



universität  
wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

**Patienteninformationsmaterialien als Ergänzungsmittel der Arzt-  
Patienten-Kommunikation. Kontrastive Analyse der  
Patienteninformationsmaterialien auf Deutsch und Polnisch.**

Verfasserin

**Agnieszka Szpara, BA**

angestrebter akademischer Grad

**Master of Arts (MA)**

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 060 331 342

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Übersetzen Polnisch/Deutsch/Englisch

Betreuerin / Betreuer:

Univ.- Prof. Dr. Gerhard Budin

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	5
1. Einleitung .....	6
2. Experten-Laien-Kommunikation in der Medizin .....	8
2.1 Arzt-Patienten-Kommunikation als Beispiel der Experten-Laien-Kommunikation .....	10
2.2 Geschichtlicher Überblick der Arzt-Patienten-Beziehung .....	20
2.3 Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung .....	22
2.4 Arzt-Patienten-Kommunikation aus linguistischer Sicht .....	26
2.5 Arzt-Patienten-Beziehung und die Aufklärungspflicht .....	30
2.6 Patienteninformationsmaterialien als Ergänzungsmittel der Arzt-Patienten-Kommunikation ...	33
2.7 Transkulturelle Kompetenz in der Medizin. Interaktionen zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen .....	36
3. Kontrastive Analyse der Beipackzettel im Polnischen und Deutschen .....	39
3.1 Rechtsgrundlage .....	39
3.2 Kommunikationssituation .....	41
3.3 Kommunikative Funktion des Beipackzettels .....	42
3.4 Textsortenkonventionen für Beipackzettel im Polnischen und Deutschen .....	43
3.5 Textsortenkonventionen für Beipackzettel im Polnischen .....	44
3.6 Textsortenkonventionen für Beipackzettel im Deutschen .....	45
3.7 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Textsortenkonventionen im Polnischen und Deutschen .....	47
3.8 Schlussfolgerungen, die für den Übersetzungsprozess relevant sind .....	48
3.9 Analyse einer Übersetzung von einem Beipackzettel aus dem Deutschen ins Polnische .....	51
Ausgangstext: Beipackzettel Dorithricin-Halstabletten auf Deutsch. ....	52
Zieltext: Übersetzung des Beipackzettels für Dorithricin-Halstabletten ins Polnische. ....	55
4. Kontrastive Analyse der Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und Deutschen .....	63
4.1 Kommunikationssituation .....	63

4.2 Kommunikative Funktion der Patienteninformationsbroschüren.....	64
4.3 Textsortenkonventionen für Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und im Deutschen .....	65
4.4 Textsortenkonventionen für Patienteninformationsbroschüren im Polnischen.....	66
4.5 Textsortenkonventionen für Patienteninformationsbroschüren im Deutschen.....	67
4.6 Unterschiede und Gemeinsamkeiten .....	68
4.7 Schlussfolgerungen für den Übersetzungsprozess .....	69
4.8 Analyse einer Übersetzung von einer Patienteninformationsbroschüre aus dem Deutschen ins Polnische .....	70
Ausgangstext: Ratgeber für PatientInnen mit Vorhofflimmern auf Deutsch.....	71
Zieltext: Übersetzung des Ratgebers für PatientInnen mit Vorhofflimmern ins Polnische .....	75
5.Berücksichtigung der Textsortenkonventionen für Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren im Übersetzungsprozess .....	79
6.Zusammenfassung .....	81
7.Bibliographie.....	83
8.Anhänge: .....	89
Anhang 1: Beipackzettel auf Deutsch - Paspertin 4mg/ml - Tropfen.....	89
Anhang 2: Beipackzettel auf Deutsch - Aspirin Complex .....	91
Anhang 3: Beipackzettel auf Deutsch - Beloc 50mg – Tabletten.....	92
Anhang 4: Beipackzettel auf Deutsch - Broncho- Vaxom 7mg Kapseln für Erwachsene .....	93
Anhang 5: Beipackzettel auf Deutsch - Coldistop Nasenöl .....	94
Anhang 6: Beipackzettel auf Polnisch - Torvacard.....	95
Anhang 7: Beipackzettel auf Polnisch - Acard.....	97
Anhang 8: Beipackzettel auf Polnisch - Glucobay.....	98
Anhang 9: Beipackzettel auf Polnisch - Gold Omega3.....	99
Anhang 10: Beipackzettel auf Polnisch - MBE.....	99
Anhang 11: Beipackzettel auf Polnisch - Strepsils Intensive.....	100
Anhang 12: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - AMD .....	102

Anhang 13: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Gebärmutterhalskrebs.....	110
Anhang 14: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Vitamin D.....	116
Anhang 15: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Ei-Beitrag zur gesunden Ernährung ..	119
Anhang 16: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Verstopfung.....	126
Anhang 17: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Krebs vorbeugen .....	129
Anhang 18: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - müde Augen .....	130
Anhang 19: Patienteninformationsbroschüre auf Polnisch - pneumokoki .....	132
Anhang 20: Patienteninformationsbroschüre auf Polnisch - atopowe zapalenie skóry.....	133
Anhang 21: Patienteninformationsbroschüre auf Polnisch - aspiryna na serce.....	135
Anhang 22: Patienteninformationsbroschüre auf Polnisch - regeneracja wątroby.....	137
Abstract (English).....	140

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinem Betreuer, Herrn Univ.-Prof. Dr. Gerhard Budin, für die Annahme dieses Themas und die wertvollen Ratschläge für die Erstellung der vorliegenden Arbeit bedanken.

Mein besonderer Dank gilt meinem Vater, der mich im Laufe des ganzen Studiums stets tatkräftig unterstützt hat.

Abschließend möchte ich mich bei allen bedanken, die mir während der Entstehung dieser Arbeit Motivation und Kraft gegeben haben.

# 1. Einleitung

Die Entwicklungen der modernen Medizin beziehen sich nicht nur auf die neuen Behandlungsmethoden, sondern auch auf die Interaktionen zwischen PatientInnen und medizinischem Personal. Die Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur prägen auch die Veränderungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Steigende Mobilität der Bevölkerung hat wachsende Zahl von fremdsprachigen PatientInnen zur Folge. Die Interaktionen zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen stellen oft Herausforderung für ÄrztInnen dar. Aus diesem Grund gewann transkulturelle Kompetenz im medizinischen Bereich an Bedeutung und wird immer öfter als Teil der Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen anerkannt.

Arzt-Patienten-Kommunikation ist ein Beispiel asymmetrischer Kommunikation. ÄrztIn gilt als ExpertIn und PatientIn wird als Laie angesehen. Die Asymmetrie bezieht sich vor allem auf die Unterschiede im Informationsstand der ÄrztIn und PatientIn. Neben dem medizinischen Fachwissen verfügt ÄrztIn über detaillierte Informationen über ihre PatientIn.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass PatientInnen ausreichend informiert sein wollen. Informationsvermittlung ist nicht nur ethische, sondern auch rechtliche Pflicht der ÄrztInnen und wird als Aufklärungspflicht bezeichnet.

Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen findet sowohl mündlich als auch schriftlich statt. Patienteninformationsmaterialien wie Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren dienen als Ergänzungsmittel der mündlichen Arzt-Patienten-Kommunikation. Ziel der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit ist es in erster Linie Textsortenkonventionen für Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und Deutschen zu ermitteln. Weiters wird es gezeigt, wie die erforschten Textsortenkonventionen im Übersetzungsprozess behilflich sein können.

Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Im zweiten Kapitel wird am Beispiel der Arzt-Patienten-Kommunikation das Thema der Experten-Laien-Kommunikation in der Medizin erläutert. Nach dem geschichtlichen Überblick der Arzt-Patienten-Beziehung werden Modelle dieser Interaktion geschildert. Weiters werden einige linguistische Untersuchungen der Arzt-Patienten-Kommunikation dargestellt und das Thema der Aufklärungspflicht angesprochen.

Darüber hinaus wird auf das Thema der transkulturellen Kompetenz in der Medizin eingegangen. Kapitel drei und vier beschäftigen sich mit den Textsortenkonventionen für Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und Deutschen. Nach der Analyse der Textsortenkonventionen wird im Kapitel fünf ihre Berücksichtigung im Übersetzungsprozess besprochen.

## **2.Experten-Laien-Kommunikation in der Medizin**

Laut dem großen Fremdsprachenwörterbuch/DUDEN ist ExpertIn eine Person, die auf dem infrage kommenden Gebiet besonders gut Bescheid weiß. Der Begriff kommt vom Lateinischen „expertus“ (= erprobt, bewährt) und als Synonyme für ExpertIn werden Sachverständige, Fachmann oder KennerIn verwendet.

Deutsches Wörterbuch/Wahrig definiert den Begriff „Laie“ als eine Person, die von einem (bestimmten) Fach nichts versteht. Liebert vertritt aber die Meinung, dass es keine absoluten Laien gibt, sondern Laien in Bezug auf eine oder mehrere Fächer oder wissenschaftliche Disziplinen und bevorzugt den Begriff „relativer Laie“.

Experten-Laien-Kommunikation gehört heutzutage zum alltäglichen Leben. Ein Laie, der sich in einem Bereich nicht auskennt, wendet sich an eine ExpertIn wie z.B. ÄrztIn oder AnwaltIn. Experten-Laien-Kommunikation wird aus wirtschaftlicher, linguistischer, soziologischer und psychologischer Perspektive untersucht. Die Fachsprache und ihre Verständlichkeit ist eine bedeutende Komponente der Experten-Laien-Kommunikation. Der Bereich der Medizin gilt als ein breites und interessantes Untersuchungsfeld der Experten-Laien-Kommunikation mit einer besonderen Rolle des Fachwortschatzes (vgl. Risukhina 2011:2f). Laut Trubel entspricht Kommunikation in der Medizin der Kultur der Kommunikation in der Gesellschaft.

Charakteristisch für den Fachbereich der Medizin sind zahlreiche Kontakte zwischen Laien und ExpertInnen. Da die Laien oft über ein mangelndes Fachwissen verfügen und sich keiner bzw. anderer Fachsprache bedienen können, entstehen in dieser Begegnung Kommunikationskonflikte (vgl. Busch 1994:1).

Im Zentrum der Experten-Laien-Kommunikation stehen in aller Regel Texte. Mündliche und schriftliche Texte dienen als Medium, mithilfe dessen Informationen von ExpertInnen zu Laien übermittelt werden (vgl. Busch 1994:4).

Menschen unterschiedlicher Wissensniveaus verstehen gleiche Texte auf unterschiedliche Art und Weise. Beim Verarbeiten von Texten werden zuerst sehr allgemein verstehenslenkende Themenschemata aktiviert, die grundsätzliche Zusammenhänge und Relationen zu einem Thema repräsentieren.

Diese allgemeinen Themenschemata stehen sowohl Fachleuten als auch Laien zur Verfügung, denn auch Laien können ohne detailliertes Fachwissen einen Text als Fachtext einordnen und eine grobe Textsortenklassifizierung vornehmen. Diese allgemeine Ebene ist laut Busch von keiner großen Bedeutung für das Textverstehen. Vielmehr beobachtet man Schemadifferenzen im Textverstehen bei Laien und ExpertInnen. Dabei spielt Vorwissen der RezipientInnen eine große Rolle im Textverstehen. Das Vorwissen hat einen bedeutenden Einfluss darauf, wie ein Text verstanden wird und neue Informationen verarbeitet werden (vgl. Busch 1994:13).

