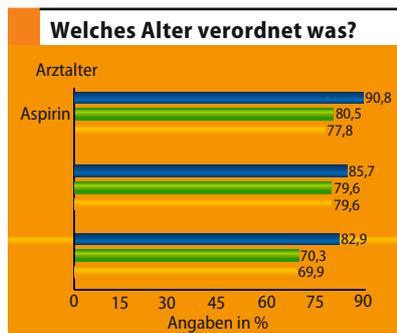


Bei jungen Ärzten sitzt Aspirin locker

Ob Herzpatienten medikamentös gut versorgt sind, hängt auch vom Alter des behandelnden Arztes ab. Bei Aspirin z. B. gab es mit 91% (<45 Jahre) vs. 78% (>60 Jahre) einen deutlichen Unterschied. Ausgewertet wurden die Daten von über 130.000 KHK-Patienten.

Schwang I et al, Eur Heart J 2010, 31:377



Alzheimer: Dicke Birne, mehr Grips

Einen Dickkopf zu haben, macht das Leben nicht immer leichter. Dies gilt jedoch nicht für Patienten mit M. Alzheimer. Hier haben nämlich Menschen mit größerem Kopfumfang bei gleichem Maß an Zelluntergang bessere kognitive Leistungen, wie eine Studie mit 270 Alzheimer-Patienten ergeben hat. Ursache ist vermutlich eine bessere Gehirnreserve der großen Köpfe.

Perneczky R et al, Neurology 2010, 75:137

Dosierung: Teelöffel nicht empfehlenswert

„Davon nehmen Sie täglich einen Teelöffel.“ Von solchen Empfehlungen sollten Sie Abstand nehmen. Denn was man schon vermutet, ist jetzt wissenschaftlich belegt: Die Füllmenge der gebräuchlichen Löffel schwankt fast um den Faktor drei. Dies haben griechische Forscher errechnet, nachdem sie 71 Tee- und 49 Esslöffel vermessen hatten, die sie aus den Schubladen in 25 Haushalten gesammelt hatten.

Falagas ME et al, Int J Clin Pract 2010, 64:1185

Später Beginn schadet nicht Dialyse erst bei Urämie-Symptomen

Bei chronischem Nierenversagen hilft meist nur noch die lebensrettende „Blutwäsche“. Doch entgegen verbreiteter Handhabe scheint ein früher Beginn der Dialyse nicht unbedingt zum Wohle des Patienten beizutragen.

Warten bis erste Urämiesymptome auftreten und dann erst dialysieren? Klingt riskant und gesundheitsgefährdend, tut der Gesundheit jedoch keinen Abbruch, wie Wissenschaftler in einer prospektiven Studie feststellten.

Insgesamt 828 erwachsene Patienten mit chronischem Nierenversagen wurden in der IDEAL-Studie auf einen frühen (glomeruläre Filtrationsrate (GFR) 10–14 ml/min) und späten (GFR nur noch 5–7 ml/min) Beginn der Dialyse randomisiert. Dabei zeigte sich, dass in der Spätgruppe weder Komplikationen (kardiovaskuläre Ereignisse, Infektionen oder Dialyseschwierigkeiten) noch

der Tod öfter oder vorzeitiger auftraten als in der früh behandelten Gruppe. Die Mortalität bei einem späten Beginn war sogar tendenziell geringer (36,6 % versus 37,6%).

Engmaschig kontrollieren und Shunt anlegen

Wissenschaftler raten trotzdem zur Vorsicht: Spätestens, wenn erste Urämiesymptome auftreten, müsse das Blut gereinigt werden. Eine zu lange Hinauszögerung könne im Einzelfall doch zum vorzeitigen Ableben führen.

Wenn der Arzt sich für einen späten Therapiebeginn entscheidet, ist zumindest die engmaschige nephrologische Kontrolle unverzichtbar und auch ein Shunt kann bereits „prophylaktisch“ für den Notfall angelegt werden. (cd)

Cooper B et al, NEJM 2010, 363:678

Bei Inkompetenz, Drogensucht, Krankheit Warum zeigen Ärzte Kollegen nicht an?

Kollegen verunglimpfen ist das Eine, sie zu melden, wenn sie aus körperlichen oder mentalen Gründen nicht mehr arbeiten können, das Andere. Doch auch hier scheinen Ärzte eher zurückhaltend zu sein.

69% der 2938 befragten US-Mediziner stimmen dem allgemein vereinbarten Vorgehen zu, dass eigentlich arbeitsunfähige Ärzte gemeldet werden sollten. Immerhin 17% von ihnen meinten, dass sie in den letzten drei Jahren schon

einmal persönlichen Kontakt zu einem Kollegen hatten, an dessen Berufsfähigkeit sie zweifelten. Aber nur rund zwei Drittel waren daraufhin zur Tat geschritten und hatten den Betroffenen angezeigt. Gründe für die Passivität gibt es viele: So glaubten 19% der Untätigen, dass andere Kollegen diese unangenehme Aufgabe übernehmen würden, 15% zweifelten am Erfolg einer Meldung und 12% hatten Angst vor eigenen Nachteilen. (cd)

DesRoches C et al, JAMA 2010, 304:187

Hier wäre eine Anzeige wohl dringend nötig!

