

# Periskop

**Erlebnisse in Todesnähe.** Eine prospektive Studie an 344 konsekutiven Patienten nach erfolgreicher kardialer Reanimation zeigt, dass nur 18% über «near death experiences» berichten. Rein physiologische Ursachen wie zerebrale Hypoxie scheiden als Ursache aus, weil «near death experiences» in diesem Falle wesentlich häufiger auftreten müssten. Alles andere bleibt unklar – vor allem: zu welchem Zeitpunkt entstehen die «near death experiences»: vor, während, oder unmittelbar nach der Zeit flacher EEG? Handelt es sich um «out-of-the-body»-Erlebnisse? Falsche Erinnerungen, mit denen der Geist nach kortikaler Inaktivität die «Lücken füllt»? Wie sagt der Editoralist: «dying to know the truth: visions of a dying brain, or false memories?» – *van Lomme P, et al. Near death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. Lancet 2001;358:2039–45.*

**HIV.** Rund 25% aller retroviral behandelten Patienten entwickeln multiresistente HIV-Viren und die Prävalenz dieser Viren nimmt zu. In dieser ungemütlichen Situation werden glücklicherweise Medikamente marktreif, die die Fusion des HIV mit T-Lymphozyten verhindern und den *viral load* in 56% der behandelten Patienten um einen Faktor >10 reduzierten. Da es sich um kleine Peptide handelt, besteht die Möglichkeit, durch molekulares *engineering* rasch auf neue Resistenzen zu reagieren. – *Dove A. New class of HIV drugs shows promise. Nature Med 2001;7:1265.*

**Antidepressiva** in der Grundversorgung: Alles dasselbe? – Bei 573 depressiven Erwachsenen leitete der Hausarzt randomisiert eine Behandlung mit Paroxetin (Deroxat®), Fluoxetin (Flucitine®) oder Sertalin (Gladem®, Zoloft®) ein. Während der ersten 9 Monate erwiesen sich die 3 selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als gleichwertig in bezug auf Besserung der Depression, Besserung anderer psychologischer Funktionen und Lebensqualität ... – aber nicht gleichwertig für Jedermann! Wirft der Editoralist ein und macht auf individuelle Unterschiede aufmerksam! – *Kroenke K, et al. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine and sertraline in primary care. JAMA 2001;286:2947–55 (Editorial 3003–4).*

Den medizinischen Lehrern ins Album! Ein Editorial im BMJ erinnert an «die guten, inspirierenden und motivierenden Lehrer, die wir hatten», bedauert daneben die nicht-so-guten, die wir auch hatten, und startet eine Kolumne «Lernen in Praxis», deren erster Beitrag «**Problemorientiertes Lernen**» untersucht. Resultat: zurückhaltende Unterstützung im Studium, kein bewiesener Vorteil gegenüber traditionellem Lernen in der Fort- und Weiterbildung. Was die Lehre betrifft, dürfte «Vermittlungstechnik» weniger wichtig sein, als das Prinzip «es gibt nichts gutes, ausser man tut es!» – *Smits PBA, et al. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. BMJ 2002;324:153–6.*

«Does she or doesn't she?» war vor Jahren ein Werbeslogan für ein Haarfärbemittel. Heute geht es um die umstrittene Frage, ob **Schlafapnoe** den Blutdruck steigert. Wenn ja, so müsste konsequenter nCPAP (nasaler kontinuierlicher positiver Beatmungsdruck) den Blutdruck hypertensiver Schlafapnoiker senken. Und er tut's, systolisch und diastolisch, im Schlaf und im Wachzustand, und je schwerer die Schlafapnoe, um so eindrücklicher die Blutdrucksenkung. Kardiologische Prophylaxe und Blutdrucktherapie – mit und ohne medikamentöse Therapie. – *Pepperell JCT, et al. Ambulatory blood pressure after therapeutic and subtherapeutic nasal continuous airway pressure for obstructive sleep apnea: a randomized parallel trial. Lancet 2002;359:204–10.*