

Cefarheumin®

Für die schonende Rheumatherapie

„ Eine homöopathische Zubereitung wie beispielsweise Cefarheumin® ist bei der Behandlung des rheumatischen Formenkreises durchaus in der Lage, die Beschwerden entweder als Monotherapeutikum oder in Kombination mit NSAR zu bessern. In jedem Fall aber lassen sich nichtsteroidale Antirheumatika einsparen und somit die Nebenwirkungen deutlich senken. “

Quelle: Engel, G.: Der Allgemeinarzt 7, 492-500 (1988).

kostengünstig
100 ml 18,80 DM

Zusammensetzung: Tropfen: 100 g enthalten: Colchicinum D5 10 g, Berberinum chloratum D5 10 g, Urtica D 1 Vorschr. 4 a HAB 15 g, (Arzneiträger: Vinum liquoros.) Enthält 22 Vol.-% Ethanol. **Tabletten:** 1 Tablette enthält: Colchicinum D5 25 mg, Berberinum chloratum D5 25 mg, Urtica D 1 Vorschr. 4 a HAB 37,5 mg. **Ampullen:** 1 Ampulle (1 ml) enthält: Colchicinum D5 0,1 g, Berberinum chloratum D5 0,1 g, Urtica o 15 mg. **Salbe:** 100 g enthalten: Ol. Terebinthinae 1 g, Ol. Pini pum. 1 g, Ol. Rosmarini 1 g, Ol. Lavandulae 1 g, Campher 5 g.

Anwendungsgebiete: Tropfen, Tabletten, Ampullen: Muskel- und Gelenkrheumatismus, harnsaure Diathese. **Salbe:** Muskel-, Gelenk- und Nervenschmerzen, Nervenentzündung. Als Brusteinreibung auch zur unterstützenden Behandlung von Erkältungskrankheiten.

Gegenanzeigen: Tropfen, Tabletten, Ampullen: Schwangerschaft.

Dosierungsanleitung: Tropfen: 3 mal täglich 30–50 Tropfen, nach 1 Woche 3 mal täglich 15–20 Tropfen. **Tabletten:** 3 mal täglich 3–4 Tabletten. **Ampullen:** Täglich 1 ml intramuskulär, intravenös oder subkutan injizieren, später jeden 3. Tag 1–2 ml. Zur Aerosoltherapie 1–2 ml pro Anwendung. **Salbe:** 3–5 mal täglich auf die schmerzenden Körperpartien auftragen und, falls nötig, leicht einmassieren. Als Brusteinreibung gleichmäßig über dem Brustbein verteilen.

Handelsformen und Preise:

Tropf.	50 ml	11,95 DM	Amp.	10 St. (1 ml)	14,60 DM
	100 ml	18,80 DM		50 St. (1 ml)	50,95 DM
Tabl.	100 St.	9,80 DM		100 St. (1 ml)	90,95 DM
	200 St.	17,90 DM		300 St. (1 ml)	229,13 DM
Salbe	50 g	7,50 DM		500 St. (1 ml)	319,02 DM
	100 g	13,40 DM			

Preisänderungen vorbehalten!



Cefak Arzneimittel
D-8960 Kempten

PRÄ/POST

Zu dem Kommentar „Vor- und nachstationäre Diagnostik und Behandlung: ein Prüfstein“ von Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering in Heft 25/26/1989:

Nicht mehr verantwortbar

Das Problem der Aufteilung gebietsärztlicher diagnostischer Aufgaben auf Praxis und Krankenhaus ist unstrittig für das weitere Bestehen des heutigen Systems ärztlicher Versorgung in Deutschland von ausschlaggebender Bedeutung. Man begehrt aber einen entscheidenden Fehler, wenn man es nahezu ausschließlich unter ökonomischen Aspekten betrachtet, so wichtig diese auch für unsere niedergelassenen Kollegen sein mögen. Leider beschränkt sich auch der wohlgemeinte Artikel im wesentlichen auf solche Überlegungen, wie zum Beispiel aus seiner Äußerung über eine mögliche Gefährdung der Existenz niedergelassener Ärzte durch vermehrte prästationäre Diagnostik hervorgeht.

