuffizienz- und 1 400 000 Pneumoniepatienten werden analysiert. Alle drei Krankheitsbilder erreichten mit zunehmendem Spitalvolumen eine reduzierte 30-Tage-Mortalität. Für den Herzinfarkt aber war das Optimum mit 610 Patienten erreicht, und 100 Patienten mehr brachten keine weitere Reduktion der Todesfälle. Für Herzinsuffizienz betrug dieser Wert 500, für Pneumonie 210 Patienten. Ob man's gerne hört oder nicht: je grösser das Spital, umso geringer die Mortalität an Infarkt, Herzinsuffizienz und Pneumonie – aber es gibt für alle drei eine obere Grenze, ab der die Mortalität nicht weiter sinkt. – *N Engl J Med. 2010;362:1110–8.*

**Assoziation?** Eine 37-jährige Frau kommt mit intermittierenden Parästhesien, verwaschener Sprache und Ataxie. Seit sieben Monaten hat sie eingeschlafene und prickelnde Gliedmassen im Bett, bald der Arme, bald der Beine, im Gesicht. 20 Minuten – dann ist alles vorbei. Einen Monat später folgt Nausea, bald links- bald rechtsseitige Taubheit, dann starkes Kopfweh – und wieder Ruhe. Das Routinelabor geht in Ordnung. Ein MRI zeigt multiple kleine und grössere Läsionen im Gross- und Kleinhirn. Im Liquor sind 1540 Erythrozyten, 68 Lymphozyten, 118 mg/dl Albumin und 15 mg/dl IgG. Fünf Monate später nimmt alles zu, und die Patientin wird rollstuhlpflichtig … Was soll das alles? (Auflösung s. unten)

Ein multiple Sklerose? Eine infektiologische oder rheumatologische, eine genetische Geschichte? Ein Lymphom oder – eine Vaskulitis? Das Alter, das bunte Spektrum der Befunde, supra- und infratentorialer Befall, die vielen betroffenen Regionen, die fluktuierenden Symptome, Kopfweh, das Fehlen von Lymphknoten – alles spricht für ein **intravaskuläres grosszelliges B-Zell-Lymphom**. Schon geahnt? Die Patientin wird chemotherapiert und zeigt heute, nach 19 Monaten, weder Symptome noch Befunde ihrer Krankheit. – *N Engl J Med. 2010;362:1129–38.*