

Catapresan® bei Hypertonie in jedem Lebensalter

Zusammensetzung:

Der Gehalt an Clonidinhydrochlorid (2-[(2,6-Dichlorphenyl)imino]imidazolidin-monohydrochlorid) beträgt:
je Ampulle 0,150 mg, je Tablette 0,150 mg bzw. 0,300 mg, je Depot Perlongette 0,250 mg.

Indikationen:

Alle Formen der Hypertonie.

Kontraindikationen:

Sinusknotenerkrankung. Sorgfältige Nutzen-Risikoabwägung während der Schwangerschaft.

Nebenwirkungen:

Bei einem Teil der Patienten können – oft nur initial und vorübergehend – Müdigkeit und Mundtrockenheit auftreten.

Selten kommt es zu orthostatischen Beschwerden, Darmträgheit oder Potenzstörungen, extrem selten zu allergischen Erscheinungen.

Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden.

Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol.

Hochdruckmittel sollen nicht abrupt abgesetzt oder weggelassen werden.

Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein

Wechselwirkungen:

Bei gleichzeitiger Anwendung von anderen blutdrucksenkenden Mitteln wie Salidiuretika, gefäß-erweiternden Präparaten und Ganglienblockern kommt es zu einer Verstärkung der Wirkung von Catapresan.

Tolazolin (Priscol®) kann die Wirkungen des Catapresan abschwächen oder aufheben.

Die Wirkung von Beruhigungs- oder Schlafmitteln sowie von Alkohol kann durch Catapresan verstärkt werden.

Bei gleichzeitiger Anwendung von trizyklischen Antidepressiva ist teilweise eine Abschwächung des blutdrucksenkenden Effektes von Catapresan beschrieben worden.

Falls bei kombinierter Behandlung mit einem β -Rezeptorenblocker eine Unterbrechung notwendig ist, ist in jedem Falle zuerst der β -Rezeptorenblocker langsam ausschleichend und danach ebenfalls ausschleichend Catapresan abzusetzen.

Packungen: (Stand Dezember 1982) A.V.P.

20 Tabletten Catapresan 150 (N 1)	DM 12,05
50 Tabletten Catapresan 150 (N 2)	DM 26,70
100 Tabletten Catapresan 150 (N 3)	DM 47,20
20 Tabletten Catapresan 300 (N 1)	DM 15,10
50 Tabletten Catapresan 300 (N 2)	DM 33,55
100 Tabletten Catapresan 300 (N 3)	DM 61,10
28 Depot Perlongetten (N 1)	DM 20,05
70 Depot Perlongetten (N 2)	DM 42,65
5 Ampullen (1 ml)	DM 12,05

**Boehringer
Ingelheim**



2/83

Die Information: Bericht und Meinung

BRIEFE AN DIE REDAKTION

VERWEILDAUER

Zu der Meldung „Richtwerte für die Verweildauer“ in Heft 38/1982:

Über einen Kamm

Es ist in der Tat bereits so, daß einige Krankenkassen über den Vertrauensarzt oder auch direkt Entlassungstermine praktisch diktieren. Beispiel: Ein Patient liegt etwa drei oder vier Wochen in der Klinik, die Verlängerung ist bis zum 30. September 1982 vom Vertrauensarzt genehmigt. Dieser kommt einige Tage vor dem Termin zu mir und berichtet, daß er selbst den vertrauensärztlichen Endtermin nicht mehr akzeptiere, sondern der Patient früher entlassen werden müsse. Begründung: Unsere Verweildauer sei generell zu lang und der Patient sei eine Woche vor der Operation bereits stationär gewesen (dabei wird nicht festgestellt, daß diese eine Woche zuvor der Diagnostik diene!). Folge: Die zu frühe Entlassung führt dazu, daß der Patient noch später arbeitsfähig wird und sich sein Leiden sicherlich nicht so bessert wie es sein könnte, wenn er konsequent nachbehandelt würde. Dies ist kein Einzelfall, er hat sich ähnlich öfters wiederholt. Die Begründung ist jeweils gleich: der Landesvertrauensarzt in Düsseldorf habe festgestellt, bei uns sei die Verweildauer zu lang und die Krankenkassen verführen jetzt sozusagen radikal. Versuche, dagegen vorzugehen, scheitern am Vertrauensarzt, der zwar meine Argumente akzeptiert, jedoch „nichts machen kann“. Fachliche Begründungen scheinen nicht zu zählen. Wenn man davon ausgeht, daß der ärztliche Dienst einer Klinik selbstverständlich nicht die Verlängerung der Verweildauer im Sinn hat, sondern eher die Patienten bremsen