Drei weitere Gesichtspunkte werden dagegen bei der Erörterung dieses Problems regelmäßig und vollständig vernachlässigt, obgleich sie ebenfalls entscheidende Bedeutung haben – allerdings für unsere Patienten, und nicht für das ärztliche Einkommen! Es erscheint mir gerade deshalb nicht zulässig, sie einfach zu verschweigen oder mit griffigen Formeln wie „Soviel ambulant wie möglich... usw.“ abzutun. Die ersten beiden betreffen die Sicherheit der Entdeckung und Bewertung morphologischer Befunde. Sie gelten damit vor allem für abbildende Verfahren der radiologischen Diagnostik (konventionelle Röntgendiagnostik, CT, MR, US), aber auch für alle direkten körperlichen Untersuchungen und besonders auch für Endoskopien.

Wer unter Einbeziehung psychostatistischer Methoden

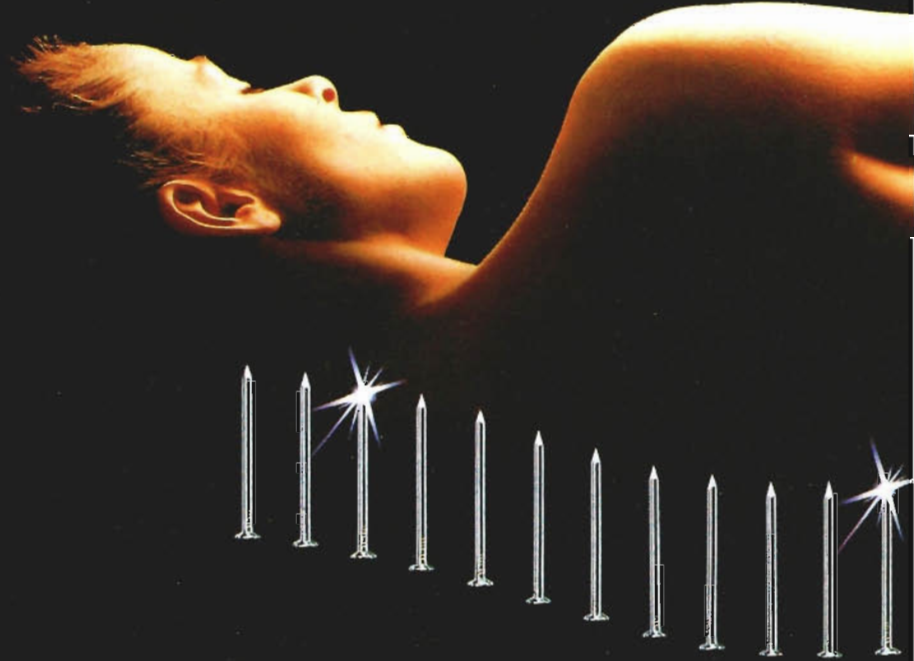
auf dem Gebiet der Mustererkennung – und die Entdeckung krankhafter Abweichungen auf Bildern ist nichts anderes! – Kenntnisse gesammelt hat, weiß, daß bei der Erstbetrachtung eines Bildes rund 15 Prozent kleinerer Musterabweichungen (also pathologischer Befunde) nicht entdeckt oder fehlbeurteilt werden. Die Sicherheit der Entdeckung ist nur zum geringeren Teil eine Frage der Erfahrung, hauptsächlich aber eine solche der Grenzen der menschlichen Erkenntnisfähigkeit. Diese Einschränkung läßt sich nur durch eine vollständige bildliche Dokumentation des untersuchten Organs und Mehrfachbetrachtung der gewonnenen Bilder durch mehrere Kollegen bis auf eine Fehlergrenze von rund 5 Prozent reduzieren (Bauer). Wo gibt es hierzu ausreichende Möglichkeiten? In den Praxen niedergelassener Kollegen sicher in der Regel nicht, wohl aber in größeren Krankenhäusern mit entsprechenden radiologisch-klinischen Demonstrationen: Ein nicht zu übersehendes Argument für die Verlegung derartiger Diagnostik in Krankenhäuser? Eine Alternative könnte sich noch in größeren Gemeinschaftspraxen ergeben, aber auch diese werden sich den zeitlichen Luxus gemeinschaftlicher Demonstrationen kaum leisten können. Noch schwieriger ist die Lage bei den Endoskopien: Dort bleibt die Fehlerrate nicht richtig entdeckter kleiner Befunde in der Regel nahe 15 Prozent, wie unter anderem Heinkel gezeigt hat, weil fast nie eine bildliche Dokumentation der visuell betrachteten und dabei als gesund angesehenen Organabschnitte erfolgt (selbst die Bilddokumentation pathologischer Veränderungen ist durchaus noch nicht überall die Regel!) und die Untersuchung in der Praxis auch nur von einem einzelnen Arzt gesehen wird. Nur die Videobetrachtung der Endoskopie durch mehrere Ärzte kann die Fehlerrate

