

Wir möchten uns herzlich für deine Fehlerhinweise, dein Lob und deine Kritik zu Endspurt Klinik bedanken. Damit hilfst du uns sehr, Endspurt noch besser zu machen! Wir prüfen jeden Fehlerhinweis und aktualisieren dieses Erratum regelmäßig.*

Du hast einen Fehler gefunden, der noch nicht im Erratum steht oder möchtest uns Anregungen geben, was wir verbessern können? Wir freuen uns über jedes einzelne Feedback. Schreibe doch einfach eine Email an:

<https://www.thieme.de/service/feedback.html>

**„Einen Fehler machen
und ihn nicht korrigieren –
das erst heißt wirklich einen Fehler
machen.“
(Konfuzius)**



* Medizinisches Wissen ist ständigem Wandel unterworfen. Wir können im Erratum keine vollständige inhaltliche Aktualisierung der Skripten abbilden. Hier findest du daher vorwiegend Korrekturen "echter Fehler".

Erratum für die 4. Auflage Endspurt Klinik

Legende: Text in **roter Schrift** zeigt an, was ausgetauscht werden soll: **linke Spalte:** falscher Text; **rechte Spalte:** korrigierter Text.

Anmerkungen sind *kursiv*. Einträge, die im Vergleich zur letzten Version des Erratums neu hinzugekommen sind, werden in der Datumsspalte als **neu** hervorgehoben.

| Grundwissen | | | |
|--------------|----------------------|---|--|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 21.06.2024 | S. 40, rechte Spalte | – ischämische (vaskuläre) Atrophie: z. B. Atrophie eines Leberlappens bei Pfortaderverschluss | – ischämische (vaskuläre) Atrophie: z. B. Atrophie blanche mit ischämischer Nekrose und Vernerbung → via medici |
| 24.10.2024 | S. 82, linke Spalte | Entfernung des Acetylcholins: (...) enzymatisch mithilfe von Acetylcholinesterasen, die an die prä- und postsynaptische Membran gebunden sind | Entfernung des Acetylcholins: (...) enzymatisch mithilfe von Acetylcholinesterasen, die an die postsynaptische Membran gebunden sind → via medici |
| Herz, Gefäße | | | |
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 21.06.2024 | S. 115, linke Spalte | Der Morbus Fabry ist eine lysosomale Speicherkrankheit, die X-chromosomal-rezessiv vererbt wird und auf einem Defekt der α -Galaktosidase A beruht. (...) Bei einer Herzmuskelhypertrophie und Verdacht auf Morbus Fabry ist die Bestimmung der α-Galaktosidase-A-Aktivität im Serum eine wesentliche diagnostische Maßnahme. | Der Morbus Fabry ist eine lysosomale Speicherkrankheit, die X-chromosomal vererbt wird und auf einem Defekt der α -Galaktosidase A beruht. (...) Bei einer Herzmuskelhypertrophie und Verdacht auf Morbus Fabry ist die Bestimmung der α-Galaktosidase-A-Aktivität in Leukozyten (aus EDTA- oder Heparinblut) – mit Einschränkungen auch im Plasma – eine wesentliche diagnostische Maßnahme. → via medici (<i>weiterführende Informationen zum Morbus Fabry inzwischen komplett bei primärer Beschreibung des Krankheitsbildes</i>) |
| 21.06.2024 | S. 116, IMPP-Fakten | ! (...) Bei Herzmuskelhypertrophie und V. a. Morbus Fabry ist die Bestimmung der α-Galaktosidase-A-Aktivität im Serum eine wesentliche diagnostische Maßnahme. | ! (...) Bei Herzmuskelhypertrophie und V. a. Morbus Fabry ist die Bestimmung der α-Galaktosidase-A-Aktivität in Leukozyten (aus EDTA- oder Heparinblut) – mit Einschränkungen auch im Plasma – eine wesentliche diagnostische Maßnahme. |
| 24.10.2024 | S. 162, linke Spalte | Weitere Faktoren, die das Risiko für eine Ruptur erhöhen, sind eine Wachstumstendenz (> 0,5 cm/Jahr: hohes Rupturrisiko) und die Aneurysmaform (besonders rupturgefährdet: sackförmige Aneurysmen (S. 160)). | Weitere Faktoren, die das Risiko für eine Ruptur erhöhen, sind eine Wachstumstendenz (> 1,0 cm/Jahr: hohes Rupturrisiko) und die Aneurysmaform (besonders rupturgefährdet: sackförmige Aneurysmen (S. 160)). → via medici |