Laien und ExpertInnen verarbeiten neue Informationen unterschiedlich, weil ihre Wissenssysteme unterschiedlich sind und die Realitätsmodelle bezüglich eines Faches anders aussehen. Diese Unterschiede können zu Kommunikationskonflikten führen. Darüber hinaus entsteht wegen der Unterschiede in den Wissenssystemen der Laien und ExpertInnen kommunikative Asymmetrie (vgl. Busch 1994:15f).

Expertenwissen ist im Gegensatz zu anderen Wissenssystemen weitgehend normiert, kodifiziert und anwendungsorientiert. Trotz Normierung und Kodifizierung hat dieses Wissen auch eine individuelle Komponente, denn das kodifizierte Expertenwissen wird von Fachleuten verwendet. Das Wissen verändert sich durch Anwendung und persönliche Erfahrung, was besonders im Bereich der Medizin zu beobachten ist. Das kodifizierte Fachwissen gilt aber als Wissensfundament der ExpertInnen. Dies ist ein deutlicher Unterschied zwischen Experten- und Laiensystem (vgl. Busch 1994:20).

Kommunikation zwischen ExpertInnen und Laien wird in der Linguistik meistens als fachexterne Kommunikation bezeichnet. Busch unterscheidet jedoch nicht nur zwischen fachinternen und fachexternen Kommunikation, sondern definiert auch dritte Art der Fachkommunikation – fachtranszendierende Kommunikation. Während fachinterne Kommunikation unter Experten verschiedener Niveaus geschieht, findet fachexterne Kommunikation zwischen Laien unterschiedlicher Niveaus statt. Fachtranszendierende Kommunikation bestimmt Busch als Kommunikation zwischen ExpertInnen und Laien (vgl. Busch 1994:43).

## ***2.1 Arzt-Patienten-Kommunikation als Beispiel der Experten-Laien-Kommunikation***

Kommunikation zwischen Laien und ExpertInnen spielt in der Medizin eine besondere Rolle. Solche Kommunikation findet jeden Tag statt. Als ihr anschauliches Beispiel kann die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn dienen.

Durch verbale und nonverbale Kommunikation erfährt die ÄrztIn Informationen zum gesundheitlichen Zustand der PatientIn, ihre Probleme sowie Erwartungen. Danach stellt die ÄrztIn Diagnose und entscheidet sich für ein bestimmtes Untersuchungs- und Therapieverfahren. Dies hat einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der kranken Person und ihre Einstellung zur gewählten Therapie. Die PatientIn äußert sich dann zu den geplanten Behandlungsmaßnahmen.

In der Arzt-Patienten-Beziehung überwiegt die verbale Kommunikation. Die Befragungen zeigen, dass PatientInnen eine gewisse „Wissensdurst“ haben, wenn sie den ärztlichen Rat einholen. Obwohl PatientInnen gerne genaue Informationen zum Verlauf der Krankheit sowie den geplanten Behandlungsmaßnahmen erhielten, stellen sie selbst selten Fragen dazu.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass viele PatientInnen im Laufe ihrer Behandlung mit den ÄrztInnen unzufrieden sind. Die Ursache dieser Unzufriedenheit liegt aber nicht in der Inkompetenz, sondern in ungenügender Kommunikation. Ein beträchtlicher Prozentsatz der PatientInnen traut sich nicht Fragen zu stellen und Angelegenheiten anzusprechen, die sie beunruhigen. Darüber hinaus verstehen sie oft nicht, was eine ÄrztIn ihnen mitteilt (vgl. Gordon/Sterling Edwards 1999:8).

Die Kommunikationsbarrieren werden oft durch die nonverbalen Elemente des Gesprächs verursacht d.h. fehlender Augenkontakt oder die Körpersprache der ÄrztIn. PatientInnen erleben aber auch oft Stress, wenn sie eine ÄrztIn aufsuchen. Einige PatientInnen befürchten, dass sie ihre Beschwerden nicht richtig erklären können und eine Fehldiagnose gestellt wird. Darüber hinaus spüren viele PatientInnen den sozio-ökonomischen Unterschied zwischen ihnen und der ÄrztIn. Daher überlassen sie die Gesprächsführung der ÄrztIn und versuchen selbst das Gespräch nicht stark zu beeinflussen (vgl. Internet-Quelle1). Untersuchungen der Kommunikationsgewohnheiten von ÄrztInnen haben gezeigt, welche Verhaltensweisen von

ÄrztInnen sich negativ auf das Verhältniss mit PatientInnen auswirken. Die PatientInnen stieß es ab, wenn ÄrztInnen eine Fülle von Fachausdrücken verwendeten. Die ÄrztInnen unterbrachen auch den PatientInnen, bevor sie ihre Aussage beendet hatten. Ferner wurden oft Fragen der PatientInnen ignoriert oder mithilfe der Körpersprache Unwillen oder Ungeduld signalisiert (vgl. Gordon/Sterling Edwards 1999:123).

Negative Folgen für den Behandlungsprozess kann auch das fehlende Vertrauen der ÄrztIn gegenüber haben. PatientInnen, die an Kompetenzen ihrer ÄrztIn zweifeln, suchen die Informationen woanders. In dieser Zeit befolgen sie die Anweisungen der ÄrztIn nicht, was gravierende Konsequenzen für ihren Gesundheitszustand haben kann.

Eine weitere Kommunikationsbarriere in einem Arzt-Patienten-Gespräch stellt die Verwendung des medizinischen Fachjargons dar. Viele PatientInnen fühlen sich überfordert, wenn sie medizinische Fachausdrücke hören, die sie nicht einordnen können. Die Kommunikationsstörungen in einem Arzt-Patienten-Gespräch resultieren in der Entstehung einer tatsächlichen Barriere zwischen ÄrztIn und PatientIn. Viele ÄrztInnen sind sich dessen nicht bewusst und hinterfragen oft nicht das eigene Verhalten und die Reaktionen der PatientIn. Viele nehmen an, dass die Compliance vorhanden ist (vgl. Internet-Quelle1). Ablehnung medizinischer Maßnahmen und Nichtbefolgung der ärztlichen Ratschläge, insbesondere im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme kommen aber häufiger vor als angenommen (vgl. Anschütz 2001:24).

Die Kommunikation zwischen einer ÄrztIn und einer PatientIn ist sehr komplex. Wie Anja Forbringer in ihrem Buch feststellt, ist das Arzt-Patienten-Verhältnis ein Gespräch zwischen ungleichen Partnern. Die Kommunikation ist im Fall einer komplexen Krankheit besonders kompliziert. Die PatientIn hat im Allgemeinen Angst und keine medizinischen Kenntnisse, will aber das Vorgehen der ÄrztIn verstehen und mitentscheiden können, welche Behandlung in Anspruch genommen wird.

Viele ÄrztInnen werden mit der Tatsache konfrontiert, dass immer mehr PatientInnen sich im Internet über Therapiemöglichkeiten informieren. Das kann im Allgemeinen Irritation bei der ÄrztIn verursachen. Laut Forbringer kann aber das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung verbessern. PatientInnen und ihre Angehörige wollen heutzutage mehr über die Krankheit und Diagnostik erfahren, als es früher möglich war. An dieser Stelle ist es aber anzumerken, dass Zugang zur genaueren Informationen einen Einfluss auf die Entscheidung der PatientIn, den

Heilungsprozess und emotionale Verfassung der PatientIn und der Angehörigen ausübt. Andererseits ermöglicht Internet der ÄrztIn Weiterbildung und Erweiterung ihres Wissens.

Die Rolle der ÄrztIn und der PatientIn werden somit neu definiert. Der frühere Paternalismus in der Arzt-Patienten-Beziehung, d.h. die wohlwollende Anordnung von ärztlichen Maßnahmen ohne Einbeziehung der PatientInnen, ist überholt. Das Ziel der modernen Medizin heute ist eine Partnerschaft zwischen ÄrztIn und PatientIn. Beim Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung ist das ärztliche Gespräch mit der PatientIn entscheidend (vgl. Anschütz 2001:28).

Wie Huth anmerkt, steht die Aufklärung ganz im Vordergrund der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine PatientIn, die über den Sinn der kommenden diagnostischen Maßnahmen nicht informiert ist, kann selten die damit verbundenen Leiden und Schmerzen ertragen.

Die Basis der heutigen humanen Medizin ist „informed consent“. Die ÄrztIn muss sich Zeit nehmen und der PatientIn die geplanten Behandlungsmaßnahmen erklären. Die PatientIn muss sich hingegen Zeit nehmen, um die erhaltenen Informationen zu bedenken und darin einwilligen. Im Vordergrund der Medizin steht heute die Wille der PatientIn: jede PatientIn hat Recht auf Selbstbestimmung. Die Aufgabe der ÄrztIn ist es aber auch zu erkennen, in welchem Umfang sich die PatientIn Aufklärung wünscht. Tatsächlich wünscht sich die Mehrheit der PatientInnen eine uneingeschränkte Information über ihre Krankheit und deren Konsequenzen. Die PatientInnen interpretieren die Bereitschaft der ÄrztIn, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten zu erklären als Zeichen des Interesses und der Zuwendung gegenüber den PatientInnen. Die informierte PatientIn kann über ihre Situation besser nachdenken und sie in der Regel auch besser bewältigen (vgl. Huth 2001:13f).

In den letzten Jahren hat sich nicht nur das Bild der modernen ÄrztIn verändert, sondern auch das Bild der modernen PatientIn. Die moderne PatientIn ist eine Person, die voll informiert sein will, auch wenn das nicht immer möglich ist (vgl. Anschütz 2001:24).

Die Entwicklung und Spezialisierung eines Fachgebietes ist mit der Entstehung einer Fachsprache eng verbunden. Innerhalb einer Wissenschaftsdisziplin dient Fachsprache dazu eine effiziente und ökonomische Kommunikation unter den „Insidern“ eines Faches zu ermöglichen. Die Benutzung der Fachsprache kann aber die Kommunikation erschweren, nämlich wenn es zu Begegnung mit „Outsidern“ kommt, die die spezifischen Sprachmittel der

Wissenschaftsmedizin nicht kennen (vgl. Lalouschek/Nowak 1989:6). Menschen leben in zwei sich scheinbar ausschließenden Existenzformen. Einerseits lebt jeder in seiner individuellen Wirklichkeit und kann nur eigene Gefühle, Empfindungen und Gedanken wahrnehmen. Es gibt eine Grenze, die die Welt von jener des anderen trennt und diese Grenze kann man nicht überschreiten. „Jeder bleibt Outsider der Wirklichkeit des anderen (Uexküll 1982:X)“. Andererseits ist man mit anderen Menschen in gemeinsamen Wirklichkeiten zusammengeschlossen.