muß, zu früh die Klinik zu verlassen, dann ist ein derartiges Vorgehen der Krankenkasse gesundheitspolitisch gefährlich. Es entspricht keineswegs dem Tenor, den Sie in dem genannten Artikel gebracht haben. Hier klaffen Theorie und Praxis offenbar auseinander; die Einzelfallbegründung nützt überhaupt nichts, denn es wird lediglich alles über einen Kamm geschoren.

Dr. med.

Johannes Schumacher
Orthopäde – Sportmedizin
Rheinische Orthopädische
Landesklinik
4060 Viersen 12

PSYCHOSOMATIK

Zu dem Artikel „Braucht die Medizin ein neues Bild vom Menschen?“, von K. Federlin etd. (Heft 41/1982):

Das eigene Haus in Ordnung bringen

... Als Legitimationskriterien für die Schulmedizin gelten (den Autoren)... der klassische wissenschaftliche Denksatz „des unvoreingenommenen Messens und Vergleichens“, die Bereitschaft, diesen klassischen wissenschaftlichen Denksatz als oberste Instanz auch gegen sich selbst gelten zu lassen, sowie die pragmatische Rechtfertigung durch „Großerfolge der Medizin“ bis in die jüngste Zeit. Nun erschöpft sich der klassische wissenschaftliche Denksatz gewiß nicht im „unvoreingenommenen Messen und Vergleichen“. Hierbei handelt es sich lediglich um Techniken zum methodisch richtigen Sammeln von Erfahrungen. Wissenschaftliches Denken besteht darüber hinaus in der logisch richtigen Interpretation der gesammelten Erfahrungen. Meist erlauben diese jedoch mehr als nur eine logisch stimmige

BRIEFE AN DIE REDAKTION

ge Interpretation. Hier gebietet die Logik, von mehreren möglichen Deutungen (Theorien) zunächst jene mit der höchsten Wahrscheinlichkeit zu ermitteln und diese durch methodischen Zweifel immer und immer wieder in Frage zu stellen, damit sie, falls sie entgegen der Wahrscheinlichkeit objektiv falsch sein sollte, möglichst bald widerlegt und durch eine andere, auch mit den zusätzlich gewonnenen Erfahrungen verträgliche Theorie ersetzt werden kann. Wer die schulmedizinische Literatur kennt, wird an vielen Beispielen belegen können, daß das hier in wenigen Worten umrissene eherne Grundprinzip der Erkenntnislogik bei der Begründung schulmedizinischer Theorien nicht immer die ihm gebührende Beachtung findet. Selbst wenn man einräumt, daß der Anwendung der Erkenntnislogik gerade in der Heilkunde oft unüberwindliche ethische Grenzen gesetzt und daß viele Aufgaben des Arztes schon ihrer Natur nach der wissenschaftlichen Systematisierung völlig unzugänglich sind, wird man dennoch leicht feststellen, daß auch die objektiv bestehenden und nicht durch ethische Vorbehalte eingeschränkten Anwendungsmöglichkeiten der Erkenntnislogik im Bereich der schulmedizinischen Theorienbegründung kaum hinreichend ausgeschöpft werden...

