

**NEU**  
von Hexal®  
**Eine Klasse  
für sich!\***

# Sotahexal®

## Sotalolhydrochlorid

<b>Sotahexal®</b>	160 mg	
20 Tabletten (N1)	DM	<b>32,40</b>
50 Tabletten (N2)	DM	<b>74,-</b>
100 Tabletten (N3)	DM	<b>128,-</b>

<b>Sotahexal® mite</b>	80 mg	
20 Tabletten (N1)	DM	<b>19,85</b>
50 Tabletten (N2)	DM	<b>47,-</b>
100 Tabletten (N3)	DM	<b>78,95</b>

Sotalol: nicht nur Betablocker,  
sondern auch Klasse III-  
Antiarrhythmikum  
noch Vaughan-Williams



Sicherheit  
durch Qualität

**Sotahexal® /mite.** Zus.: 1 Tabl. enth.: Sotalolhydrochlorid 160 mg/80 mg; Hydroxypropylcellulose; Lactose; Magnesiumstearat; Poly(O-carboxymethyl)stärke, Natriumsalz. **Anwend.:** Bluthochdruck, auch Belastungshochdruck; Angina pectoris; hyperkinet. Herzsyndr.; tachykardie Herzrhythmusstör.; Prophylaxe pektanginöser Anfälle; Abschirmung adrenerger Einflüsse b. Hyperthyreose. **Gegenanz.:** Manifeste Herzinsuffizienz; Schock; AV-Block II. u. III. Grades; höhergr. SA-Blockierungen; Sinusknoten-Syndr.; Bradykardie; vorbestehende QT-Verlängerung; Hypotonie; Spätstadien periph. Durchblutungsstör.; obstruktive Atemwegs-erkr.; metabolische Azidose; Überempf. gegen Sotalol u. Sulfonamide; Glottisödem; schwere allerg. Rhinitis. Bes. sorgf. ärztl. Überw. bei: zuckerkr. Pat. m. stark schwankenden Blutzuckerwerten sowie bei strengem Fasten; Phäochromozytom; eingeschr. Nierenfunkt. Sorgf. Nutzen-Risiko-Abw. bei Psoriasis in d. Eigen- o. Familienanamnese. Strenge Indikationsst. in Schwangerschaft u. Stillzeit. Neonatale Asphyxie mögl. (Vorsichtsmaßnahmen!). **Nebenwirk.:** Gelegentl. Müdigkeit, Schwindel, Benommenheit, Kopfschmerzen, Kribbeln u. Kältegefühl an d. Gliedmaßen. Selten Magen-Darm-Beschw., obstruktive Ventilationsstör., Hautreakt., Konjunktivitis, Schlafstör., Verstärkung einer Herzmuskelschwäche, Bradykardie, AV-Überleitungsstör., Hypotonie. Verstärkung v. periph. Durchblutungsstör., Einschränkung d. Tränenflusses (Kontaktlinsen!), Hypoglykämie, depressive Verstimmungen, Mundtrockenheit, Muskelkrämpfe bzw. -schwäche, Potenzstör., Zeichen v. erniedrigtem Blutzucker können verschleiert werden (v. a. bei strengem Fasten sowie bei Diabetikern m. stark schwank. Blutzuckerw. zu beachten). Vereinzelt Verstärkung v. Angina pectoris-Anfällen mögl. In Ein-

zelfällen Sehstör. u. Keratokonjunktivitis. Arrhythmogene Effekte insbes. bei Pat. m. lebensbedr. Herzrhythmusstör. u. eingeschr. linksventrikulärer Funktion mögl. Dosisred., ggf. Absetzen (ausschleichend, insbes. bei Pat. m. koronarer Herzkrankheit u./o. Herzrhythmusstör.) bei nicht tolerierbar langs. Puls, zu starkem Blutdruckabfall u. Dyspnoe. Enge EKG-Überwachung bei Überdosierung (ggf. ventrikuläre Tachyarrhythmien (inkl. Torsades de Pointes)). In Einzelfällen Auslösung o. Verschlechterung einer Psoriasis o. psoriasisiformer Exantheme. Verkehrsrisiko s. Fach-, Gebrauchsinfo. **Wechselwirk.:** Mit Calciumantagonisten (Verapamil- u. Diltiazem-Typ); Antiarrhythmika d. Klasse I, die den QRS-Komplex verbreitern können (insbes. Chinidin-ähnliche Subst.), u. d. Klasse III; Nifedipin u. and. 1,4-Dihydropyridin-Deriv.; Noradrenalin; MAO-Hemmstoffen; Clonidin; trizyklischen Antidepressiva; Barbituraten; Phenothiazinen; Narkotika; Antihypertensiva; Diuretika; Vasodilatoren; Tubocurarin; Reserpin;  $\alpha$ -Methyldopa; Guanfacin; Herzglykosiden; Insulin o. oralen Antidiabetika. **Dos., Art u. Dauer d. Anwend.:** Erw.: Hypertonie: initial 80 mg Sotalol/Tag, ggf. Steigerung nach einer Woche auf 160 mg. Koronare Herzkrankheit: 80-160 mg Sotalol/Tag. Tachykardie Herzrhythmusstör.: 2-3x 80 mg bzw. 2mal 160 mg Sotalol/Tag. Hyperkinetisches Herzsyndr.: 40-80 mg Sotalol/Tag. Dosisred. bei eingeschr. Nierenfunkt. Tabl. v. d. Mahlz. m. etwas Flüssigk. einnehmen. Beh. ist in d. Regel eine Langzeitther. Unterbrechung o. Änd. d. Dos. nur auf ärztl. Anordnung. Sonderdos. u. weitere Einzelheiten s. Fach-, Gebrauchsinfo. **Darreichungsst. u. Packungsgrößen:** 20(N1), 50(N2) u. 100(N3) Tabl. Sotahexal® u. Sotahexal® mite. Hexal® Pharma GmbH, W-8150 Holzkirchen Mat. Nr.: B03346301sd Stand: April 92

