

HYPERFORAT®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen, Wetterfühligkeit, Migräne.

Vegetativ stabilisierend, gut verträglich.



Zusammensetzung: Hyperforat-Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g, stand. auf 0,2 mg Hypericin* pro ml. Enth. 50 Vol.-% Alkohol. Hyperforat-Dragees: 1 Dragee à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,05 mg Hypericin* Vit. B-Komplex 1 mg. *und verwandte Verbindungen, berechnet auf Hypericin.

Anwendungsgebiete: Depressionen, auch im Klimakterium, nervöse Unruhe und Erschöpfung, Wetterfühligkeit, Migräne, vegetative Dystonie. Tropfen in der Kinderpraxis: Enuresis, Stottern, psychische Hemmungen, Reizüberflutungssyndrom.

Gegenanzeigen und Nebenwirkungen: Photosensibilisierung.

Dosierung: Hyperforat-Tropfen: 2-3 x täglich 20-30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Hyperforat-Dragees: 2-3 x täglich 1-2 Dragees vor dem Essen einnehmen. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise:

Hyperforat-Tropfen:
30 ml DM 9,27; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46.
Hyperforat-Dragees:
30 St. DM 7,48; 100 St. DM 18,96.



**Dr. Gustav Klein,
Arzneipflanzenforschung,
7615 Zell-Harmersbach
Schwarzwald**

weise als überdurchschnittlich eingestuft werden.

Was ich sagen will, ist, das Lamento über allzuviel Arbeit, überalterte Anhaltszahlen im ärztlichen Bereich, viel zuviele Nachtdienste und schließlich auch noch über den immer größeren Erfolgsdruck erinnert an gleichlautende Lamenti in allen einschlägigen Fachzeitschriften aus dem Gesundheitsdienst. Logischerweise fehlt dann auch nicht der Hinweis auf den ganzen Menschen und das unglückliche Wort vom Medizinroboter.

Es macht nicht nur keinen Sinn, es ist ausgesprochener Blödsinn, zu behaupten, Chirurgen würden bei der Durchführung ihrer Aufgaben immer kranker, und diesem Phänomen müsse man mit Hilfe von Ethikkommissionen beikommen.

Herr Rudde steht dem Berufsalltag eines Chirurgen offenbar sehr, sehr fern. Gott sein Dank, möchte ich sagen: Mit seichem Geplätschere ist in der Chirurgie kein Staat zu machen.

Dr. med. U. Steenblock,
Kreiskrankenhaus, 7880 Bad Säckingen

RUMÄNIEN

Bitte um Hilfe:

Appell an Kollegen

... Ich bin rumänischer Staatsbürger, 37 Jahre alt und Arzt für Orthopädie (1984 in meiner Heimat promoviert). Seit 1988 lebe ich in der Bundesrepublik als Asylbewerber. Da die politische Lage in Rumänien sich kaum geändert hat, ist für mich zur Zeit eine Rückkehr ausgeschlossen.

Trotz mehrerer Stellenangebote bekomme ich hier keine Berufserlaubnis. Begründung: Über meinen Asylantrag wurde noch keine Entscheidung getroffen, und gemäß Paragraph 10 BAO darf ich lediglich dort arbeiten, wo der Tatbestand der ärztlichen Unterversorgung gegeben ist.

Gibt es Kollegen, die mich als Assistenzarzt beschäftigen könnten, bis meine Weiterbildung anerkannt wird, damit ich meinen Beruf ausüben kann?

Dr. med. Dan Mihai Niculescu, Aarstraße 37, 6252 Diez

STUDIENZEITEN

Zu dem Kurzbericht „Studenten sollen sich beeilen“ in Heft 1/2/1990:

Systembedingte Nachteile

Ihr Artikel vergleicht die deutschen mit den britischen Studienzeiten. Dabei verschweigt er, welche systembedingten Nachteile wir hier in Kauf zu nehmen haben. Für Kollegen, die sich eine eigene Meinung bilden wollen, seien sie darum einmal zusammengefaßt.

1) Die Einschulung in Großbritannien erfolgt schon ein Jahr früher, also mit fünf. Damit macht der britische Student mit 18 Jahren Abitur, nicht erst mit 19 oder 20 wie bei uns.

2) In Großbritannien gibt es keinen Wehrdienst, der deutschen jungen Männern zwei weitere Semester kostet; Zivildienstleistenden sogar drei.