Dem unparteilichen Beobachter bietet sich der Eindruck, daß der Schulmedizin die strikte Berufung auf den klassischen wissenschaftlichen Denkansatz vornehmlich in der Auseinandersetzung mit konkurrierenden Konzeptionen als wesentlich erscheint, während sie sozusagen im Innenverhältnis in dieser Hinsicht recht großzügig verfährt und hier auch scholastisch-autoritäre Begründungsweisen akzep-

tiert. Bevor sich die Schulmedizin konkurrierenden Konzeptionen gegenüber legitimerweise und glaubhaft durch Berufung auf den nur bei ihr geltenden wissenschaftlichen Denkansatz abgrenzen kann, müßte sie zunächst einmal ihr eigenes Haus in Ordnung bringen. Solange sich die Schulmedizin in einem Ozean von Technik verliert, Technik bereits als Wissenschaft ausgibt und darüber die logisch richtige wissenschaftliche Interpretation ihrer vornehmlich mit technischen Verfahren gewonnenen Erkenntnisse nur allzuoft aus dem Auge verliert, darf sie sich nicht wundern, wenn (teilweise sogar berechnete) Technik-Feindlichkeit zur irrationalen Wissenschaftsfeindlichkeit ausartet, wenn unzulängliche Ausübung des wissenschaftlichen Denkens die Wissenschaft selbst in unberechtigten Mißkredit bringt. Die Berufung der Schulmedizin auf ihre bis in unsere Tage anhaltenden Großfolge ist selbst für den Zweifler an ihrer Weisheit ein erdrückendes Argument. Man muß hierbei jedoch berücksichtigen, daß die kategorische Anwendung erkenntnislogischer Prinzipien in der Schulmedizin ja nicht ausdrücklich verboten ist; zu bemängeln wäre lediglich ihre Unverbindlichkeit. In der Tat sind Großfolge der Schulmedizin häufig unter strikter Beachtung der erkenntnislogischen Prinzipien errungen worden. Als markante Beispiele von 100 Jahren Abstand seien hier nur die Entdeckung des Milzbrandregens durch Koch und die Entwicklung des Hepatitis-B-Impfstoffes genannt.

Andererseits wird sich aber kaum widerlegen lassen, daß für die Gewinnung technischer-wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Medizin dieselben ökonomischen Gesetze gelten

wie für die Gewinnung nicht reproduzierbarer Rohstoffe: Zuerst werden – wenn auch durchaus nicht ohne Anstrengung! – die am leichtesten zugänglichen Schätze gehoben, dann jene, deren Förderung bereits erheblich mehr Aufwand erfordert, und schließlich muß, da unendlicher Aufwand nicht getrieben werden kann, der Aufwand/Ertrags-Quotient den realisierbaren Bereich überschreiten. Spätestens dann wird es Zeit, sich über alternative Konzeptionen Gedanken zu machen. Die Frage kann also nicht lauten, ob sich der Fortschritt der technisch-wissenschaftlichen Heilkunde eines Tages totläuft, sondern lediglich, wann dies voraussichtlich der Fall sein wird, bzw. ob wir der Grenze des Machbaren bereits nahe sind.

Unter dieser nicht sehr optimistischen, aber doch wohl realistischen Perspektive erscheint es um so dringlicher, dem rationalen, logischen Prinzip in den Gebieten der Heilkunde, in denen seine Anwendung von der Sache und von der Ethik her gerechtfertigt werden kann, mehr Raum zu schaffen. Eine rationale Konzeption wird sich, da sie vermeidbare Irrwege erspart, auch immer als eine rationelle Konzeption erweisen. Zur weiteren „Rationalisierung“ (in des Wortes doppelter Bedeutung!) der Schulmedizin wird jedoch auch eine aufgeschlossene Haltung gegenüber völlig anderen Konzeptionen der Heilkunde treten müssen, da uns der technisch-wissenschaftliche Fortschritt nicht auf alle Zeiten erhalten bleiben wird, ohne daß mit seinem Ende zwangsläufig das Ende der ungelösten medizinischen Probleme einhergehen müßte.

Dr. med. Harald Fiedler
Postfach 17 67
4400 Münster/Westf.

Felden® und Felden® 20

Zusammensetzung:

1 Kapsel Felden enthält 10 mg Piroxicam.
1 Kapsel Felden 20 enthält 20 mg Piroxicam.
1 Zäpfchen Felden 20 enthält 20 mg Piroxicam.