| Herz, Gefäße | | | |
|--------------|-----------------------|---|--|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 24.10.2024 | S. 164, rechte Spalte | Interventionelle und operative Therapie: Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> Aneurysmagröße $\geq 5,5$cm (bei Marfan-Patienten bereits früher: 4,0–5,0 cm) Zunahme der Größe von > 1 cm innerhalb eines Jahres | Interventionelle und operative Therapie: Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> Aneurysmagröße $\geq 5,5$cm (bei Marfan-Patienten oder einer biskupiden Aortenklappe mit Risikofaktoren bereits früher: $\geq 4,5$ bzw. $\geq 5,0$ cm; Risikofaktoren: Aortenisthmusstenose, arterielle Hypertonie, familiäre Belastung mit Dissektion, Zunahme des Durchmessers um > 3 mm/Jahr) → via medici |
| neu | S. 178, Abb. 15.8 | Abb. 15.8 Duplexsonografie eines partiell umflossenen Thrombus. In der V. femoralis sieht man im Quer- (linkes Bild) und Längs- schnitt (rechtes Bild) einen Thrombus (Pfeil), der nur noch partiell umflossen ist (*). | Abb. 15.8 Duplexsonografie eines partiell umflossenen Thrombus. In der V. femoralis sieht man im Längs- (linkes Bild) und Querschnitt (rechtes Bild) einen Thrombus (Pfeil), der nur noch partiell umflossen ist (*) → via medici |

| Atmungssystem | | | |
|---------------|--------------------------|--|---|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| neu | S. 46, linke Spalte oben | Es kann nicht mehr ausreichend Surfactant gebildet werden → Verlust der Oberflächenspannung mit Atelektasenbildung (S. 33). | Es kann nicht mehr ausreichend Surfactant gebildet werden → Erhöhung der Oberflächenspannung mit Atelektasenbildung (S. 33). → via medici |
| neu | S. 47, linke Spalte | Gestörte Funktion von Surfactant-bildenden Zellen, durch Surfactantmangel Oberflächenspannung herabgesetzt . | Gestörte Funktion von Surfactant-bildenden Zellen, durch Surfactantmangel erhöhte Oberflächenspannung. → via medici |
| neu | S. 100, linke Spalte | Hämatothorax: Ansammlung von Blut im Pleuraspalt, wobei die Hämatokritkonzentration im Erguss > 50 % beträgt. | Hämatothorax: Ansammlung von Blut im Pleuraspalt, wobei die Hämatokritkonzentration im Erguss > 50 % des Bluthämokrits beträgt. → via medici |

| Blut | | | |
|------------|----------------------|---|--|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| neu | S. 7, Tab 1.1 | Leukozyten 4000– 11 000 / μ l Thrombozyten 140 000– 345 000 / μ l | Leukozyten 4000– 10 000 / μ l Thrombozyten 140 000– 450 000 / μ l via medici |
| neu | S. 15, Abb. 2.1 | löslicher Transferrinrezeptor | löslicher Transferrinrezeptor erhöht → via medici |
| 21.06.2024 | S. 18, rechte Spalte | Vitamin B12 (...), erst im Magen wird es durch Proteolyse aus seiner proteingebundenen Form freigesetzt. Dort wird es an den sog. Intrinsic Factor gebunden. | Im basischen Duodenum wird Vitamin B12 mittels Proteolyse freigesetzt. Anschließend wird es an den sog. Intrinsic Factor gebunden. → via medici |
| neu | S. 80, rechte Spalte | Wechselwirkungen: Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban: CYP3A4/ P-Gp-Induktoren wie Johanniskraut, Rifampicin und einige Anfallssuppressiva (Carbamazepin, Phenytoin, Phenobarbital) senken den Plasmaspiegel. | Wechselwirkungen: Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban: CYP3A4/ P-Gp-Induktoren wie Johanniskraut, Rifampicin und einige Anfallssuppressiva (Carbamazepin, Phenytoin, Phenobarbital) senken den Plasmaspiegel. → via medici |
| neu | S. 81, IMPP-Fakten | P-Gp-Induktoren senken den Plasmaspiegel von z. B. Dabigatran und Rivaroxaban und schwächen deren Wirkung . Hierzu zählen: – ! Johanniskraut – ! Carbamazepin . | Johanniskraut ist ein P-Gp-Induktor und senkt den Plasmaspiegel von Dabigatran, wodurch die Wirkung abgeschwächt wird. Carbamazepin ist ein CYP3A4-Induktor und senkt den Plasmaspiegel von Rivaroxaban, wodurch die Wirkung abgeschwächt wird. → via medici |
| neu | S. 88, Abb. 10.2 | XI → XIIa <i>Im endogenen System wird XI durch HMK und KK zu XIIa aktiviert.</i> | XII → XIIa <i>XII wird durch HMK und KK zu XIIa aktiviert.</i> → via medici |
| 22.07.2024 | S. 96, Tab. 10.5 | Subhämophilie: Faktorenaktivität 40-75% Milde Hämophilie: Faktorenaktivität 5-40% | Subhämophilie: Faktorenaktivität 16-40% Milde Hämophilie: Faktorenaktivität 6-15% → via medici |