Diese gemeinsamen Wirklichkeiten haben auch Grenzen zwischen Insidern und Outsidern wie z.B. die gemeinsame Wirklichkeit von ÄrztInnen. In einer Kommunikationssituation begegnen sich zwei individuelle Wirklichkeiten. Erfolgreiche Kommunikation ist nur dann möglich, wenn eine gemeinsame Wirklichkeit aufgebaut wird. Dies ist möglich, wenn man sich dessen bewusst ist, dass die Grenzen, die die Wirklichkeiten trennen semantisch sind. Diese semantischen Grenzen trennen Insider, die den Kode eines Zeichensystems beherrschen, von Outsidern, die diesen Kode nicht verstehen. Die Kommunikation ist aber dann möglich, wenn man nach einem gemeinsamen Kode sucht.

ÄrztInnen und PatientInnen leben in unterschiedlichen Wirklichkeiten. Die Wirklichkeit der ÄrztInnen betrachtet Schmerzen der PatientIn als objektive Symptome der Krankheit. Die PatientIn als Outsider bleibt hingegen in ihrer individuellen Wirklichkeit eingeschlossen, in der Schmerzen eine andere Bedeutung haben. Wie Uexküll feststellt, ist das Problem der Arzt-Patienten-Kommunikation nur ein Beispiel für das allgemeine Problem, wie Menschen miteinander kommunizieren (vgl. Uexküll 1982:X).

Wie jede Wissenschaftsdisziplin hat auch die Medizin ihre Fachsprache. Die Verständigungsprobleme in der Medizin werden besonders relevant, weil in diesem Bereich ein Gespräch mit den „Outsidern“, d.h. PatientInnen, von entscheidender Bedeutung ist. Die Verständigung der ÄrztInnen untereinander mithilfe der Fachsprache verursacht eine Distanz zu PatientInnen. Diese kommunikative Distanz wird nicht nur vom Gebrauch der medizinischen Fach- und Jargonausdrücken erzeugt, sondern auch ergibt sich durch „die Verwendung von fachspezifischen Gesprächsstrategien vor dem Hintergrund eines spezialisierten Wissens und eines sehr selektiven Gesprächszieles (Lalouschek/Nowak 1989:6).“

Die Verständigungsprobleme im Arzt-Patienten-Verhältnis wurden bereits in verschiedenen Fachrichtungen erforscht. Die empirisch-medizinischen Untersuchungen beschäftigen sich mit der Compliance d.h. unter welchen Bedingungen ist eine PatientIn bereit die Anweisungen einer ÄrztIn zu befolgen und wie muss die Kommunikation verbessert werden, um die PatientIn zur Kooperation zu bewegen (vgl. Lalouschek/Nowak 1989:6).

Die soziologischen und medizinsoziologischen Untersuchungen heben die Asymmetrien in der Arzt-Patienten-Beziehung hervor, die den PatientInnen die Teilnahme und aktive Interaktion erschweren bzw. unmöglich machen. Bei Fischer/Todd wurde es der Frage nachgegangen, wie Diagnose und Behandlung im Arzt-Patienten-Gespräch ausgehandelt und Informationen ausgetauscht werden. Die Untersuchungen haben gezeigt, dass ÄrztInnen als TrägerInnen des medizinischen Wissens die Macht besitzen und sie durch gezielte Verweigerung oder Gabe der Information gegenüber den PatientInnen nutzen können.

Sprachwissenschaftliche Arbeiten, die die medizinische Fachsprache behandeln, weisen auf die Unterschiede in der Wissensstruktur, die unterschiedlichen Relevanzen von Krankheitsthemen und die unterschiedlichen Bedeutungen der gleichen Ausdrücke für ÄrztInnen und PatientInnen hin. Laut Rehbein ist der Zweck eines Arzt-Patienten-Gesprächs die Institutionalisierung der Krankheit d.h. die von der PatientIn subjektiv empfundenen Beschwerden werden in einem Frage-Antwort-Diskurs aufgespalten und als objektive Symptome kategorisiert. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird von unterschiedlichen Wirklichkeiten und Wissensstrukturen der PatientInnen und der ÄrztInnen beeinflusst. Die von der ÄrztIn gestellten Fragen sind Teil ihres professionellen Wissens als MedizinerIn. Die PatientIn hingegen kennt die Terminologie und Struktur der Institution nicht, daher sind die Sequenz der Fragen sowie abrupter Themenwechsel für sie schwer nachvollziehbar (vgl. Lalouschek/Nowak 1989:7).

Todd bezeichnet die Kommunikationsbarriere zwischen ÄrztIn und PatientIn als „frame-conflict“. MedizinerInnen beziehen sich im Gespräch auf medizinisch-technische Wissensmuster, weil Krankheit für sie eine naturwissenschaftlich lösbare Aufgabe ist. Für PatientInnen hingegen ist Krankheit ein existentielles Geschehen, deshalb beschreiben sie sie im Zusammenhang mit ihrem sozialen Umfeld. Aus diesem Grund begegnen sich ÄrztIn und PatientIn in einem Gespräch mit unterschiedlichen Vorstellungen und Erwartungen (vgl. Lalouschek/Nowak 1989:7).

Darüber hinaus spielt die „Strukturierung des Wissensvorrates von Ärzt/inn/en und Patient/inn/en“ (Lörcher 1983:17) eine bedeutende Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die MedizinerInnen verfügen über ein hochspezialisiertes Wissen in Bezug auf die jeweilige Krankheit, während es den PatientInnen oft elementares medizinisch-technisches Wissen fehlt. Aus diesem Grund entwickeln die PatientInnen eigene Vorstellungen über ihre Krankheit, die sich im Nachhinein als falsch herausstellen. Darüber hinaus können die von der ÄrztIn erhaltenen Informationen die Verständnismöglichkeiten einer PatientIn überfordern.

Die Besonderheit der Arzt-Patienten-Gespräche liegt laut Lörcher in der Institutionalisierung ihrer Rahmenbedingungen. Während jedoch andere institutionalisierte Gespräche wie z. B. Aussagen vor Gericht einer gewissen Kontrolle der Öffentlichkeit unterliegen, ist die Nicht-Öffentlichkeit die Voraussetzung der Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Nicht-Öffentlichkeit ist beschränkt durch das Gesprächsthema d.h. die Beschwerden einer PatientIn und die damit zusammenhängende Rolle der ÄrztIn d.h. Beratung und Hilfe. Die ÄrztIn ist Vertreter der Behörden wie Gesundheitsamt und sie ist selbst Institution mit Behördencharakter, denn die verfügt über die persönlichen Informationen aller PatientInnen. Die PatientIn hingegen ist mit der Gesprächssituation wenig vertraut und ist daher in einem Gespräch benachteiligt. Der PatientIn stehen keine persönlichen Informationen über die ÄrztIn zur Verfügung. Die „Situationsdistanz“ wird nur dann geringer, wenn die PatientIn häufiger mit ÄrztInnen zu tun hat.

Charakteristisch für die Arzt-Patienten-Kommunikation ist die Tatsache, dass PatientInnen von ÄrztInnen bestimmte Dienstleistungen erwarten. ÄrztInnen werden für diese Dienstleistungen zwar bezahlt, es erfolgt aber indirekt z.B. durch eine Krankenkasse. Aus diesem Grund interpretieren PatientInnen diese Dienstleistungen oft als Hilfe oder etwas, was man geschenkt bekommen hat (vgl. Lörcher 1983:13).

Infolgedessen übernimmt die ÄrztIn oft die Rolle der dominierenden GesprächspartnerIn im Arzt-Patienten-Verhältnis. Laut Lörcher sind für die Dominanz der ÄrztIn Höhe des Einkommens und das soziale Ansehen, das die ÄrztIn auch heute in der Gesellschaft genießt, charakteristisch. Wenn Beruf und Einkommen der ÄrztIn und PatientIn auf der gleichen Stufe stehen, kann sich die Situationsdistanz verkleinern.

Wie Lörcher anmerkt, ist ein Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn eine asymmetrische Kommunikationssituation. Diese Asymmetrie zeigt sich nicht nur in den gesamtgesellschaftlichen Strukturen, sondern auch dadurch, dass eine GesprächspartnerIn weitere Situationsmerkmale wie z.B. Ort, Dauer des Gesprächs entscheidend beeinflussen kann. Obwohl das Thema des Gesprächs festgelegt ist, entscheidet eine der GesprächspartnerInnen, nämlich die ÄrztIn, was im Gespräch relevant ist. Die Kommunikationskonflikte können dann entstehen, wenn beide GesprächspartnerInnen eines oder mehrere Situationsmerkmale auf andere Art und Weise verstehen (vgl. Lörcher 1983:14).

Asymmetrische Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn wurde auch in Bezug auf eine klinische Visite untersucht. Siegrist analysierte Gesprächspassagen aus internistischen und chirurgischen Stationsarztvisiten und unterschied zwischen vier verschiedenen asymmetrischen Reaktionstypen der ÄrztInnen. Seiner Meinung nach erlebt die ÄrztIn einen Konflikt. Als ExpertIn verfügt sie über bestimmte Informationen, aber gleichzeitig entscheidet sie sich diese Informationen vorzuenthalten. In seiner Untersuchung stellte Siegrist fest, dass ÄrztInnen diesen Konflikt mithilfe der asymmetrischen Verbalhandlungen lösen. Unter den Verbalhandlungen, die auf die Bitte um Information erfolgen, unterscheidet man zwischen vier Typen, nämlich das Nichtbeachten, den Adressaten- oder Themenwechsel, den Beziehungskommentar und die Mitteilung funktionaler Unsicherheit. Die genaue Beschreibung der einzelnen Typen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher wird es auf sie nicht näher eingegangen. Die Ergebnisse der Untersuchung von Siegrist sind vor allem für die medizinische Ausbildung relevant. Sie zeigen aber auch, wie komplex das Arzt-Patienten-Gespräch ist und dass in diesem Bereich immer noch Verbesserungsbedarf besteht (vgl. Siegrist 1982:16f).

Zu den Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation können die Verwendung der medizinischer Fachsprache und Jargonausdrücke sowie die fachspezifischen Gesprächsstrategien und der damit zusammenhängender „frame-conflict“ führen (vgl. Laluschek/Nowak 1989:8).

Die durch Verwendung der medizinischen Fachsprache ausgelösten Kommunikationsschwierigkeiten lassen sich in drei Konfliktbereiche unterteilen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen der Interaktion manifestieren.

Der erste Konfliktbereich bezieht sich auf die Sachinteresse der ÄrztIn und existentielle Betroffenheit der PatientIn und äußert sich vor allem in der fachspezifischen Gesprächsführung der ÄrztIn. Der zweite Konfliktbereich zeigt sich in der Verwendung der Umgangssprache und Fachsprache von der ÄrztIn und PatientIn. Der dritte Konfliktbereich betrifft unterschiedliche Relevanzen und unterschiedlichen Bedeutungsumfang der gleichen Ausdrücke für die ÄrztIn und PatientIn (vgl. Lalouschek/Nowak 1989:9).

Die Kommunikationsschwierigkeiten im Arzt-Patienten-Gespräch entstehen nicht nur wegen der medizinischen Fachsprache, sondern auch wegen der Gesprächsstrategien, die von unterschiedlichen Wissensstrukturen und Erwartungen an das Gespräch geprägt sind.