Anwendungsgebiete:

Entzündliche und schmerzhaftige Erkrankungen, insbesondere des Bewegungsapparates, wie chronische Polyarthritiden, Reizzustände bei degenerativen Erkrankungen (Arthrosen), Spondylitis ankylosans (M. Bechterew), Schulter-Arm-Syndrom, Ischialgien, Entzündungen der Sehnen, Sehnensehnen und der Schleimbeutel, akuter Gichtanfall, posttraumatische und postoperative Schmerzzustände.

Gegenanzeigen:

Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Piroxicam (mögliche Kreuzreaktion mit Acetylsalicylsäure und anderen nichtsteroidalen Antiphlogistika/Antirheumatika beachten). Hämorrhagische Diathese. Akute Magen- bzw. Zwölffingerdarmgeschwür oder entsprechende gastrointestinale Anamnese. Schwangerschaft, Stillzeit und bei Kindern wegen noch nicht ausreichenden diesbezüglichen Erfahrungen. Kardiale, renale und hepatische Insuffizienz erfordert besonders sorgfältige Kontrolle.

Nebenwirkungen:

Gastrointestinale Nebenwirkungen erfordern nur selten einen Therapieabbruch. In geringem Umfang wurden Knöchelödeme, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, eine Erniedrigung des Hämoglobinwertes, des Hämatokrits und der Thrombozytenzahl sowie Erhöhung von Serumtransaminasen und Blutharnstoffspiegel beobachtet. Dieses Arzneimittel kann Tätigkeiten, die höhere Aufmerksamkeit erfordern (aktive Teilnahme am Straßenverkehr, Bedienen von Maschinen), beeinträchtigen; dies gilt vor allem im Zusammenhang mit Alkohol. Bei Überempfindlichkeit können Hautreaktionen, evtl. auch schwerer Art, auftreten. Kurzfristige lokale Reizerscheinungen sind auch bei Felden 20 Zäpfchen, wie bei jeder Behandlung mit Zäpfchen, nicht völlig auszuschließen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:

Obwohl In-vitro-Versuche keine Wechselwirkungen ergeben haben, ist eine Wechselwirkung in vivo nicht auszuschließen. Daher sollte bei Gabe von Felden 20 zusammen mit anderen stark an Plasmaprotein gebundenen Medikamenten, wie z. B. gerinnungshemmenden Präparaten vom Cumarintyp, eine sorgfältige ärztliche Überwachung erfolgen, um evtl. notwendig werdende Dosisanpassungen rechtzeitig vornehmen zu können.

Dosierungsanleitung:

Soweit nicht anders verordnet, 1 x täglich 1 Kapsel Felden 20 (bzw. 1 x täglich 2 Kapseln Felden) oder 1 x täglich 1 Felden 20 Zäpfchen. Die Dosierung bei akutem extraartikulärem Rheumatismus und akuter Gicht sowie Hinweise zur Behandlungsdauer und Art der Anwendung sind der Gebrauchsinformation für Fachkreise bzw. dem Arztprospekt zu entnehmen. Die Kapseln werden während oder nach einer Mahlzeit mit reichlich Flüssigkeit eingenommen. Die Zäpfchen werden nach dem Stuhlgang in den After eingeführt.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

OP mit 20 Kapseln Felden zu 10 mg (N1) DM 26,-,-; OP mit 50 Kapseln Felden zu 10 mg (N2) DM 56,75; OP mit 20 Kapseln Felden 20 zu 20 mg (N1) DM 46,85; OP mit 50 Kapseln Felden 20 zu 20 mg (N2) DM 101,70; OP mit 10 Zäpfchen Felden 20 zu 20 mg DM 27,50; OP mit 20 Zäpfchen Felden 20 zu 20 mg DM 49,60; OP mit 50 Zäpfchen Felden 20 zu 20 mg DM 111,50 Anstaltspackungen.

Der Vertrieb erfolgt über die Firma Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, Postfach 20 64, 7918 Jllertissen. Bei Literaturwünschen und weiteren Anfragen wenden Sie sich bitte an die o. a. Anschrift.

 HEINRICH MACK Nachf.
7918 Jllertissen

 PFIZER GmbH
7500 Karlsruhe