3) In Deutschland sind viele Studenten gezwungen, für ihren Lebensunterhalt zu arbeiten. In Großbritannien ist das den Studenten generell verboten! Bei höheren Studiengebühren als bei uns!

4) In Deutschland gibt es pro Jahr für den Studenten zwei Semester, insgesamt sieben Monate. Dazu Betriebspraktika/Famulaturen, die nicht zur eigentlichen Universitätsausbildung zählen. In Großbritannien gibt es das akademische Jahr zu neun Monaten. Das ist ein Gewinn von einem Studienjahr in dreieinhalb Jahren!

Wenn Sie diese Zeiten zusammenrechnen, dann kommen Sie schon auf dreieinhalb Jahre Verzögerung, die die deutschen Studenten in keiner Weise zu vertreten ha-

ben. Und da Sie auf sachlich fundierte Information Wert legen, bitte ich Sie, diese Fakten Ihrem Artikel gegenüberzustellen.

Reinhold Herrmann, Felixallee 9 (Stat. 400), 8482 Neustadt/Waldnaab

APARTHEID

Zu dem Kommentar: „Was sollen sie jetzt noch tun“ in Heft 36/1989:

Entscheidender Faktor

Ihr Artikel über die Medical Association of South Africa (MASA) ist uns bekanntgeworden, und um es vorweg zu sagen: Die Antipartheids-Resolution der MASA wird von uns begrüßt.

Wir fragen uns, warum gerade jetzt. Apartheid ist Teil der südafrikanischen Gesetzgebung seit 1948 und wurde bereits seit Beginn dieses Jahrhunderts dort praktiziert. Zurückkommend auf unsere Frage, warum jetzt, möchten wir auf ein Protokoll des Vorstands der MASA vom 5. bis 7. Juni 1989 verweisen: „Dr. Hanekom berichtete über seine zurückliegenden Erfahrungen beim Deutschen Ärztetag in Berlin, wo gegen seine Anwesenheit protestiert worden war. Er berichtete über ein Gespräch mit Mitgliedern der Bundesärztekammer und anderen Delegierten und er machte uns mit großer Sorge auf die *dringende* Notwendigkeit eines MASA-Statements über die Apartheid aufmerksam...“ Wir fragen, wieso jetzt diese dringende Notwendigkeit für ein Antipartheids-Statement, besonders, da doch die National Medical and Dental Association (NAMDA) wiederholt und eindringlich die MASA seit Jahren über Auswirkungen der Apartheid auf die Gesundheit aufmerksam gemacht hatte.

Wir meinen, daß Ihr Artikel einige Kommentare braucht. Während wir einerseits das Umschwenken im Denken der MASA begrüßen, muß andererseits geklärt

werden, inwieweit die MASA sich tatsächlich für eine Beseitigung aller diskriminierenden Gesetze einsetzt. Viele Organisationen, einschließlich Mitglieder der regierenden Nationalist-Party (NP) haben Antipartheids-Statements aus rein opportunistischen Gründen abgegeben. Zwischen der Abgabe von politischen Statements und der aktiven Opposition gegen Apartheidgesetze besteht ein großer Unterschied besonders da, wo sie das Gesundheitswesen berühren. Letzteres konnten wir für die MASA nicht erkennen. Sie fragen: Was noch mehr können sie tun?

Zahlreiche Aktionen fallen dazu unmittelbar ein, zum Beispiel

a) Viele der MASA-Mitglieder sind Distriktärzte und als solche verantwortlich für die gesundheitliche Versorgung der politischen Inhaftierten. Es wäre die Aufgabe der MASA sicherzustellen, daß diese Opfer sich auf adäquate und jederzeit zugängliche Gesundheitsversorgung verlassen können und daß ihre Familien über ihren Zustand informiert bleiben. Während MASA gleichzeitig Verhaftungen ohne Anschuldigung verurteilt, zeigen Mitteilungen ehemals Verhafteter, daß dies nicht der Realität entspricht.

b) Kürzlich fand eine Serie friedlicher Protestaktionen für die Beseitigung der Rassentrennung im Gesundheitswesen statt. Die MASA beteiligte sich trotz ihrer politischen Statements nicht an dieser Kampagne. Zeitschriften wie The Lancet und das British Medical Journal berichteten über die Kampagne, aber MASA erwähnte sie nicht einmal in ihrem eigenen South Africa Medical Journal SAMJ.