Wie es bereits erwähnt wurde, empfinden MedizinerInnen und PatientInnen die Wirklichkeit anders. Da in einem Arzt-Patienten-Gespräch zwei unterschiedliche Wirklichkeiten sich begegnen, muss das Arzt-Patienten-Verhältnis als eine vieldimensionale Interaktion gesehen werden. Die analytisch-kognitive Denkstruktur der ÄrztIn trifft auf die emotional-assoziative Denkstruktur der PatientIn. Um die Kommunikationsbarrieren im Arzt-Patienten-Gespräch zu bewältigen, ist es notwendig nicht nur die Fachbegriffe zu erklären sondern auch eine gemeinsame Wirklichkeit zwischen der ÄrztIn und der PatientIn zu erarbeiten (vgl. Lalouschek/Nowak 1989:8). Laut Geisler sind die Grenzen, die Wirklichkeiten voneinander trennen sogenannte semantische Grenzen. Die Insider verstehen den Kode eines Zeichensystems und die Outsider beherrschen diesen Kode nicht. Die Suche nach dem gemeinsamen Kode ist also die Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. Geisler 1992:60).

Laut Geisler sind die Kommunikationsstörungen zwischen ÄrztIn und PatientIn so alt wie die Medizin selbst, denn das Miteinander-Sprechen auch das Einander-Mißverstehen beinhaltet. Seiner Meinung nach wächst die Gefahr tiefgreifender Kommunikationsstörungen mit dem ständig wachsenden technischen, pharmakologischen und wissenschaftlichen Potential der Medizin (vgl. Geisler 1992:15).

Die Fortschritte in der modernen Medizin haben die Arzt-Patienten-Beziehung maßgeblich verändert. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin trug dazu bei, dass die wechselnden Kontakten mit FachärztInnen die vertrauensvolle Beziehung zwischen HausärztIn und PatientIn ersetzt haben. PatientInnen fühlen sich oft als Objekte moderner Untersuchungsverfahren. Häufig haben sie Angst, nicht ausreichend informiert zu werden.

Aus diesem Grund stieg wieder das Bewusstsein in der Gesellschaft, dass eine technisch-orientierte Medizin nicht unbedingt auch eine patientenorientierte Medizin bedeutet und dass PatientInnen als aktive und gleichberechtigte PartnerInnen in ein Gespräch miteinbezogen werden sollen. Die Arzt-Patienten-Gespräche sind einerseits stark professionalisierte Interaktionsprozesse mit einer spezifischen Fachproblematik, andererseits aber auch alltagssprachliche Ereignisse (vgl. Löning/Sager 1985:10).

Bei der Analyse der Arzt-Patienten-Kommunikation ist das Gespräch von enormer Bedeutung, denn „auf alle Fälle ist im Bereich der Medizin das Gespräch keine bloße Einleitung und Vorbereitung der Behandlung. Es ist bereits Behandlung und geht in die weitere Behandlung ein, die zur Heilung führen soll (Gadamer 1993:162)“. Dabei darf man über die vier Botschaften des Sprechens nach Schulz von Thun nicht vergessen. Die Tatsache, dass eine Information gleichzeitig vier Botschaften: Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell enthält, ist auch für eine MedizinerIn von großer Relevanz. In einem Arzt-Patienten-Gespräch spielt auch Schweigen eine große Rolle, denn wie Watzlawick bemerkt hat: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (vgl. Geisler 1992:68f).

Wenn von der Arzt-Patienten-Kommunikation die Rede ist, wird oft viel Kritik am ärztlichen Kommunikationsverhalten ausgeübt. Man wirft ÄrztInnen unter anderem vor, dass PatientInnen entmündigt und in ihrem Anliegen nicht ernst genommen werden. PatientInnen würden als Objekte behandelt und entpersönlicht. Die Äußerungen von PatientInnen seien für ÄrztInnen nur dann interessant, wenn sie die Behandlung einen Schritt weiter bringen (vgl. Kindt 1986:152).

All diese Vorwürfe zeigen deutlich, dass die Arzt-Patienten-Beziehung als Machtverhältnis betrachtet wird und die ÄrztIn unproportional größere Macht besitzt. Auch die Tatsache, dass in den Analysen der Arzt-Patienten-Gesprächen das Gesprächsverhalten von ÄrztInnen viel mehr Beachtung findet, deutet auf das Machtgefälle zwischen einer ÄrztIn und PatientIn hin. Daraus lässt sich schließen, dass die ÄrztIn die Initiierende und für den Gesprächsverlauf Verantwortliche ist (vgl. Schwab 1990:122).

Wahrscheinlich betreffen diese Vorwürfe nicht alle ÄrztInnen im gleichen Maße. Die Tatsache ist aber, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis eine Problembeziehung ist, deren man oft nicht genug Aufmerksamkeit schenkt. Bei der Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation kann sich die Linguistik als sehr hilfreich erweisen. Mithilfe der

Gesprächsanalysen ist es möglich die Beziehung zwischen einer ÄrztIn und PatientIn näher zu erforschen und alternative Verhaltensmöglichkeiten aufzuzeigen.

Um die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern zu können, reichen aber die Analysen aus einem Bereich wie z. B Linguistik nicht aus. Die Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn ist sehr komplex. Daher erfordert auch die Analyse dieser Beziehung einer interdisziplinären Zusammenarbeit der Fachleute aus den Bereichen der Linguistik, Psychologie und Medizin. Ohne das medizinische Fachwissen sowie Wissen über die institutionellen Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung und den daraus resultierenden Belastungen auf die ÄrztIn und PatientIn ermöglicht eine linguistische Analyse des Arzt-Patienten-Gesprächs keine vollständige Untersuchung der Arzt-Patienten-Kommunikation (vgl. Löning/Sager 1985:10f).

## ***2.2 Geschichtlicher Überblick der Arzt-Patienten-Beziehung***

Um die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn heutzutage verbessern zu können, ist es notwendig, die geschichtliche Entwicklung dieser Beziehung zu kennen. In diesem Kapitel wird es daher der Frage nachgegangen, wie sich die Arzt-Patienten-Beziehung im Laufe der Geschichte verändert hat.

Platon und Aristoteles haben Arzttypen entworfen, die zeitlose Bedeutung besitzen. Die SklavenärztIn diskutiert nicht mit der PatientIn und gibt ihr keine Erklärung zu vorgenommenen therapeutischen Maßnahmen. Die ÄrztIn für Freie hingegen erklärt der PatientIn die Therapie und bezieht auch die Familie in das Gespräch ein. Darüber hinaus beginnt sie die Therapie erst wenn die PatientIn sie verstanden und ihr zugestimmt hat. Wenn heute von „informed consent“ die Rede ist, wird diese platonisch-aristotelische freie ÄrztIn für freie Menschen als Vorbild genommen. Der dritte Arzttyp ist der medizinisch gebildete Laie, denn laut Platon und Aristoteles darf der Umgang mit Gesundheit und Krankheit nicht allein der medizinischen Profession überlassen werden (vgl. Engelhardt 2001:35).

Die Arzt-Patienten-Beziehung wurde für viele Jahrhunderte vom hippokratischen Eid geprägt. In diesem Eid wurde es zum ersten Mal unmissverständlich festgehalten, dass für eine ÄrztIn alle Menschen gleich sind. Da diese Auffassung mit der christlichen Religion übereinstimmt, konnte sie von der Antike ins Mittelalter übernommen werden. Einige Forderungen aus diesem Eid wie z.B. das Verbot des Schwangerschaftsabbruches haben bis heute an Kontrovers nicht verloren (vgl. Engelhardt 2001:36).

Im Mittelalter hat man Krankheit, Leiden und Tod für einen unabdingbaren Teil des irdischen Lebens gehalten. Diese Denkweise hat auch die Arzt-Patienten-Beziehung stark beeinflusst. Eine ÄrztIn wurde von gläubigen Menschen als heilender Christus betrachtet.

Die Medizin in der Neuzeit wird von der Logik und Säkularisierung geprägt (vgl. Engelhardt 2001:41). Neben großer Errungenschaften der Medizin kommt es zur Trennung von Körper und Seele. Für den Übergang vom Mittelalter in die Neuzeit steht der Mediziner Paracelsus. Seiner Meinung nach ist Ethik die vierte Säule der Medizin. Er entwickelt eine Typologie von ÄrztInnen und ihrer Beziehung zum Kranken. Paracelsus unterscheidet zwischen einer UnkrautärztIn, die die Kranken ausschließlich aus ihrem Buchwissen behandelt, einer WolfsärztIn, die ihre PatientInnen betrügt und quält und einer LammärztIn, die die kranken

Menschen mehr liebt als sich selbst und sich für sie opfert. Laut Paracelsus ist eine wahre Arzt-Patienten-Beziehung ohne Liebe nicht möglich.

Die Entwicklung der Moderne ist sehr vielfältig und besteht aus verschiedenen Strömungen. Während das 19. Jahrhundert von Fortschritten in Diagnostik und Therapie gekennzeichnet wird, rückt im 20. Jahrhundert die Arzt-Patienten-Beziehung wieder in den Mittelpunkt der Medizin. Karl Jaspers betonte die Bedeutung des Erklärens und Verstehens. Viktor Emil v. Gebssattel unterschied in der Arzt-Patienten-Beziehung drei Stufen der Sympathie, der diagnostisch-therapeutischen Distanz und der personalen Beziehung. Der Mediziner Paul Christian machte auf die Paradoxie der Medizin aufmerksam. Er stellte fest, dass Medizin gegenständlich-objektiv und zugleich menschlich-personal ist. Eine PatientIn erwartet einerseits Objektivität in der Diagnose und ist bereit als „Fall“ eingestuft zu werden, andererseits will sie als Individuum betrachtet und beachtet werden (vgl. Engelhardt 2001:44).

Die Geschichte der Arzt-Patienten-Beziehung wurde auch in Bezug auf die klinische Visite analysiert. Laut Maaß erfüllte die Visite der ÄrztIn am Krankenbett immer mehrere Funktionen. Sie war Ausdruck der ärztlichen Betreuung und Anteilnahme. Darüber hinaus ermöglichte die Visite die Kontrolle der StationsärztInnen sowie diente als klinische Lehrveranstaltung für Medizinstudierende. Mit dem Aufkommen der Großkrankenhäuser wurde die Visite zum festen Bestandteil des Kliniktages (vgl. Maaß 1982:313). Für den Zweck dieser Arbeit wird es aber auf diese Thematik nicht näher eingegangen.

### ***2.3 Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung***

Im Kapitel 2.1 wurden die Bedeutung und Komplexität der Arzt-Patienten-Beziehung zum Ausdruck gebracht. Viele WissenschaftlerInnen haben sich mit der Kommunikation in der Medizin beschäftigt und Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung erarbeitet. Die Beschreibung der großen Anzahl an verfassten Modellen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher wird es im folgenden Kapitel lediglich auf einige der Konzepte eingegangen.