| Verdauungssystem | | | |
|------------------|---------------------------|---|--|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| neu | S. 63, linke Spalte unten | Omentum majus und minus, Lymphknoten und Milz werden entfernt, bei Karzinomen im Bereich der Kardia wird außerdem der distale Ösophagus mitreseziert. | Omentum majus und minus, Lymphknoten und ggf. die Milz werden entfernt, bei Karzinomen im Bereich der Kardia wird außerdem der distale Ösophagus mitreseziert. → via medici |
| neu | S. 81, rechte Spalte | Klinische Anzeichen: akutes Abdomen, spärliche Darmgeräusche, Leuko- und Thrombozytopenie sowie deutliche CRP-Erhöhung. | Klinische Anzeichen: akutes Abdomen, spärliche Darmgeräusche, deutliche CRP-Erhöhung sowie bei septischer Peritonitis ggf. Leuko- und Thrombozytopenie. → via medici |
| neu | S. 83, rechte Spalte | Klinische Anzeichen eines toxischen Megakolons mit sekundär paralytischem Dünndarmileus sind: akutes Abdomen, spärliche Darmgeräusche, Leuko- und Thrombozytopenie sowie deutliche CRP-Erhöhung. | Klinische Anzeichen eines toxischen Megakolons mit sekundär paralytischem Dünndarmileus sind: akutes Abdomen, spärliche Darmgeräusche, deutliche CRP-Erhöhung sowie bei Sepsis ggf. Leuko- und Thrombozytopenie. → via medici |
| neu | S. 98, rechte Spalte | Apparative Diagnostik: In der Duplexsonografie zeigt sich eine poststenotische Zunahme der Flussgeschwindigkeit (> 200 cm/s sind pathognomonisch für eine relevante Stenose). | Apparative Diagnostik: In der Duplexsonografie zeigt sich eine Zunahme der Flussgeschwindigkeit im Bereich der Gefäßstenose (> 200 cm/s sind pathognomonisch für eine relevante Stenose). → via medici |
| neu | S. 158, linke Spalte | Auch das HBe-Ag ist ein prognostischer Marker : Durch ihn lässt sich die Menge an HBV-RNA in den Hepatozyten abschätzen. | Auch das HBe-Ag ist ein prognostischer Marker : Durch ihn lässt sich die Menge an HBV-DNA in den Hepatozyten abschätzen. → via medici |
| neu | S. 215, rechte Spalte | Bei einem Pankreaskarzinom ohne bildgebenden Hinweis auf Metastasierung ist die Pankreaskopfresektion die einzige kurative Option. | Bei einem Pankreaskopfkarzinom ohne bildgebenden Hinweis auf Metastasierung ist die Pankreaskopfresektion die einzige potenziell kurative Option. → via medici |

| Niere, Harnsystem, Immunsystem, Rheumatologie | | | |
|---|---------------------|---|---|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 24.10.2024 | S. 71, linke Spalte | Die hyperkalzämische Krise ist ein absoluter medizinischer Notfall , bei dem aufgrund der Gefahr eines Laryngospasmus intubiert und maschinell beatmet werden muss. | Die hyperkalzämische Krise ist ein absoluter medizinischer Notfall. → via medici |