B-Vitamine.

der endoskopischen Befundentdeckung auf ähnlich niedrige Werte wie bei der entsprechend dokumentierten Röntgenuntersuchung senken. Eine solche Möglichkeit besteht aber wiederum in der Regel nur in größeren Krankenhausabteilungen.

Beim Vergleich der abbildenden Diagnostik in der Praxis und im größeren Krankenhaus müssen wir also aus grundsätzlichen Gegebenheiten eine Überlegenheit der Krankenhausdiagnostik für die Entdeckung schwerer zu entdeckender kleiner Befunde akzeptieren. Es ist die Frage, ob man ungeachtet des unstreitig niedrigeren Niveaus den Umfang der komplizierteren diagnostischen Tätigkeit in der Praxis beibehalten will: schließlich gibt es ja ebenso unstreitig auch Niveauunterschiede in der operativen Tätigkeit zwischen kleinen peripheren Krankenhäusern der Grundversorgung und hochspezialisierten chirurgischen Kliniken.

Bei der *Bewertung* seltener Befunde spielt dagegen die Erfahrung die entscheidende Rolle. Trotz der schönen Formulierung in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung („eingehende Kenntnisse und Erfahrungen“) muß man ja wohl davon ausgehen, daß der Umfang der Erfahrungen am Ende einer Weiterbildung noch recht bescheiden ist und erst im Laufe der weiteren ärztlichen Tätigkeit – dabei abhängig von der gesehenen Patientenzahl – auf ein befriedigendes Maß zunimmt. Wie dies quantitativ aussehen kann, sei am Beispiel des Magenfrühkarzinoms erläutert. Wer sich überwiegend der gastroenterologischen Diagnostik widmet, kann zum Beispiel im Jahr die Zahl von 2000 sorgfältig ausgeführten Röntgenuntersuchungen des Magens als ungefähres Höchstmaß erreichen (wer von den niedergelassenen Kollegen hat überhaupt solche Patientenzahlen?). Unter diesen 2000 finden sich nach eigenen und anderen Unter-



Erst:

Neurofenac

B-Vitamine + Diclofenac

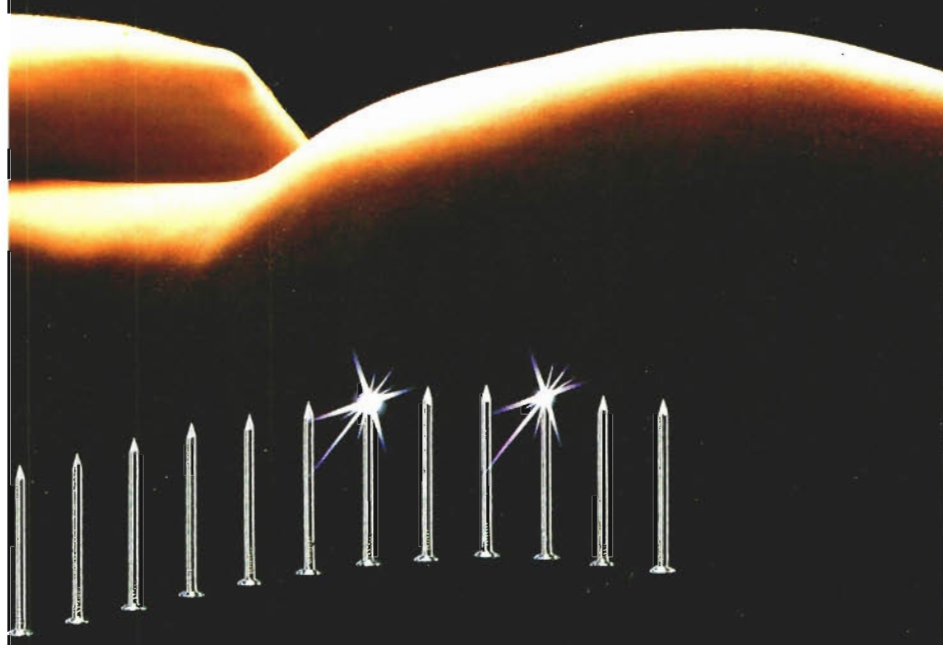
● **Neurofenac wirkt schneller als Diclofenac gegen den Schmerz.**