Im Fall der Arzt-Patienten-Beziehung handelt es sich formal um eine Rechtsbeziehung, die auf einem Behandlungsvertrag beruht. Die ÄrztIn erhält nach Erbringung der Vertragsleistung ein festgelegtes Honorar von der PatientIn bzw. von der zuständigen Krankenkasse. Solche Betrachtungsweise der Arzt-Patienten-Beziehung weist darauf hin, dass die ÄrztIn oft als DienstleisterIn und die PatientIn als KundIn gesehen werden. Traditionelle Vorstellungen für die Arzt-Patienten-Beziehung zeichnen sich durch asymmetrische Kommunikation aus. Die ÄrztIn wird paternalistisch betrachtet und die PatientIn wird für den Hilfeempfänger gehalten. Gesetzliche Änderungen in den letzten Jahrzehnten führten zu einer Demokratisierung der Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. Varnholt 2008:39).

Herstellung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung ist von enormer Bedeutung, denn die Einschränkung dieses Verhältnisses lediglich auf Kunde-Dienstleister-Verhältnis kann bei PatientInnen das Gefühl hervorrufen nur das Objekt einer Dienstleistung zu sein. Die Abhängigkeit der PatientIn als HilfeempfängerIn und paternalistische Arztrolle sind die charakteristischen Merkmale der asymmetrischen Beziehungsdefinition.

In der symmetrisch ausgerichteten Arzt-Patienten-Beziehung wird das partnerschaftliche Verhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn betont, in dem beide Seiten das Erreichen der Behandlungsziele mitbestimmen. Asymmetrische Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn deutet auch auf die Arztrolle als ExpertIn im Bereich der Medizin und Patientenrolle als Laien. Asymmetrie zwischen ÄrztIn und PatientIn betrifft sowohl Kommunikationsmöglichkeiten als auch Machtverhältnisse. ÄrztInnen nehmen die dominante Position gegenüber der PatientIn und bestimmen stärker den Gesprächsverlauf. Ärztliche Kontrollmacht zeichnet sich durch Expertenmacht, Definitionsmacht und Steuerungsmacht aus.

ÄrztInnen fungieren als ExpertInnen im Bereich der Medizin, sie bestimmen Gesprächsthema und –umfang sowie entscheiden im größeren Maße, wer und welche Informationen erteilt. Einen großen Einfluss auf die asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung haben soziale Strukturen. PatientIn ist im Gegensatz zu ÄrztIn krank und befindet sich in fremder Umgebung sowie ist mit der medizinischen Sprache nicht vertraut.

Zunehmende Verbreitung medizinischer Informationen in den Medien hat wesentlich dazu beigetragen, dass paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung an seiner Bedeutung verlor. Die Entwicklungen der Medizin verändern nicht nur die Rolle der ÄrztIn, sondern auch die Rolle der PatientIn. Selbstbestimmung und Eigenverantwortung wurden zu neuen Begriffen zur Beschreibung der Patientenrolle.

Während einige ExpertInnen das paternalistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung absolut ablehnen und für stärkere Einbeziehung der PatientIn in den Behandlungsprozess plädieren, befürworten die anderen paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis und erklären es damit, dass die Krankheit eine Belastungssituation für eine PatientIn ist und Begebung der PatientIn in die Hände der kompetenten ÄrztIn dieses Erlebnis erleichtert. Obwohl das Bewusstsein über Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung in den letzten Jahrzehnten deutlich zunahm, ist das Bild der ÄrztIn immer noch „Halbgott in Weiß“ mit hohem Status. Die paternalistische Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn wird oft nach wie vor akzeptiert und für angemessen gehalten (vgl. Varnholt 2008:62).

Eine Reihe von AutorInnen befürwortet eine stärkere Einbeziehung der PatientInnen im Behandlungsprozess.

Szasz und Hollander haben ein eigenes Konzept für die Arzt-Patienten-Beziehung erarbeitet. Es basiert auf der gleichen Machtverteilung und Beteiligung der PatientIn an Entscheidungsprozessen (vgl. Gordon/Sterling Edwards 1999:44).

DiMatteo beschreibt drei grundsätzliche Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung: das Aktiv-Passiv-Modell, in dem die PatientIn an ihrer Behandlung nicht teilnimmt, das Arztführungs-Kooperations-Modell, in dem die ÄrztIn Hauptverantwortung für Diagnose und Behandlung übernimmt und das Modell der arbeitsteiligen Partnerschaft, in dem die ÄrztIn und PatientIn in allen Fragen die Entscheidungen gemeinsam treffen (vgl. Gordon/Sterling Edwards 1999:44f).

Emanuel und Emanuel haben die Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung etwas genauer beschrieben. Sie unterscheiden vier Modelle der Arzt-Patienten-Interaktion: das paternalistische, informative, interpretative und das beratende Modell. Im paternalistischen Modell entscheidet die ÄrztIn vorab über die Behandlungsmaßnahmen und danach bemüht sie sich um die Zustimmung der PatientIn. Die ÄrztIn trifft die Entscheidung aufgrund ihres Fachwissens und von der PatientIn wird Dankbarkeit erwartet.

Im informativen Modell agiert die ÄrztIn als sachkundige ExpertIn und stellt der PatientIn alle relevanten Informationen zur Verfügung. Danach wählt die PatientIn eine Behandlungsmaßnahme aus. Die PatientIn kontrolliert auf diese Art und Weise die medizinischen Entscheidungen. Die ÄrztIn erfüllt eher die Rolle einer TechnikerIn, die für entsprechende Informationen zu sorgen hat.

Im interpretativen Modell informiert die ÄrztIn ihre PatientIn über alle Behandlungsmöglichkeiten und fungiert gleichzeitig als BeraterIn bei der Entscheidungsfindung. Im beratenden Modell stellt die ÄrztIn alle Informationen zur Verfügung und tritt mit der PatientIn in einen Dialog ein, um sie dazu zu bewegen, Entscheidungskriterien zu reflektieren und eine Behandlungsmaßnahme zu wählen. Die Entscheidung treffen dann die ÄrztIn und die PatientIn gemeinsam. Dieses Modell entspricht weitgehend dem heutigen Shared-Decision-Making-Modell (vgl. Klemperer 2003:14f).

Quill plädiert für eine „Partnerschaft“ mit PatientInnen, die auf Freiwilligkeit und Bereitschaft miteinander zu verhandeln beruht. Darüber hinaus sollen alle PartnerInnen spezielle Verantwortlichkeiten haben und von der Beziehung profitieren (vgl. Gordon/Sterling Edwards 1999:46f).

Gordon und Sterling Edwards befürworten hingegen den Begriff arbeitsteilig-partnerschaftliche Beziehung, „die auf der Mitarbeit und aktiven Teilnahme beider Seiten beruht (Gordon/Sterling Edwards 1999:50)“.

In der Fachliteratur findet man eine Vielzahl von Formulierungen für die Arzt-Patienten-Beziehung wie z.B. gemeinschaftliches Problemlösungsverhältnis, Beziehungen auf Gegenseitigkeit oder patientenzentrierte Beziehungen (vgl. Gordon/Sterling Edwards 1999:48). Die große Zahl der Formulierungen veranschaulicht die Komplexität des Arzt-

Patienten-Verhältnisses und beweist, wie wichtig die Auseinandersetzung mit dem Thema der Kommunikation in der Medizin ist.

Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn wird heutzutage wesentlich durch moderne Technologien wie Internet beeinflusst. In einem Forschungsprojekt hat Felt den Einfluss von Internet auf die Arzt-Patienten-Interaktion untersucht und das Model Arzt-Patienten-Internet erarbeitet. Anhand Patientenumfragen wurden vier Modelle solcher Kommunikation erforscht.

Im verbesserten Hierarchiemodell fühlt sich PatientIn verpflichtet, sich zu informieren, um ÄrztIn ihre Arbeit zu erleichtern. Information zerstört die klassische Hierarchie nicht, sondern unterstützt sie. Im Erweiterungsmodell übernimmt PatientIn Teil der Informationsarbeit aufgrund Zeitmangels der ÄrztIn. Im Verhandlungsmodell informiert sich PatientIn, um mit ÄrztIn Behandlungsmöglichkeiten gemeinsam zu besprechen und mitentscheiden zu können. Im Aufgabenteilungsmodell betrachtet PatientIn die Krankheit aus wissenschaftlich-medizinischer und sozialer Sicht. Während sie den wissenschaftlich-medizinischen Teil der ÄrztIn übergibt, hilft ihr Internet den sozialen Teil „zu handhaben“. Als Beispiel kann hier Informationsaustausch mit anderen PatientInnen dienen (vgl. Nestel-Eichhausen 2009:12f).

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein zentrales Handlungsfeld im Gesundheitssystem und unterliegt multiplen Einflüssen. Die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn hat sich von der hierarchischen auf die emanzipatorische Gesprächsebene verlagert. „Die gegenwärtige Tendenz zeigt den Patienten als autonomen und mitentscheidenden Partner im Kommunikationsprozeß (Paseka 1995:3)“. Solche PatientIn setzt Handlungen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern bzw. zu stabilisieren. Diese Handlungen erfolgen teilweise auf Grundlage des ärztlichen Gesprächs und zum Teil auf Grundlage der gelesenen Information über Medikation und Krankheit (vgl. Paseka 1995:3).

Während Auseinandersetzung mit dem Thema der Arzt-Patienten-Beziehung ist es daher unabdingbar, den Begriff „mündiger Patient“ zu erwähnen. Heutzutage ist dieser Begriff geläufig. Ein mündiger Patient soll mehr Eigenverantwortung zeigen und Mitbestimmungsrechte erhalten. „Im Idealfall ist der mündige Patient als mündiger Bürger selbst für seine Gesundheit verantwortlich. Er beschafft sich ausreichend Informationen, um am besten gemeinsam mit seinem Arzt Entscheidungen treffen zu können (Dieterich 2007).“

Eine mündige PatientIn will mit Wissen versorgt werden. Dank Internet hat sie unbegrenzten Zugang zum Wissen. Dabei stößt sie aber auf medizinisches Fachwissen und der Umgang mit diesem Wissen kann sich als sehr schwer erweisen. Es wird betont, dass es in heutiger Informationsflut für PatientInnen unmöglich ist, sich genug Wissen anzueignen. Ärztliche Hilfe im Umgang mit medizinischem Fachwissen ist auch ein wichtiger Teil der Arzt-Patienten-Beziehung (Deutscher Ärzteblatt/Dieterich 2007).

#### ***2.4 Arzt-Patienten-Kommunikation aus linguistischer Sicht***

Die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn trat in den letzten Jahren als linguistisches Forschungsgebiet immer mehr in den Vordergrund des Interesses. Entwicklung der diskursanalytischen Forschungsmethode ermöglichte Analyse und Beschreibung verschiedener Aspekte dieser Kommunikationssituation. In der Linguistik hat man sich mit Anamnesegesprächen, Krankenhausvisiten und Gesprächen in der ärztlichen Praxis auf unterschiedliche Art und Weise auseinandergesetzt. Das Forschungsinteresse hinter den einzelnen Untersuchungen war nicht nur durch das Interesse an sprachlichen Prozessen determiniert, sondern auch durch ein sozialkritisches Interesse, die medizinischen Institutionen menschlicher zu gestalten (vgl. Nowak/Wimmer-Puchinger 1990:137).