Niere, Harnsystem, Immunsystem, Rheumatologie

| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
|------------|-----------------------|--|--|
| 21.06.2024 | S. 91, rechte Spalte | Erregerspektrum: rezidivierende Infektionen mit intrazellulären Bakterien (Mykobakterien, Listerien, Salmonellen), nicht bekapselten Katalase-bildenden Bakterien (Staph. aureus, Serratia, Klebsiellen, Proteus) und Hefepilzen (v. a. Candida und Aspergillus). | Erregerspektrum: rezidivierende Infektionen mit intrazellulären Bakterien (Mykobakterien, Listerien, Salmonellen), Katalase-bildenden Bakterien (Staph. aureus, Serratia, Klebsiellen, Proteus) und Pilzen (v. a. Candida und Aspergillus). → via medici |
| 21.06.2024 | S. 105, rechte Spalte | Bei einem Full-House-Match stimmen Spender und Empfänger in ihren MHC-Klasse-I- (HLA-, HLB-, HLC -Antigenen) und MHCKlasse-II-Antigenen (HLA-DQ, -DR, -DP) überein. | Bei einem Full-House-Match stimmen Spender und Empfänger in ihren MHC-Klasse-I- (HLA-A-, HLA-B-, HLA-C -Antigenen) und MHCKlasse-II-Antigenen (HLA-DQ, -DR, -DP) überein. → via medici |
| 24.10.2024 | S. 120, linke Spalte | Zusätzlich bei Bedarf oder kontinuierlich, was bei gutem Therapieansprechen auch die Verdachtsdiagnose erhärten kann. | Zusätzlich medikamentöse Therapie mit COX-Hemmstoffen bei Bedarf oder kontinuierlich, was bei gutem Therapieansprechen auch die Verdachtsdiagnose erhärten kann. → via medici |

Mikrobiologie, Infektiologie I

| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
|-------|------------------------|--|--|
| neu | S. 8, Abb. 1.1 Legende | Zwei Impfstoffdosen im Abstand von mind. 5 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter > 14 Monate oder bei Impfabstand von < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich. | Zwei Impfstoffdosen im Abstand von mind. 5 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter > 14 Jahren oder bei Impfabstand von < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich. → via medici |
| neu | S.13, rechte Spalte | Das Impfschema sieht 2 Dosen im Abstand von 3–6 Wochen vor (Grundimmunisierung). | Eine Basisimmunität kann durch mindestens 3 SARS-CoV-2-Antigenkontakte (Impfungen oder Infektion) erreicht werden, wobei mindestens 1 der 3 Antigenkontakte als Impfung (entsprechend Grundimmunisierung oder Auffrischimpfung) erfolgen sollte. → via medici |

| Mikrobiologie, Infektiologie I | | | |
|--------------------------------|---------------------|---|---|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| neu | S.64, rechte Spalte | Konnatale Infektionen sind meist die Folge einer Primärinfektion der Mutter während der Schwangerschaft. | Infektionen mit dem Zytomegalievirus sind die häufigste Ursache für konnatale Virusinfektionen. Die Transmissionrate ist bei Erstinfektion in der Schwangerschaft hoch, allerdings treten diese selten auf. Reaktivierungen während der Schwangerschaft sind deutlich häufiger, gehen aber mit einer geringeren Transmissionsrate einher. → via medici |
| neu | S.75, Tab 6.4 | <ul style="list-style-type: none"> schwache Wirkung gegen grampositive Erreger: Borrelien | <ul style="list-style-type: none"> schwache Wirkung gegen grampositive Erreger: Borrelien. → via medici |

| Mikrobiologie, Infektiologie II | | | |
|---------------------------------|----------------------|---|---|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 21.06.2024 | S. 94, rechte Spalte | Die Eiablage löst einen starken Juckreiz auf der Perianalschleimhaut aus und es kommt zum unbewussten Kratzen der Anusregion (...) | Die Eiablage löst einen starken Juckreiz auf der Perianalhaut aus und es kommt zum unbewussten Kratzen der Anusregion (...) → via medici |

| AINS | | | |
|------------|----------------------|--|--|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 24.10.2024 | S. 13, rechte Spalte | $p_{et}CO_2 - p_aCO_2 = 2-5\text{mmHg}$ (p_aCO_2 = arterieller Kohlendioxidpartialdruck in der arteriellen Blutgasanalyse). | $p_aCO_2 - p_{et}CO_2 = 2-5\text{mmHg}$ (p_aCO_2 = arterieller Kohlendioxidpartialdruck der arteriellen Blutgasanalyse). → via medici |
| 24.10.2024 | S. 30, linke Spalte | Merke: Bei einem BZ < 45 mg/dl ist die Gabe von 2-4 ml Glukose 10% empfohlen. | Merke: Bei einem BZ < 45 mg/dl ist die Gabe von 2-4 ml Glukose 10%, gefolgt von einer Glukose-Dauerinfusion , empfohlen. → via medici |