Doppelblindstudie Neurofenac versus Diclofenac bei Patienten mit degenerativ-rheumatischen Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich. Lettko, M., Schwieger, G., Pudiel, V.: Rheuma, Schmerz & Entzündung 8, 22 - 30 (1986)

Neurofenac®

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Diclofenac-Natrium 25 mg, Thiaminnitrat 50 mg, Pyridoxinhydrochlorid 50 mg, Cyanocobalamin 0,25 mg. **Anwendungsgebiete:** Entzündliche und entzündlich aktivierte degenerative Formen des Rheumatismus: chronische Polyarthrit, Spondylitis ankylosans (M. Bechterew), Arthrosen, Spondylarthrosen, Neuritiden und Neuralgien wie Zervikalsyndrom, Lumbago (Hexenschuß), Ischias, akuter Gichtanfall; Weichteilrheumatismus; nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Gegenanzeigen:** Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Porphyrin, Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe, Leberfunktionsstörungen, Störungen der Blutbildung. Bei Patienten, die auf Acetylsalicylsäure oder andere nichtsteroidale Entzündungshemmer überempfindlich reagiert haben, nur unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen anwenden. Patienten mit Asthma, Heuschnupfen, Nasenschleimhautschwellung oder chronischen Atemwegsinfektionen sind durch Überempfindlichkeitsreaktionen besonders gefährdet. Patienten mit Hinweisen auf Magen- oder Darmgeschwüre in der Vorgeschichte, mit Magen-Darm-Beschwerden, sowie Patienten mit Leber- oder Nierenschäden, mit Bluthochdruck und/oder Herzinsuffizienz und ältere Patienten sorgfältig überwachen. Keine Anwendung in der Schwangerschaft, Stillzeit, bei Kindern unter 6 Jahren, Vitamin-B-Mangelerkrankungen. **Nebenwirkungen:** Häufig Magen-Darm-Beschwerden, wie Übelkeit, Durchfall und geringfügige Magen-Darm-Blutverluste. Gelegentlich Magen- oder Darmgeschwüre, unter Umständen mit Blutung und Durchbruch, Überempfindlichkeitsreaktionen wie Hautausschlag, Hautjucken, Asthmaanfälle mit und ohne Blutdruckabfall, zentral-nervöse Störungen wie Kopfschmerzen, Erregung, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Schwindel. Selten Neigung zu Wasseransammlung im Körper, besonders bei Patienten mit hohem Blutdruck; Haarausfall,

Von Anfang an.



Dann:

Neurobion[®] forte Dragees

● Neurobion forte zur effektiven Behandlung der Restbeschwerden.

Doppelblindstudie Neurobion forte 3 x 1 / Tag vs. Placebo in der Nachbehandlung von rezidivierenden schmerzhaften Wirbelsäulensyndromen nach einer 3-wöchigen Akutbehandlung mit Neurofenac bzw. Diclofenac (Nachbehandlungsdauer bis zu 6 Monate). Schwieger, G.: Publikation in Vorbereitung.

Leberschäden, Nierenschäden. In Einzelfällen Störungen der Blutbildung, schwere Verlaufsformen von Hautreaktionen, wie Erythema exsudativum multiforme, insbesondere bei Langzeitanwendung. Nach Vitamin B₁-Gabe in Einzelfällen Schweißausbrüche, Tachykardie, Hautreaktionen mit Juckreiz und Urticaria. **Wechselwirkungen:** Gleichzeitige Anwendung von Neurofenac und Lithium bzw. Digoxin erhöht den Lithium- bzw. Digoxin-Spiegel im Blut. Die Wirkung von L-Dopa kann abgeschwächt werden. **Dosierung:** 2 x 1 bis 3 x 2 Kapseln Neurofenac pro Tag. Weitere Hinweise sind der Gebrauchsinformation zu entnehmen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen. **Handelsformen und Preise:** 20 Kapseln (N 1) DM 12,51; 50 Kapseln (N 2) DM 27,90; 100 Kapseln (N 3) DM 46,51. (Stand: Januar 1989)