Dank der linguistischen Untersuchungen wurden Rahmenbedingungen der Arzt-Patienten-Kommunikation näher erforscht und Aspekte des Fachsprachegebrauchs in einem Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn beschrieben. In den linguistischen Analysen versuchte man Veränderungsvorschläge „(...) für eine häufig als unzulänglich erlebte ärztliche Praxis (Löning/Sager 1985:9)“ zu erarbeiten.

Die Linguistik wandte sich zunehmend der Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen zu, um typische sprachliche Handlungsmuster und Strategien aufzuzeigen. Dabei wurden Auswirkungen der beruflichen und fachlichen Machtposition der ÄrztIn, des institutionellen Rahmens und der Erkrankung auf das Gesprächsverhalten beider Partner näher untersucht (vgl. Löning/Sager 1985:9). Bliesener zeigte in seiner gesprächsanalytischen Arbeit, wie ÄrztInnen das Visitengespräch steuern und unbewusst die PatientInnen nur in bestimmten Situationen zu Wort kommen lassen. Anhand der verschrifteten Visitengespräche untersuchte auch Hoffmann-Richter, worauf die Kommunikationsschwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion zurückzuführen sind.

Als Ursachen der Kommunikationsschwierigkeiten nannte er unter anderem „soziale Distanz zwischen PatientIn und ÄrztIn“ und „oberflächliche Argumentation über Symptome und Therapie“ (vgl. Hein/Lalouschek/Wodak 1984:5).

Amerikanische Untersuchungen in den 1970er und 80er Jahren konzentrierten sich auf linguistische Analysen von Arzt-Patienten-Gesprächen in Ordinationen. Der Schwerpunkt dieser Studien lag nicht nur auf Organisation und Ablauf der Gespräche und auftretende Kommunikationsschwierigkeiten, sondern auch auf Ursachen und Folgen von Missverständnissen im Laufe einer Behandlung. Cicourel bewies in einer Fallstudie, dass asymmetrische Kommunikationssituation wie Arzt-Patienten-Gespräch Missverständnisse zur Folge haben muss. Seiner Meinung nach werden die Kommunikationssituationen in Ordinationen auf Informationsbedürfnisse der ÄrztIn zugeschnitten und dadurch die Kommunikationsmöglichkeiten der PatientIn verringert (vgl. Hein/Lalouschek/Wodak 1984:11). Fisher/Todd beschäftigen sich vor allem mit der Frage, wie der Informationsaustausch bezüglich der Diagnose und Behandlung in einem Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn organisiert wird. Wie es bereits in vorangegangenen Kapiteln erwähnt wurde, ist eine ÄrztIn TrägerIn des medizinischen Wissens und kann daher der PatientIn Informationen geben oder verweigern.

Konversationsanalytisch orientierte Untersuchungen der Frage-Antwort-Sequenzen, der Unterbrechungen, der Gesprächsöffnung und -beendigung sowie Analysen des Sprecherwechsels führten zum Ergebnis, dass in der Arzt-Patienten-Beziehung grundlegende Asymmetrie herrscht. Erkenntnisse der diskursanalytischen Forschung haben dazu beigetragen, dass das Bewusstsein über Kommunikationstrainings in der Ausbildung von ÄrztInnen stieg. Projekte im Rahmen der gesprächsanalytischen Forschung halfen Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation anzugehen und konkrete Lösungen auszuarbeiten.

Spranz-Fogasy untersuchte beispielsweise Möglichkeiten der Gesprächseröffnung, Techniken der Beschwerdenexploration und Besprechung der Medikamente. In seiner Analyse betonte er, dass ÄrztInnen an Weiterbildung zum Thema Gesprächsführung interessiert sind, aber gleichzeitig ein fertiges „Rezept“ für effizientere Kommunikation mit den PatientInnen bevorzugen. Daher ist es laut Spranz-Fogasy wichtig, diskursanalytische Analysen in Fortbildungsseminaren zu nutzen, um anhand konkreter Beispiele Handlungsstrategien in der Gesprächsführung zu erklären.

In einer diskursanalytischen Untersuchung beschäftigte sich Rosumek mit den sprachlichen Ritualen als vertrauensbildenden Maßnahmen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Anhand transkribierter Stationsvisiten wurde der Versuch unternommen sprachliche Rituale während einer Visite aufzuzeigen und zu überprüfen, ob sie eine stabilisierende Wirkung auf die GesprächspartnerIn haben. Analysiert wurden Rituale in den Begrüßungs-, Mittel- und Beendigungsphasen, wobei der Schwerpunkt der Untersuchung auf den Ritualen der Mittelphase lag. Rosumek unterschied zwischen Empathie- und Unsicherheits-Ritualen sowie bestätigenden Ritualen. Anhand der Analyse konnte sie die Schlussfolgerung ziehen, dass nicht jedes sprachliche Ritual als vertrauensbildende Maßnahme in der Arzt-Patienten-Beziehung gesehen werden kann.

In einer diskursanalytischen Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs beschrieb Lalouschek den Prozess der Fragmentierung. Dieser Prozess kommt in jedem Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn vor und besteht darin, dass ÄrztIn aus der Aussage der PatientIn Informationen selektiert und jene wählt, die für Diagnosestellung relevant sind. Auf diese Art und Weise selektiert ÄrztIn aus der Aussage der PatientIn Beschwerden und übersetzt sie für sich in medizinisch definierte Symptome.

Löning beschäftigte sich mit dem Thema der Dialogsteuerung in Arzt-Patienten-Gesprächen. In ihren Analysen wurde der Versuch unternommen die sprachlichen Steuerungsmechanismen detaillierter zu interpretieren. Die Analysen enthalten auch Hinweise, wie sich die Dominanz der ÄrztIn in einem Gespräch mit einer PatientIn manifestiert und wie sich ÄrztInnen kooperativer und patientenorientierter verhalten können. Anhand eines Materialkorpus von vier repräsentativen Gesprächen kam Löning zu einem Ergebnis, dass der ÄrztIn zwei Drittel der Redezeit zur Verfügung steht.

Darüber hinaus merkte sie an, dass im Fall der Übernahme der Sprecherrolle von der ÄrztIn, die Situation seitens der PatientIn akzeptiert wird. Die PatientIn wagt es kaum in solchem Fall die begonnenen Ausführungen der ÄrztIn zu unterbrechen. Löning stellt fest, dass sich die Dominanz der ÄrztIn aus Zwängen und Ritualen der institutionellen Rollenverpflichtung sowie aus unkontrollierten Verhaltensweisen der Gesprächsführung zusammensetzt und vertritt die Meinung, dass man der PatientIn Gelegenheit geben muss, ihr eigentliches Anliegen einzubringen und Fragen zu stellen, damit sie sich als gleichberechtigte GesprächspartnerIn fühlt (vgl. Löning 1985:123).

Ots untersuchte den Zusammenhang zwischen Arzt-Patienten-Kommunikation und Krankheitsbegriff. Er behauptete, dass Form und Inhalt der Arzt-Patienten-Kommunikation grundsätzlich von dem jeweils vorherrschenden Krankheitsbegriff abhängig sind und in zweiter Linie von gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen.

Fiehler unternahm den Versuch emotionale Prozesse in der Arzt-Patienten-Interaktion zu differenzieren. Seiner Meinung nach gibt es zwischen ÄrztIn und PatientIn Unterschiede in Hinblick auf bestimmte kommunikative Muster und diese können zum negativen Erleben der Arzt-Patienten-Beziehung beitragen.

Im Bereich der Diskursanalyse hat Quasthoff am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen das Verhältnis von „Alltag“ und „Institution“ untersucht. Anhand der Analyse des Prinzips des primären Sprechers, des Zuständigkeitsprinzips und des Verantwortungsprinzips beschrieb sie Aspekte der Kommunikationssituation zwischen ÄrztIn und PatientIn. Laut Quasthoff lassen sich höhere Redeanteile der ÄrztIn mit dem Prinzip der Zuständigkeit erklären. Darüber hinaus werden die nach dem Prinzip der Zuständigkeit zu erwartende Initiativen seitens der PatientIn durch eine bestimmte Interpretation des Prinzips der Verantwortung seitens der ÄrztIn blockiert (vgl. Quasthoff 1990:78).

Die kurz dargestellten Forschungsprojekte sind lediglich Beispiele unter zahlreichen Untersuchungen der Arzt-Patienten-Kommunikation. Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, weitere Beispiele genau auszuführen, ist es an dieser Stelle auf Forschungsarbeiten von Schmeling-Kludas, Korsch/Gozzi/Francois, Korsch/Negrete, Fehlenberg/Simons/Köhle, Ehlich/Rehbein, Lalouschek/Nowak, Hoffmann-Richter, Lalouschek/Menz, Lalouschek/Menz/Wodak, Bühring, Menz/Lalouschek/Gstettner, Trubel und Zapotoczky hinzuweisen.

Wie es aus oben angeführten Erläuterungen hervorgeht, stellt Arzt-Patienten-Kommunikation ein interessantes Forschungsfeld in der Linguistik dar. In zahlreichen linguistischen Analysen wurden unterschiedliche Aspekte der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen untersucht. WissenschaftlerInnen nutzten meistens Gesprächsanalyse als Methode in ihren Untersuchungen. Ergebnisse dieser Studien trugen dazu bei, dass man Gesprächsführung als wichtigen Teil der medizinischen Ausbildung anerkannt hat. Diskursanalytische Analysen der Arzt-Patienten-Gespräche wurden auch für Pharmaindustrie interessant. Compliance-Forschung und Besprechung der medikamentösen Behandlung im Arzt-Patienten-Gespräch

sind für Herstellungsunternehmen von Medikamenten ausschlaggebend. Der größte Erfolg der linguistischen Analysen ist aber das steigende Bewusstsein über Notwendigkeit der patientenorientierten Gesprächsführung.

## ***2.5 Arzt-Patienten-Beziehung und die Aufklärungspflicht***

Wie aus vorangegangenen Erläuterungen hervorgeht, hat sich die Arzt-Patienten-Beziehung im Laufe der Zeit verändert. Früher trat nur eine ÄrztIn ihrer PatientIn gegenüber. Daher entwickelte sich auch das Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung schneller. Heutzutage haben PatientInnen mit mehreren ÄrztInnen zu tun. Das unübersichtliche medizinische System veranlasst sie, auf ihr Selbstbestimmungsrecht zurückzugreifen (vgl. Franz 1997:30). PatientInnen wollen aufgeklärt sein, um sich in der neuen Situation zurechtzufinden. Aus diesem Grund wurde auch die Aufklärungspflicht intensiver untersucht und im Rechtssystem genauer verankert.

An dieser Stelle sei anzumerken, dass im Zusammenhang mit Informationsvermittlung im Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn zwei Begriffe unterschieden werden. Einerseits spricht man vom „informed consent“, andererseits wird „Patientenaufklärung“ verwendet. Der Unterschied zwischen diesen zwei Begriffen besteht darin, dass „informed consent“ auf dem Recht des Menschen zur Selbstbestimmung basiert, während „Patientenaufklärung“ als ein juristisches Konzept zum Schutz der ÄrztIn betrachtet werden soll (vgl. Beller 2000:6). Sowohl „informed consent“ als auch „Patientenaufklärung“ sehen jedoch vor, dass PatientIn über ihren Gesundheitszustand ausreichend informiert wird und bei der Wahl der Behandlungsmaßnahmen mitentscheiden kann.