AINS

| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|---|---|-------|-------------|-------|--|--|-----|--|---|----|--|---|---|------|-------|--------------------------|-------|--|--|-----|--|--|----|--|--|
| neu | S. 44, Tab. 2.9 | <p>Ausschnitt aus Tab. 2.9 Beziehung zwischen Volumenverlust und klinischer Symptomatik beim hypovolämischen Schock</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grad</th> <th>[...]</th> <th>Symptomatik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[...]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ schwacher Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch > 90mmHg ▪ [...] </td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fadenförmiger Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch > 60mmHg ▪ [...] </td> </tr> </tbody> </table> | Grad | [...] | Symptomatik | [...] | | | III | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ schwacher Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch > 90mmHg ▪ [...] | IV | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ fadenförmiger Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch > 60mmHg ▪ [...] | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grad</th> <th>[...]</th> <th>Symptomatik¹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[...]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ schwacher, fadenförmiger Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch < 90mmHg ▪ [...] </td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kaum bis nicht tastbarer Puls ▪ Herzfrequenz > 140/min ▪ RR systolisch < 70mmHg ▪ [...] </td> </tr> </tbody> </table> <p>¹ Die angegebenen Messwerte dienen nur der groben Orientierung.</p> <p>→ via medici</p> | Grad | [...] | Symptomatik ¹ | [...] | | | III | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ schwacher, fadenförmiger Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch < 90mmHg ▪ [...] | IV | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ kaum bis nicht tastbarer Puls ▪ Herzfrequenz > 140/min ▪ RR systolisch < 70mmHg ▪ [...] |
| Grad | [...] | Symptomatik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [...] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ schwacher Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch > 90mmHg ▪ [...] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ fadenförmiger Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch > 60mmHg ▪ [...] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grad | [...] | Symptomatik ¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [...] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ schwacher, fadenförmiger Puls ▪ Herzfrequenz > 120/min ▪ RR systolisch < 90mmHg ▪ [...] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ kaum bis nicht tastbarer Puls ▪ Herzfrequenz > 140/min ▪ RR systolisch < 70mmHg ▪ [...] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| neu | S. 76, rechte Spalte | <p>Vorsicht: Da bei einer Nierenkolik bereits kleinste Erschütterungen starke Schmerzen hervorrufen können, sollte die Perkussion des Abdomens bzw. der Nierenlager zunächst vorsichtig erfolgen und dem erfahreneren Untersucher vorbehalten bleiben.</p> | <p>Vorsicht: Da bei einer Nierenkolik bereits kleinste Erschütterungen starke Schmerzen hervorrufen können, sollte die Perkussion des Abdomens bzw. der Nierenlager zunächst vorsichtig erfolgen und dem erfahreneren Untersucher vorbehalten bleiben.</p> <p>→ via medici</p> <p>(Anm.: Eine körperliche Untersuchung sollte unverzüglich durchgeführt werden, um die Diagnostik und Therapie nicht zu verzögern. Ein rücksichtsvoller Umgang mit schmerzgeplagten Patienten sollte grundsätzlich immer gewahrt werden.)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| AINS | | | |
|------------|-----------------------|---|--|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| neu | S. 77, linke Spalte | Merke: Da bei verzögerter Behandlung des akuten Skrotums eine Sterilität droht, muss der Transport in die Klinik schnell erfolgen! | Merke: Da bei verzögerter Behandlung des akuten Skrotums ein Hodenverlust droht, muss der Transport in die Klinik schnell erfolgen! → via medici |
| 21.06.2024 | S. 126, linke Spalte | Es kann synthetisch hergestellt werden und ist ebenfalls eine Vorstufe des Serotonins. | Serotonin ist eine Vorstufe des Melatonins. Es kann synthetisch hergestellt werden. → via medici |
| 24.10.2024 | S. 183, linke Spalte | Die zentral wirksamen α_2-Sympathomimetika Clonidin und Dexmedetomidin bewirken über eine präsynaptische α_2 -Stimulation eine Hemmung der Noradrenalinausschüttung und somit eine Sympathikolyse mit konsekutiver Senkung von Blutdruck und Herzfrequenz sowie einer zentralen Dämpfung (sedierende Komponente). (...) Eine tiefe Sedierung (RASS < -3) ist mit α_2-Sympathomimetika nicht möglich. | Die zentral wirksamen α_2-Adrenozeptor-Agonisten Clonidin und Dexmedetomidin bewirken über eine präsynaptische α_2 -Stimulation eine Hemmung der Noradrenalinausschüttung und somit eine Sympathikolyse mit konsekutiver Senkung von Blutdruck und Herzfrequenz sowie einer zentralen Dämpfung (sedierende Komponente). (...) Eine tiefe Sedierung (RASS < -3) ist mit α_2-Adrenozeptor-Agonisten nicht möglich. → via medici |
| 21.06.2024 | S. 195, rechte Spalte | Markierung A: In begründeten Einzelfällen dürfen mehr als 2 verschiedene Betäubungsmittel, jeweils über die Maximalmenge hinaus, verschrieben werden. | Die Markierung A ist seit 2023 nicht mehr notwendig. → via medici |
| 21.06.2024 | S. 201, linke Spalte | Bei den sehr häufigen Ein- und Durchschlafstörungen von Tumorpatienten werden Antidepressiva mit sedierender Wirkung (z. B. der selektive Noradrenalin- und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Mirtazapin) gegenüber Benzodiazepinen bevorzugt. | Bei den sehr häufigen Ein- und Durchschlafstörungen von Tumorpatienten werden Antidepressiva mit sedierender Wirkung (z. B. der α_2-Antagonist Mirtazapin) gegenüber Benzodiazepinen bevorzugt. → via medici |