gen und die Politiker zur Offenbarung zwingen. Eine Rückbesinnung auf die Ehre des Arztstandes tut not. Zurück vom Deckelstand zum Arztstand...

PD Dr. med. H. Schellong,  
Hafenstraße 68, W-4040  
Neuss

### Zusammenarbeit funktioniert

...Ich möchte mit Ausdrück darauf hinweisen, daß die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Spezialarzt sehr gut funktioniert. Der Hausarzt trägt die diagnostische Last. Er muß entscheiden, ob und wann ein Patient zum Spezialarzt weiter überwiesen werden muß. Gefährlich wird das Denkmödel, sobald man versucht, durch eventuelle Honorarabschläge bei Überweisung einen Anreiz zu setzen, daß der

Primärarzt ein Interesse daran hat, den Patienten (soweit medizinisch vertretbar) selbst und abschließend zu behandeln. Die Einschränkung: „soweit medizinisch vertretbar“ dient nur der Absicherung der beschlußfassenden Organe, die Gesamtverantwortung lastet auf den Schultern des einzelnen Primär-Hausarztes.

Man stelle sich doch vor: Ein Patient wird gar nicht oder zu spät zu einem Spezialarzt überwiesen. Die Patienten sind nicht mehr so gutgläubig wie früher. Es gibt unzählige Hefte, Broschüren und Artikel in der Regenbogenpresse, die dem Patienten klarmachen, daß der Hausarzt ihn zu Unrecht nicht weitervermittelt hat. Die Vorstellung, daß ein Patient wegen unterlassener Überweisung erfolgreich gegen einen Kollegen klagen könnte, treibt mir einen kalten Schau-

er über den Rücken. Wie soll sich der Kollege aus dem Dilemma herausreden?

Nur ein Patient, bei dem etwas schief gelaufen ist, wird sich so verhalten. Die Tatsache des Schieflaufens, kombiniert mit der Tatsache der unterlassenen Überweisung, führt zwangsläufig zur Beweisnot für den Kollegen.

Ich kann nur davor warnen, Denkmodelle zu propagieren, ohne sie vorher oder parallel dazu auf juristische Fallen und Fallstricke zu überprüfen. Die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und dem Spezialisten funktioniert in der Regel vorzüglich. Der Spezialist beschränkt sich auf das, was er aus seinem speziellen Fachgebiet heraus unternehmen muß, die Rücküberweisung an den einweisenden Arzt ist der normale Usus. Anders kann ein Spezialist gar nicht überleben, er würde ja sonst,

beginge er den Fehler, den überwiesenen Patienten zu halten und die Therapie bis zum Ende durchzuführen, sich das Wasser selbst abgeben! Wir brauchen als Primärärzte gute Diagnostiker, die einen Überblick haben, was entsprechende Spezialisten leisten können, und gleichzeitig erkennen, wann ein solcher benötigt wird. Es darf nicht vorkommen, daß zum Beispiel ein Supinatorlogensyndrom mit Migraine accompagnée jahrelang als Weichteilrheumatismus durch Gabe von Entzündungshemmern behandelt und der Patient wiederholt auf Kur geschickt wird. Solche Irrwege kosten die Versicherungsgemeinschaft erheblich mehr als die von Spezialisten auf dem Überweisungsschein abgerechnete EBM-Ziffer 4!

PD Dr. med. Johann Bauer,  
Freischützstraße 55,  
W-8000 München 81