Die ärztliche Aufklärung gehört zu den Aufgaben der ÄrztIn gegenüber ihrer PatientIn. Grundlage der Kommunikation zwischen einer ÄrztIn und einer PatientIn ist ein Gespräch, das zur Feststellung des konkreten Informationsbedürfnisses der PatientIn unabdingbar ist.

Ärztliche Aufklärung ist nicht nur eine rechtliche, sondern auch eine ethische Verpflichtung, die eine ÄrztIn gegenüber ihrer PatientIn zu erfüllen hat. Damit medizinisches Handeln in Einklang mit Selbstbestimmung gebracht wird, muss die PatientIn ausreichend über ihren Gesundheitszustand informiert werden (vgl. Willinger 1996:38).

Unter Aufklärung im medizinischen Bereich versteht man generell die individuelle Information der PatientIn über ihren Gesundheitszustand, ihre Krankheit und Behandlung (vgl. Paseka 1995:11). „Aufklärung in der Patienteninformation ist gleichbedeutend mit einer patientengerechten Informationsvermittlung und behandelt daher vorrangig den Aspekt der Verständlichkeit“ (Paseka 1995:11).

Die Möglichkeiten der Aufklärung im mündlichen Gespräch sind bedeutend größer. In der schriftlichen Information kann nur bedingt auf das individuelle Informationsbedürfnis eingegangen werden (vgl. Paseka 1995:12). Aufklärung in schriftlicher Form sollte dann möglichst genau auf den Informationsstand von PatientInnen zugeschnitten werden.

In der paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Beziehung entfällt eingehende Aufklärung. Alle relevanten Entscheidungen trifft die ÄrztIn. Wie bereits erwähnt, hat sich die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn auf die emanzipatorische Gesprächsebene verlagert. Daher ist die Aufklärung nicht nur die rechtliche Pflicht der ÄrztIn, sondern auch Zeichen der Veränderungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation und Erfüllung der grundlegenden Bedürfnisse der PatientInnen. Die Entwicklung der Medizin ermöglicht einerseits schnellere Diagnose und effizientere Behandlungsmaßnahmen, andererseits aber bringt sie eine Fülle von Informationen über diagnostische und therapeutische Eingriffe sowie medikamentöse Behandlungen mit sich. Die Informationen über diese Eingriffe und deren mögliche Nebenwirkungen können eine PatientIn überfordern bzw. sind ihr ganz unbekannt. Das grundlegende Bedürfnis der PatientIn ist die Behandlungsmaßnahmen und ihre Wirkungen bzw. potenzielle Nebenwirkungen zu verstehen. Dieses Bedürfnis wird in einem Aufklärungsgespräch erfüllt.

„Die ärztliche Aufklärung sollte stets das Ziel haben, den Kranken so vollständig über seinen Zustand aufzuklären, dass er frei über die Annahme oder Ablehnung der vorgeschlagenen Maßnahmen entscheiden kann (Hansen 1997:13)“. In der Regel ist ÄrztIn verpflichtet die PatientIn unmittelbar und in einem Gespräch aufzuklären. Die Entscheidung über den Umfang der Information trifft die ÄrztIn alleine. In der österreichischen Lehre unterscheidet man zwischen Selbstbestimmungsaufklärung, Diagnose-, Verlaufs- und Risikoaufklärung und therapeutischer Aufklärung.

Wie bereits erwähnt wurde, wollen PatientInnen aufgeklärt werden, um sich im medizinischen System zurechtzufinden und vorgenommene Behandlungsmaßnahmen besser zu verstehen. Autonomie im Kontext der medizinischen Ethik bedeutet, dass die ÄrztIn die Selbstbestimmung der PatientIn hinsichtlich der Entscheidungsfindung respektiert. Die PatientIn soll in Autonomie Entscheidungen bezüglich ihres Körpers und ihrer Gesundheit treffen. Dazu braucht sie aber ausreichend Information. „Aufklärung durch den Arzt ist Voraussetzung für die wirksame Zustimmung des Patienten und Voraussetzung für die Respektierung der Autonomie des individuellen Patienten“ (Willinger 1996:35). „Informed consent“ kann als Verwirklichung der Selbstbestimmung betrachtet werden.

Selbst wenn Mündigkeit der kranken Person berücksichtigt wird, macht der Mangel an Fachkenntnissen die PatientIn abhängig von der ÄrztIn. Der medizinische Laie bedarf der medizinischen Aufklärung, um über seinen Gesundheitszustand Bescheid zu wissen und Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen treffen zu können (vgl. Willinger 1996:52).

Obwohl der Gesetzgeber die Aufklärungspflicht nicht allgemein geregelt hat, findet man in der Rechtsordnung einige Bestimmungen über die ärztliche Aufklärungspflicht. Im Fall der Verletzung der Aufklärungspflicht durch die ÄrztIn ist straf- und zivilrechtliche Haftung vorgesehen. Wenn eine ÄrztIn die PatientIn nicht ausreichend informiert oder sie ohne ihre Zustimmung behandelt hat, muss sie mit einer gerichtlichen Strafe rechnen. Darüber hinaus hat die PatientIn Recht darauf, Schadenersatz zu fordern.

Die Aufklärungspflicht findet man weder im hippokratischen Eid noch wird sie im Gesetz exakt definiert. Die gesetzlichen Regelungen im Bereich der ärztlichen Aufklärung sind ähnlich wie Regelungen für den ärztlichen Tätigkeitsbereich allgemein gering. Es gibt wenige Einzelschriften, die Pflichten der ÄrztIn genau regeln (vgl. Willinger 1996:71). In der österreichischen Judikatur wird bezüglich des Aufklärungsumfanges keine strenge Trennung nach den einzelnen Arten der Aufklärung vorgenommen. Der Umfang der Aufklärung wird vor allem dadurch bestimmt, dass die PatientIn über Art, Schwere, Folgen und Gefahren der Behandlung bzw. ihrer Unterlassung informiert ist (vgl. Willinger 1996:117).

Wie es aus oben angeführten Erläuterungen hervorgeht, spielt die Aufklärungspflicht eine wichtige Rolle in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ärztliche Aufklärung gehört zu den Aufgaben der ÄrztIn und die Verankerung der Aufklärungspflicht im Gesetz unterstreicht die Rolle der Informationsvermittlung im Arzt-Patienten-Gespräch. Die Veränderungen in der

Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen auch die Aufklärungsgespräche. Die Forderung nach partnerschaftlicher Arzt-Patienten-Beziehung geht mit der Forderung nach ausreichender Aufklärung einher.

## ***2.6 Patienteninformationsmaterialien als Ergänzungsmittel der Arzt-Patienten-Kommunikation***

Aufklärungskommunikation findet in der Medizin nicht nur im direkten Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn statt, sondern auch in der unmittelbaren Patientenkommunikation, massenmedialen Kommunikation und durch Informationsmedien in Krankenhaus und Ordination (vgl. Busch 1994:96). Um medizinische Beratung effektiv zu betreiben, sollte schriftliche und mündliche Kommunikation kombiniert werden, denn die schriftlichen Unterlagen helfen, die mündlich vermittelten Informationen hervorzuheben (vgl. London 2003:149).

In Ordinationen und Wartezimmern findet man eine Fülle an schriftlichen Informationsmaterialien. Obwohl solche Broschüren in heutiger Medizin als festes Informationsmedium gelten, ist diese Textsorte im deutschsprachigen Raum linguistisch noch nicht umfassend untersucht. Busch unternahm den Versuch diese Textsorte näher zu erforschen. Er analysierte 36 Informationsbroschüren, die in Ordinationen zur freien Entnahme liegen und teilte die Broschüren thematisch in zwei Großgruppen: allgemeine nicht explizit krankheitsbezogene Schriften und explizit auf Krankheitsbilder bezogene Schriften (vgl. Busch 1994:105).

Laut Busch lassen sich die von ihm untersuchten Broschüren der Textsorte „medizinische Aufklärungstexte“ zuordnen. Broschüren erfüllen informative und appellative Funktion. Sie werden nach keinem einheitlichen Makrostrukturplan verfasst (vgl. Busch 1994:108).

Zu den charakteristischen Merkmalen dieser Textsorte gehören laut Busch:

- „ - einfache verständliche Syntax (kurzer, parataktischer Satzbau)
- weitgehender Verzicht auf Terminologie (wo Termini verwendet werden, sind sie meist übersetzt und erklärt; teilweise sind Register der Fachausdrücke an den Broschürentext angehängt)
- starke Untergliederung in thematisch gebundene Teiltexthe mit eigener Überschrift
- ausführliche Bebilderung mit Skizzen, Modell- und Organzeichnungen (meist mit einer didaktisch gut abgestimmten Text-Bild-Komposition) (Busch 1994:108)“.

In seiner Analyse merkt Busch auch an, dass die meisten Broschüren von MedizinerInnen oder Pharmaunternehmen herausgegeben werden und MedizinerInnen selbst AutorInnen sind. Daher wird sehr oft solches Informationsmaterial als Werbeträger genutzt. Analysen der Aufklärungs- und Informationsbroschüren zeigen deutliche Unterschiede im Wortschatz der ExpertInnen und der Laien.

Schriftliche Patienteninformationsmaterialien können als Ergänzungsmittel der Arzt-Patienten-Kommunikation dienen. Inwieweit die schriftliche Information das ärztliche Gespräch ergänzt, hängt jedoch vom Grad ihrer Verständlichkeit ab.

Wie bereits erwähnt, muss es bei der Zusammenstellung einer patientengerechten Information dem Aspekt der Verständlichkeit größte Sorgfalt gewidmet werden, denn „Unverständlichkeit wird als mögliche Quelle für Unzufriedenheit, Non-Compliance Verhalten und des Verzichts auf die Übernahme von Eigenverantwortung im therapeutischen Prozeß der Patienten bezeichnet (Paseka 1995:55)“.

Obwohl es keine festgelegten Regeln zur Verfassung von Patienteninformationsmaterialien gibt, kann man als Hilfe zur Formulierung der Konventionen in dieser Textsorte die vier Dimensionen der sprachlichen Gestaltung nach Schulz von Thun zu Rate ziehen.

Als Kriterien bei Verfassung von medizinischen Informationsbroschüren können folgende Dimensionen hilfreich sein:

- 1) Einfachheit (Gegenteil: Kompliziertheit)
- 2) Gliederung-Ordnung (Gegenteil: Unübersichtlichkeit, Zusammenhanglosigkeit)
- 3) Kürze-Prägnanz (Gegenteil: Weitschweifigkeit)
- 4) Zusätzliche Stimulanz (Gegenteil: keine zusätzliche Stimulanz)

Erstens muss die medizinische Sprache in der Patienteninformation lesbar und verständlich vermittelt werden. Medizinische Aufklärung erfüllt dann ihren Zweck, wenn sie die vorgesehene Zielgruppe erreicht. Laut Schulz von Thun sind dabei Satzkonstruktionen und Fach- und Fremdwortschatz von großer Bedeutung (vgl. Paseka 1995:46). Als Grund der Unverständlichkeit von Beipackzetteln wird oft die Zahl der Fach- und Fremdwörter angeführt. Auch im Fall der Patienteninformation ist die geeignete Wortwahl für Sachinhalt und Verständlichkeit entscheidend (vgl. Paseka 1995:55).