c) Am 23. September 1989 wurden einige NAMDA-Ärzte von der Sicherheitspolizei verhaftet, während sie dabei waren, Frauen, die von der Polizei geschlagen worden waren, Erste Hilfe zu leisten. Dieser Zwischenfall ereignet

PRES® plus – Zusammensetzung: 1 Tablette PRES plus (mit Bruchrille) enthält 10 mg Enalaprilhydrogenmaleat, 25 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Hypertonie, wenn ein Kombinationspräparat angezeigt ist. Ein Kombinationspräparat sollte nicht zur Ersteinstellung verwendet werden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Enalapril, Thiazid diuretika, Sulfonamide. Niereninsuffizienz (Serumkreatinin > 1,8 mg%), Glomerulonephritis, Nierenarterienstenose beidseits oder bei Einzelniere oder nach Nierentransplantation. Mitral-, Aortenstenose oder andere kardiale Ausflußbehinderungen, therapierefraktäre dekompensierte Herzinsuffizienz. Schwere Leberfunktionsstörungen. Primärer Hyperaldosteronismus. Therapieresistente Hypokaliämie. Angioödem. Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder. Bei Autoimmun- oder Kollagenkrankheit sowie Einnahme von Immunsuppressiva oder Antimetaboliten Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich. **Nebenwirkungen:** Schwindel, Kopfschmerz, Müdigkeit, trockener Husten, Muskelkrämpfe oder -schwäche, Schwächegefühl, Impotenz, Parästhesien, Herzklopfen und Beschwerden im Brustkorb wurden berichtet. Gelegentlich sind vorübergehende gastrointestinale Störungen einschließlich Brennen der Mundschleimhaut und Mundtrockenheit, selten Änderung der Geschmacksempfindung, in Ausnahmefällen Leberfunktionsstörung mit sekundärer Cholestase, Cholecystitis und Pankreatitis möglich. Überempfindlichkeitsreaktionen sind meist verbunden mit Jucken und Hautrötung; selten können Photosensibilität, Urtikaria oder schwere Hautreaktionen auftreten. Laborveränderungen von klinischem Belang wie Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes, Blutbildveränderungen (Leukopenie, Anämie, Pancytopenie), besonders bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, mit Kollagenkrankheit oder Behandlung mit Immunsuppressiva oder Allopurinol (Blutbildkontrollen durchführen), Anstiege von Leberenzymen, Harnstoff oder Kreatinin wurden selten beobachtet. Diuretikabedingten Störungen (Kalium) wirkt die Enalapril-Komponente entgegen. Bei Vorbehandlung mit Diuretika, bei Salz- und Flüssigkeitsverlusten, renovaskulärer Hypertonie oder Herzinsuffizienz kann es zu einem akuten Blutdruckabfall kommen. Daher sollen Diuretika für 2–3 Tage vor Therapiebeginn abgesetzt oder ihre Dosis stark reduziert werden. Sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung ist notwendig, gegebenenfalls Volumenausgleich vor Behandlungsbeginn. Bei Patienten mit Nierenerkrankungen müssen regelmäßig entsprechende Laborkontrollen durchgeführt werden, da eine Nierenfunktionsstörung eintreten kann. Bei Auftreten eines Angioödems am Gesicht, an den Extremitäten, den Lippen, der Zunge, der Glottis und/oder Larynx muß PRES plus abgesetzt und der Patient sorgfältig beobachtet werden. Besteht Atemwegsbeteiligung, sind erforderlichenfalls Notfallmaßnahmen einzuleiten. Es wird empfohlen, umgehend subkutan Epinephrinlösung 1:1000 (0,3–0,5 ml) zu verabreichen. PRES plus ist abzusetzen bei therapieresistenter Entgleisung des Elektrolythaushaltes, orthostatischen Beschwerden, Überempfindlichkeitsreaktionen, starken gastrointestinalen Beschwerden, zentralnervösen Störungen, Pankreatitis, Blutbildveränderungen, bei akuter Cholecystitis, Vaskulitis und Verschlimmerung einer bestehenden Myopie.

Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein.
Hinweis: Bitte beachten Sie die ausführlichen Angaben in der Packungsbeilage. **Packungen** (Stand Januar 1989): A.V.P. 30 Tabletten (N1) DM 66,45; 50 Tabletten (N2) DM 104,20; 100 Tabletten (N3) DM 196,00; Klinikpackung.