Neurobion[®] forte

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: 100 mg Thiamindsulfid, 200 mg Pyridoxin-HCL, 200 µg Cyanocobalamin. **Anwendungsgebiete:** Polyneuritiden, toxische Neuritiden, Neuralgien, Ischialgien, Bandscheibenbeschwerden, Herpes zoster. **Gegenanzeigen:** Bisher keine. **Nebenwirkungen:** Nach Vitamin B₁-Gabe in Einzelfällen Schweißausbrüche, Tachykardie, Hautreaktionen mit Juckreiz und Urticaria. **Wechselwirkungen:** Die Wirkung von L-Dopa kann abgeschwächt werden. **Dosierung:** 3 x täglich 1 Neurobion forte Dragee. **Hinweis:** Bei längerfristiger Überdosierung von Vitamin B₆ (länger als 2 Monate über 1 g pro Tag) können neurotoxische Nebenwirkungen auftreten. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Dragees DM 10,40; 50 Dragees DM 19,90; 100 Dragees DM 36,45; ferner größere Klinikpackungen. (Stand: Januar 1989)

Cascan GmbH & Co. KG · 6200 Wiesbaden

cascan

suchungen im Durchschnitt 1,5 Prozent Magenkarzinome, von denen höchstens 20 Prozent Frühkarzinome sind. Von den letzteren ist etwa ein Drittel schwer erkennbar: Das sind bei 2000 Untersuchungen zwei Fälle pro Jahr! Wie soll man bei dieser Sachlage in der Praxis genügend Erfahrungen sammeln, um kleine, schlecht abgrenzbare Magenläsionen zu entdecken und als mögliche Frühkarzinome anzusprechen? Ein hinreichender Erfahrungsschatz ist in dieser Hinsicht eben nur in einem größeren Krankenhaus (oder Poliklinik) zu schaffen, in dem größere Patientenzahlen zusammengeführt und alle Untersuchungen bei Demonstrationen von allen mit diesem Aufgabengebiet Befassten gesehen und diskutiert werden. Nicht nur bei der Entdeckung, sondern auch bei der Bewertung seltener Befunde gibt es also ein entschiedenes Plus für die Diagnostik im größeren Krankenhaus. Allein diese beiden Punkte würden ausreichen, um bei der Abgrenzung der diagnostischen Aufgabengebiete zwischen Praxis und Krankenhaus nachdenklich zu werden.

Fast noch gravierender ist aber der dritte, der sich auf die Weiterbildung zu Gebietsärzten bezieht. Wenn abbildende Diagnostik, wie vielfach propagiert, „soviel ambulant wie möglich“ ausgeführt und die Berechtigung hierzu nur von Gebietsbezeichnung und Geräteausrüstung abhängig gemacht wird, so sehen und lernen die Weiterzubildenden im Krankenhaus (und natürlich auch in der Universitätspoliklinik) so gut wie überhaupt keine primäre Routinediagnostik „normaler“ Krankheiten mehr! Sie werden vielmehr fast ausschließlich mit dem Ungewöhnlichen konfrontiert und dadurch auch noch dazu induziert, in diesen Fällen einen überzogenen diagnostischen Aufwand zu treiben. Zu letzterem wäre überhaupt keine Zeit und kein Antrieb vorhanden, wenn die jungen

Kollegen auch durch normale Routinefälle weitgehend ausgelastet wären. Auf diesen immer bedrohlicher werdenden Umstand hat der Unterzeichnete schon vor langen Jahren in einer Diskussion mit der KV Nordrhein – wie erwartet: vergeblich – klar hingewiesen.

„Wer darauf besteht, daß die (apparative) Diagnostik auch weiterhin überwiegend in den Praxen Niedergelassener ausgeführt wird, verschlechtert die Qualität und Vollständigkeit der Weiterbildung zukünftiger Ärztegenerationen entscheidend.“

Dies wird sich in erster Linie auf den Kenntnis- und Erfahrungsstand der nächsten Generationen niedergelassener Ärzte verheerend auswirken, hat aber natürlich für die Zukunft auch Rückwirkungen auf den Leistungsstand und die ärztliche Einstellung in Krankenhäusern. Abschließend sei nochmals ausdrücklich betont, daß es mir, der ich selbst etliche Jahre in einer Kassenpraxis tätig war, fernliegt, eine Kontraststellung gegen niedergelassene Kollegen einnehmen zu wollen. Ich bin jedoch der Überzeugung, daß es nicht mehr verantwortbar ist, das Problem der Abgrenzung zwischen Praxis und Krankenhaus nur unter ökonomischen Gesichtspunkten zu betrachten.

