

**Rheuma**

Den „typischen“ Krankheitsverlauf gibt es bei der rheumatoiden Arthritis nicht *Ann Rheum Dis* 24

Krankengymnastik bei rheumatoider Arthritis stärkt den Quadrizeps *Rheumatology* 24

Patienten-Compliance: Welche Faktoren sind entscheidend? *J Rheumatol* 24

**State of the Art**

Gicht – korrekte Diagnose für eine optimale Therapie *JAMA* 25

**Schlaf**

Häufige Parkinson-Begleitproblematik: REM-Schlaf-Störungen unterdiagnostiziert *Neurology* 26

Auswirkungen der Insomnie: Schlafmangel beeinträchtigt Arbeit und Gesundheit *Sleep* 26

Was hilft? Schlaflos nach Hirntrauma *J Head Trauma Rehabil* 26

**Schmerz**

Schmerztherapie: starkes Duo gegen starke Schmerzen *Symp.* 28

Thunderclap-Kopfschmerz: Auf schnelles Handeln kommt es an! *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 28

Isometrische Übungen helfen bei chronischen Nackenschmerzen *JAMA* 28

steno steno steno steno 28

**Stoffwechsel**

Kohlenhydratarme Diäten: Was zählt, sind nur die Kalorien! *JAMA* 29

Eine genetische Ursache wird bei systemsicher Amyloidose oft übersehen *N Engl J Med* 29

Kausalkette zwischen Übergewicht und KHK: Interleukin-8 bei Übergewicht erhöht *J Clin Endocrinol Metab* 29

MED-INFO 30

Impressum 24

Bestellcoupon 23

**Was bedeuten die Symbole?**

- A** Anwendungsbeobachtung
- B** Metaanalyse
- C** Fall-Kontroll-Studie
- D** Randomisiert-kontrollierte Studie
- E** Fallbericht
- F** Sonstige Studienarten
- G** Kohortenstudie
- H** Übersicht

**Job-Sharing unerwünscht**

**Prämedikation und Narkose aus einer Hand!**

In der klinischen Praxis ist es Gang und Gäbe, dass der zu operierende Patient im Rahmen der Prämedikationsvisite präoperativ von einem Anästhesisten gesehen wird, später jedoch die Narkose von einem anderen Kollegen betreut wird.

198 italienische Anästhesisten wurden mittels Fragebogen interviewt, ob sie lieber Narkosen bei Patienten durchführen, die sie selbst zuvor gesehen hatten oder die von einem Kollegen prämediziert worden waren.

Über 80% der Befragten antworteten, dass sie es vorzögen, wenn Prämedikation und Narkose in einer Hand blieben. Die Gründe:

- unklare Verantwortlichkeiten im Falle von Fehlern
- Medikation, Diagnostik und Narkose besser aus einer Hand
- „Egal wie ich prämediziere, ich muss die Narkose ja nicht machen“ sollte als Einstellung vermieden werden.

- unterschiedliche Meinungen über OP-Fähigkeit des Patienten ungünstig
- Fließband-Mentalität unerwünscht
- Arzt-Patient-Beziehung besser
- Patienten ziehen eine Bezugsperson vor.

**FAZIT:** Über 80% der Anästhesisten würden die Patienten, die sie während einer Operation betreuen, auch lieber vorher selbst prämedizieren – anders als die gängige Krankenhauspraxis. (CB)

**S** Simini B et al.: Should same anaesthesiologist do preoperative anaesthetic visit and give subsequent anaesthetic? Questionnaire survey of anaesthetists. *BMJ* 327 (2003) 69-80

✕ Bestellnr. der Arbeit 032594

**DAZUGELERNT**

**Wenn die Warteliste zur Falle wird**

Ein 52-jähriger Patient stellte sich mit Angina pectoris vor. Die Ergometrie zeigte eine reversible Ischämie und der Herzkatheter offenbarte umfangreiche Athrome im AVA-Bereich, die Circumflexa und die rechte Koronarie waren kaum betroffen.

In Großbritannien ist es üblich, dass Patienten für einen perkutanen Koronar-Eingriff auf die Warteliste gesetzt werden. Nach fünf Monaten hatte ich den Patienten vor mir. Die Katheterisierung war unerwartet schwierig. Ich dilatierte und setzte einen Stent. In dessen Lumen zeigte sich

gab Abciomab, aber die Perfusion der ganzen linken Koronarie ging weiter zurück. Auch ein intrakoronärer Ballon half nichts. Der Patient starb unter meinen Händen.

Die Autopsie zeigte nicht nur ein gebildetes Koronarie, sondern auch einen kompletten Verschluss der rechten Koronarie. Er war offenbar während der Wartelistenzeit entstanden. Hätte ich ihn zu Beginn der Prozedur bemerkt, hätte ich auf einen so komplexen Eingriff verzichtet und ein Familienmitglied würde noch leben.

Dr. Julian Gunn, Northern General Hospital, Sheffield, UK