| Pädiatrie I | | | |
|-------------|---------------------|--|---|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 21.06.2024 | S.98, rechte Spalte | <i>Erbliches Mammakarzinom:</i> Prävalenz von 1:5 bis 1:1000 | <i>Erbliches Mammakarzinom:</i> Prävalenz von 1:500 bis 1:1000 → via medici |

Pädiatrie I

| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
|------------|------------------|---|---|
| 21.06.2024 | S.150, Tab. 13.4 | Morbus (...) Diagnostik: Enzymersatztherapie: Fabry (...) Verabreichung der Diagnosesicherung: gentechnisch (...) Aktivität der α - hergestellten α - Glukosidase A ↓ Glukosidase | Morbus (...) Diagnostik: Enzymersatztherapie: Fabry (...) Verabreichung der Diagnosesicherung: gentechnisch (...) Aktivität der α - hergestellten α - Galaktosidase A ↓ Galaktosidase A → via medici |

Pädiatrie II

| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
|------------|----------------------|--|--|
| 24.10.2024 | S. 50, rechte Spalte | Syphilis connata tarda: <ul style="list-style-type: none"> • Sattelnase, Parrot-Furchen durch Epiphysenlösung der Ulna • Rhagaden (perioral, perinasal, perianal) | Syphilis connata tarda: <ul style="list-style-type: none"> • Sattelnase • Rhagaden (perioral, perinasal, perianal), Parrot-Furchen (im Bereich der Mundwinkel bis ins Lippenrot reichende narbige Furchen) → via medici |
| neu | S. 117, linke Spalte | Bei den genetischen Formen sind Cyclosporin A und Antihypertensiva (ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker) indiziert. | Bei den genetischen Formen besteht die Behandlung aus symptomatischen und supportiven Maßnahmen (v.a. Antihypertensiva), eine kausale Therapie, z.B. mit Immunsuppressiva wie Cyclosporin A, ist nicht möglich. → via medici |