Prof. Dr. med. Wolfgang Frik, o. Prof. (emer.) für Radiologie, RWTH Aachen, Mittelstr. 45, 5100 Aachen

Schlußwort

Die Ausführungen kann man nur mit Erstaunen zur Kenntnis nehmen. Wenn man ihnen folgt, so dürfte Diagnostik eigentlich nur noch in großen Krankenanstalten durchgeführt werden, weil die von ihm geschilderten Voraussetzungen in Krankenhäusern der Grundversorgung in aller Regel nicht gegeben sind. Ich halte sie aber auch nicht für begründet.

Die Entscheidung darüber, ob ein Patient in das

Krankenhaus eingewiesen werden soll oder nicht, obliegt ausnahmslos den Ärzten in der ambulanten Praxis. Man müßte ja sonst alle Patienten zur Diagnostik in ein größeres Krankenhaus weisen. Zweck der vorstationären Diagnostik ist es doch, die Diagnostik bei vermuteter Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ambulant so weit voranzutreiben, daß der Krankenhausaufenthalt so kurz wie möglich gehalten werden kann. Die vom niedergelassenen Arzt erhobenen Befunde nimmt der Patient mit in das Krankenhaus, und die Kollegen haben die Möglichkeit, sie dann noch einer eigenen Beurteilung zu unterziehen. Das mitgegebene Röntgenbild wird also nicht nur vom niedergelassenen Arzt beurteilt, sondern anschließend auch von dem Arzt oder den Ärzten des Krankenhauses. Auch bei der Endoskopie stimmt die Wirklichkeit doch mit den Ausführungen von Herrn Kollegen Frik in keiner Weise überein. Wenn der niedergelassene Arzt bei der Endoskopie keinen krankhaften Befund erhebt, so wird der Patient überhaupt nicht ins Krankenhaus eingewiesen. Die Krankenhausärzte wären ja gar nicht in der Lage, die endoskopischen Leistungen zu übernehmen und dabei auch immer noch einen erfahrenen zweiten oder dritten Arzt für die Beurteilung zuzuziehen.

Was die Weiterbildungsmöglichkeiten junger Ärzte angeht, so könnte tatsächlich darüber nachgedacht werden, ob es nicht zweckmäßig wäre, wenn jeder in Weiterbildung befindliche Arzt an einer großen Klinik auch für einige Zeit in einer entsprechenden Praxis tätig würde. Das wäre für ihn zweifellos eine große Bereicherung und würde zugleich die Bedenken von Herrn Kollegen Frik ausräumen.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 ▷