Neurologie

| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
|------------|----------------------|--|---|
| 21.06.2024 | S. 23, rechte Spalte | Nach dem Läsionsort werden zentrale (präganglionäre) und periphere (postganglionäre) Horner-Syndrome unterschieden. | Horner-Syndrome werden nach ihrem Läsionsort unterschieden in zentrale (1. sympathisches Neuron), peripher präganglionäre (2. sympathisches Neuron) und peripher postganglionäre (3. sympathisches Neuron) Formen. → via medici |

| Neurologie | | | |
|------------|----------------------|---|--|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 21.06.2024 | S. 23, Tab. 1.6 | <p>peripheres Horner-Syndrom</p> <hr/> <p>Zervikalwurzeln</p> <hr/> <p>Ggl. stellatum</p> <hr/> <p>Ggl. cervicale superius, Plexus caroticus</p> <hr/> <p>retroorbital</p> | <p>peripher präganglionäres Horner-Syndrom</p> <hr/> <p>Zervikalwurzeln</p> <hr/> <p>peripher postganglionäres Horner-Syndrom</p> <hr/> <p>Ggl. stellatum</p> <hr/> <p>Ggl. cervicale superius, Plexus caroticus</p> <hr/> <p>retroorbital</p> <p>→ via medici</p> |
| 21.06.2024 | S. 139, linke Spalte | Die Bewegungsstörung geht den demenziellen, kognitiven und psychiatrischen Symptomen oft um Jahre voraus. | Kognitive und/oder psychiatrische Symptome gehen den Bewegungsstörungen oft um Jahre voraus. → via medici |
| 21.06.2024 | S. 170, linke Spalte | Eine bilaterale Mydriasis hat systemische Ursachen, z. B.: – ! Sympathikolyse bei thorakaler Periduralanästhesie | Eine bilaterale Mydriasis hat systemische Ursachen, z. B.: – ! totale Spinalanästhesie → via medici |

| Psychiatrie | | | |
|-------------|----------------------|---|---|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 24.10.2024 | S. 103, linke Spalte | Schlafbezogenes Zähneknirschen (Bruxismus): Die Betroffenen machen während des Schlafens rhythmische Mahlbewegungen mit dem Kiefer. Die Folgen können schwere Verspannungen der Kaumuskulatur und Abrasionen der Zähne sein | <p>Schlafbezogenes Zähneknirschen (Bruxismus): Die Betroffenen machen während des Schlafens rhythmische Mahlbewegungen mit dem Kiefer. Die Folgen können schwere Verspannungen der Kaumuskulatur und Schäden an der Zahnhartsubstanz sein → via medici</p> <p><i>(Anm.: Unter Abrasion versteht man einen Verlust von Zahnhartsubstanz durch mechanischen Abrieb, der durch einen Fremdkörper verursacht wird. Bei Bruxismus müsste man korrekt von Attrition sprechen, dem Verlust von Zahnhartsubstanz aufgrund von mechanischem Abrieb der Zähne gegeneinander.)</i></p> |

| Querschnittsfächer | | | |
|--------------------|----------------------|---|---|
| Datum | Seite | Originaltext | korrigierter Text und/oder Anmerkungen |
| 21.06.2024 | S. 53, Praxistipp | Praxistipp: Wird aut idem angekreuzt, ist es dem Apotheker erlaubt, ein Präparat/Generikum mit der gleichen Zusammensetzung auszugeben. „Nec aut idem“ veranlasst den Apotheker, ausschließlich das vorgegebene Medikament herauszugeben. | Praxistipp: Wird aut idem vom Arzt nicht angekreuzt (also gestrichen), ist es dem Apotheker erlaubt, ein Präparat/Generikum mit der gleichen Zusammensetzung auszugeben. Ein Kreuz im „aut-idem“-Feld bedeutet „gestrichen“ und veranlasst den Apotheker, ausschließlich das vorgegebene Medikament herauszugeben. → via medici |
| 21.06.2024 | S. 54, IMPP-Fakten | ! Mit „aut idem“ wird dem Apotheker erlaubt, ein Präparat/Generika mit der gleichen Zusammensetzung auszugeben. „Nec aut idem“ veranlasst den Apotheker, ausschließlich das vorgegebene Medikament herauszugeben. | ! Mit „aut idem“ wird dem Apotheker erlaubt, ein Präparat/Generika mit der gleichen Zusammensetzung auszugeben. Ein Kreuz im „aut-idem“-Feld bedeutet „gestrichen“ und veranlasst den Apotheker, ausschließlich das vorgegebene Medikament herauszugeben. → via medici |
| 24.10.2024 | S. 60, linke Spalte | Es sollte immer mit einer niedrigen Dosierung begonnen und diese langsam gesteigert werden („start slow , go slow“). | Es sollte immer mit einer niedrigen Dosierung begonnen und diese langsam gesteigert werden („start low , go slow“). → via medici |