Isoptin® KHK retard

Zusammensetzung: 1 Retardtablette enthält 120 mg Verapamilhydrochlorid. **Indikationen:** Koronare Herzkrankung; chronische stabile Angina pectoris (klassische Belastungsangina); Ruheangina, einschließlich der vasospastischen (Prinzmetal-Angina, Variant-Angina) sowie der instabilen Angina (Crescendo-, Präinfarkt-Angina); Angina pectoris bei Zustand nach Herzinfarkt, Hypertonie. Prophylaxe tachykarder Rhythmusstörungen supraventrikulären Ursprungs und ischämiebedingter ventrikulärer Extrasystolen. **Kontraindikationen:** Absolute: Herz-Kreislauf-Schock; komplizierter frischer Herzinfarkt (Bradykardie, ausgeprägte Hypotonie, Linksinsuffizienz); AV-Block II. und III. Grades, sinuatrialer Block; Sinusknotensyndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom). Relative: AV-Block I. Grades; Sinusbradykardie < 50 Schläge/min; Hypotonie < 90 mm Hg systolisch; Vorhofflimmern/Vorhofflattern bei gleichzeitigem Vorliegen eines Präexzitationssyndroms, z. B. WPW-Syndrom (hier besteht das Risiko, eine Kammer tachykardie auszulösen); Herzinsuffizienz (vor der Behandlung mit Isoptin KHK retard ist eine Kompensation, z. B. mit Herzglykosiden, erforderlich). Während einer Schwangerschaft (besonders im ersten Drittel) und in der Stillzeit ist die Verordnung von Isoptin KHK retard kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Verschiedene Herz-Kreislauf-Effekte von Verapamil können gelegentlich, insbesondere bei höherer Dosierung oder entsprechender Vorschädigung, über das therapeutisch erwünschte Maß hinausgehen: AV-Blockierung, Sinusbradykardie, Hypotonie, Verstärkung von Insuffizienzsymptomen. Über Obstipation wird des öfteren berichtet; selten kommt es zu Übelkeit, Schwindel bzw. Benommenheit, Kopfschmerz, Flush, Müdigkeit, Nervosität, Knöchelödemen. Einige Einzelbeobachtungen über allergische Hauterscheinungen (Exanthem, Pruritus, Urtikaria) liegen vor, ferner über eine reversible Erhöhung der Transaminasen und/oder alkalischen Phosphatase, wahrscheinlich als Ausdruck einer allergischen Hepatitis. Bei älteren Patienten wurde in sehr seltenen Fällen unter einer oralen Langzeittherapie Gynäkomastie beobachtet, die nach bisherigen Erfahrungen nach Absetzen des Medikamentes voll reversibel ist. Äußerst selten kann es unter längerer oraler Behandlung zu Gingivahyperplasie kommen, die sich nach Absetzen völlig zurückbildet. Die Behandlung des Bluthochdrucks mit Isoptin KHK retard bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. 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 Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol.

Dosierung und Anwendungsweise: Erwachsene erhalten morgens und abends je 1–2 Retardtabletten im Abstand von ca. 12 Stunden. Eine Tagesdosis von 4 Retardtabletten sollte als Dauertherapie nicht überschritten werden; eine kurzfristige Erhöhung ist möglich. Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion wird in Abhängigkeit vom Schweregrad wegen eines verlangsamten Arzneimittelabbaus die Wirkung von Verapamil verstärkt und verlängert. Deshalb sollte in derartigen Fällen die Dosierung mit besonderer Sorgfalt eingestellt und mit niedrigen Dosen begonnen werden (z. B. bei Patienten mit Leberzirrhose zunächst 3mal täglich 1 Filmtablette Isoptin mite). **Kinderdosen:** s. Fachinformation. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe von Isoptin KHK retard und Arzneimitteln, die kardiodepressiv wirken bzw. die Erregungsbildung oder -leitung hemmen, z. B. Betarezeptorenblocker, Antiarrhythmika sowie Inhalationsanästhetika, kann es zu unerwünschten additiven Effekten kommen (AV-Blockierung, Bradykardie, Hypotonie, Herzinsuffizienz). In Kombination mit Chinidin sind bei Patienten mit hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie einzelne Fälle von Hypotonie und Lungenödem beschrieben worden. Die intravenöse Gabe von Betarezeptorenblockern sollte während der Behandlung mit Isoptin KHK retard unterbleiben. Isoptin KHK retard kann die Wirkung von Antihypertensiva verstärken. Erhöhungen des Digoxinplasmaspiegels bei gleichzeitiger Gabe von Verapamil sind beschrieben. Deshalb sollte vorsorglich auf Symptome einer Digoxinüberdosierung geachtet, gegebenenfalls der Digitalispiegel bestimmt und nötigenfalls eine Reduzierung der Glykosiddosis vorgenommen werden. Des weiteren wurden in der Literatur vereinzelt Wechselwirkungen mit Carbamazepin (Wirkungsverstärkung durch Verapamil), Lithium (Wirkungsabschwächung durch Verapamil, Erhöhung der Neurotoxizität), Cyclosporin, Theophyllin (Plasmaspiegelerhöhung durch Verapamil) und Rifampicin (Wirkungsabschwächung durch Verapamil) beschrieben. Die Wirkung von Muskelrelaxanzien kann verstärkt werden. **Handelsformen:** 20 Retardtabletten (N 1) DM 14,69, 50 Retardtabletten (N 2) DM 30,84, 100 Retardtabletten (N 3) DM 54,02. Stand: September 1989

Knoll AG · D-6700 Ludwigshafen