Zweitens ist übersichtliche Gliederung des zu vermittelnden Inhalts für Verständlichkeit unumgänglich. Auch bei medizinischen Informationen ist es wichtig, LeserInnen durch den Inhalt „zu führen“.

Drittens sollte bei der Vermittlung medizinischer Informationen weitschweifende Sprache vermieden werden. Kürze und Prägnanz sollen aber kein Hauptkriterium beim Verfassen von Patienteninformationsbroschüren sein. Die Länge sowie Gliederung der Informationen müssen an RezipientInnen angepasst werden.

Viertens kann im Fall der medizinischen Informationen zusätzliche Stimulanz durch graphische Abbildungen von Themenschwerpunkten, Vergleichswerten und der Verwendung direkter Reden wie z.B. Patientenberichte über Therapieerfolge, erreicht werden (vgl. Paseka 1995:50f).

Beim Verfassen der Patienteninformationsbroschüren können auch Ratschläge von London eine Stütze sein. Ihrer Meinung nach ist es relevant Verben in Aktivform zu benutzen, Abkürzungen zu vermeiden, persönliche Anrede an die PatientIn zu verwenden und Makrostruktur übersichtlich zu gestalten d.h. mit Überschriften zu arbeiten, Illustrationen zur Veranschaulichung der Beispiele zu nutzen und Listen mit Aufzählungspunkten zu verwenden (vgl. London 1999:165).

Beim Verfassen von Patienteninformationsbroschüren ist außer verständlicher Ausdrucksweise auch die Makrostruktur des Textes wichtig. Wie im Fall der Beipackzettel die kleine Schrift als störend empfunden wird, ist auch im Fall der Informationsbroschüren die Schriftwahl von großer Bedeutung, denn „das Druckbild ist ein wesentlicher Aspekt im Bereich der verständlichen Informationsrezeption (Paseka 1995:52)“. Das Rezipieren von Informationen wird durch Kursiv- und Fettdruck gefördert. Für störend wird hingegen zu häufiges Hervorheben gehalten.

London macht in ihrem Buch darauf aufmerksam, dass im Wartebereich ausliegende Lektüre die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn unterstützt und in den Muttersprachen der

PatientInnen vorhanden sein soll. Laut London erleichtern edukative Hilfsmittel die Beratung von PatientInnen.

Oft wird das Potenzial der schriftlichen Unterlagen nicht völlig ausgeschöpft, obwohl sich schriftliche Informationen in unterschiedlichen Situationen einsetzen lassen, wie z.B. bei der Diagnosestellung, während des Behandlungsprozesses oder während der Nachsorge. Als wichtigen Vorteil der schriftlichen Information nennt London die Tatsache, dass solche Broschüren als bleibende Informationsquelle dienen und die PatientIn sie heranziehen kann, wenn sie Antworten auf Fragen sucht. Darüber hinaus können Broschüren eine nützliche Informationsquelle für pflegende Angehörige sein (vgl. London 2003:123).

## ***2.7 Transkulturelle Kompetenz in der Medizin. Interaktionen zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen***

Wie es im Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen „Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem“ aus dem Jahr 2005 steht, gehört die Gesundheit zu den Grundrechten jedes Menschen und es ist eine humanistische und humanitäre Aufgabe, den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem für alle in Österreich lebenden Personen gleich zu halten. In diesem Bericht wird die Notwendigkeit einer transkulturellen Kompetenz in der Medizin betont. Personen mit Migrationshintergrund kämpften mit Sprachproblemen, seien oft mit einem Gesundheitssystem konfrontiert, das sich von jenem im Herkunftsland wesentlich unterscheidet und sozialen sowie psychischen Belastungen ausgesetzt, die durch Migrations- und Integrationsprozesse verursacht und im Behandlungsprozess nicht immer berücksichtigt werden.

Das Bericht „Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“ enthält eine Analyse der gegenwärtigen Situation und deren Verbesserungsvorschläge. Die AutorInnen stellen fest, dass Bedarf an fachlich kompetenter Übersetzung von MedizinerInnen oft nicht erkannt wird. Zum ähnlichen Ergebnis kommt Zimmermann. Seiner Meinung nach wird die bei ausländischen PatientInnen höhere Aufklärungsbedürftigkeit als bei deutschsprachigen PatientInnen nicht erkannt oder sogar bewusst ignoriert. Um den Informationsbedarf zu decken, wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen unter anderem Erstellung von Broschüren in den Muttersprachen von MigrantInnen vorgeschlagen.

Die Betreuung ausländischer PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen ist in Österreich ein komplexes Problem. Die von König durchgeführte Studie zeigt, dass viele ÄrztInnen diese Situation individuell handhaben. Manche ÄrztInnen erwarten von PatientInnen, dass sie mit einer Person kommen, die Deutsch sprechen kann. Einige ÄrztInnen finden sprachliche Unterstützung in ihren MitarbeiterInnen oder anderen PatientInnen im Wartezimmer. Die anderen versuchen mithilfe der Körpersprache und Pantomime Informationen zu vermitteln. Für viele ÄrztInnen gilt es als üblich, dass PatientInnen mit einem Familienangehörigen (oft mit Kindern) zum Gespräch kommen.

Einige ÄrztInnen nutzen nicht die Möglichkeit eine professionelle DolmetscherIn einzusetzen, obwohl sie wissen, wo man dies beantragt und dass Kosten von der Krankenkasse rückerstattet werden. Manche ÄrztInnen sind der Meinung, dass die Koordination ihrer Termine mit der Bestellung der Dolmetschdienste unmöglich ist. Man sagt auch, dass man doch bei österreichischen PatientInnen keine Garantie hat, dass sie alle Anweisungen vollständig verstanden haben und diese auch befolgen.

Solche Denkweise vieler ÄrztInnen zeigt, wie wenig Beachtung transkulturelle Kompetenz in der Medizin findet. Die Situation sieht in Krankenhäusern etwas anders aus. Dort gibt es oft eine angestellte DolmetscherIn für die meist verwendeten Sprachen. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass in manchen Situationen eine Reinigungskraft oder Hausmeister zu Rate gezogen werden (vgl. König 2009:26f).

Die österreichische Studie „Zugewanderte PatientInnen im Wiener Gesundheitssystem“ zeigt unter anderem, dass viele ÄrztInnen der Allgemeinmedizin fremdsprachiges Material, das sie zugesandt bekommen, meistens nicht verwenden und an PatientInnen nicht weitergeben. In der von König durchgeführten Befragung der ÄrztInnen in Wien werden als Gründe für die Nicht-Verwendung des fremdsprachigen Materials die Konfrontation mit der Unmenge an Informationsmaterial und häufiger Analphabetismus bei ImmigrantInnen der ersten Generation genannt.

Einige ÄrztInnen sind im Allgemeinen skeptisch zu schriftlichen Patienteninformationsbroschüren eingestellt ungeachtet der Tatsache, ob sie auf Deutsch oder in einer Fremdsprache verfasst sind. Manche der befragten ÄrztInnen nutzen das fremdsprachige Material und sehen Vorteile darin. Da im Falle der PatientInnen, die über geringe Deutschkenntnisse verfügen oft Personen aus dem Familien- und Freundeskreis ins

Arzt-Patienten-Gespräch miteinbezogen werden, ist es möglich, dass diese Personen bei den Leseschwierigkeiten helfen und Informationsmaterial vorlesen (vgl. König 2009:39).

Die Tatsache ist aber, dass man nicht annehmen kann, dass das fremdsprachige Informationsmaterial unnötig sei, ohne das Material PatientInnen anzubieten. Nicht jede Person ist zwar am schriftlichen Informationsmaterial interessiert, dies hängt aber nicht von der Herkunft ab. Das vorstellbare Szenario wäre auch, dass eine Person mit geringen Deutschkenntnissen zu Broschüren in ihrer Muttersprache gerne zugreift (vgl. König 2009:42).

In den letzten Jahrzehnten ist „Interkulturelle Kompetenz“ zu einer Schlüsselqualifikation geworden. Man kann sie als „das Vermögen definieren, mit fremden Kulturen und ihren Angehörigen in adäquater, ihren Wertesystemen und Kommunikationsstilen angemessener Weise zu handeln, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu verstehen (Lüsebrink 2008:9)“.

Steigende Mobilität und Migrationsströmungen beeinflussen verschiedene Institutionen des öffentlichen Lebens. Dazu gehören auch Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Aus diesem Grund ist der Begriff „transkulturelle Kompetenz“ entstanden, der die Fähigkeit umfasst, anderen Menschen in den individuellen Lebens- und Gesundheitssituationen vorurteilsfrei begegnen zu können (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz-Website). PatientInnen aus einer anderen Kultur können für ÄrztInnen eine Herausforderung darstellen. Daher ist im medizinischen Bereich transkulturelle Kompetenz gefragt.

Den Begriff „Transkulturelle Kompetenz“ hat Domenig eingeführt. An dieser Stelle ist es zu erwähnen, dass in der medizinischen Kommunikation drei Begriffe vorhanden sind: Multikulturalität, Interkulturalität und Transkulturalität. Multikulturalität beruht auf dem Konzept des friedlichen Nebeneinanderlebens von verschiedenen Kulturen, während Interkulturalität die Begegnung von zwei Kulturen hervorhebt. Transkulturalität hingegen konzentriert sich auf das Grenzüberschreitende. Transkulturalität sieht keine festen Grenzen vor (vgl. Domenig 2007:172f). Laut Domenig besteht transkulturelle Kompetenz aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext. Domenig betont die Rolle der Sensibilisierung von MedizinerInnen in Bezug auf migrationsspezifische Anliegen und nennt Hinterfragen von Stereotypen, Aneignung vom Hintergrundwissen über andere Kulturen und Zuwendung mittels entsprechender Gesprächstechnik als wichtige Elemente der transkulturellen Kompetenz.

### **3.Kontrastive Analyse der Beipackzettel im Polnischen und Deutschen**

Im vorliegenden Kapitel wird der Versuch unternommen, Textsortenkonventionen für Beipackzettel im Polnischen und Deutschen aufzuzeigen. Diese Textsorte wurde bisher in erwähnten zwei Sprachen nicht umfassend erforscht.

Ein Beipackzettel ist Fertigarzneimitteln beigelegt und enthält wichtige Informationen über Zweck und korrekte Anwendung des Arzneimittels. Diese Informationen sind von großer Bedeutung für VerbraucherInnen des Arzneimittels.

Außer der Bezeichnung Beipackzettel werden auch andere gleichbedeutende Bezeichnungen verwendet: Packungsbeilage, Gebrauchsinformation, Patienteninformation (vgl. Wikipedia-Website).

#### ***3.1 Rechtsgrundlage***

Die gesetzliche Ausgestaltung eines Beipackzettels für Fertigarzneimittel ergibt sich für die Länder der Europäischen Union aus der „Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel“, gültig in der geänderten, jeweils letzten Fassung.

Der Beipackzettel muss allgemeinverständliche und gut lesbare Informationen in der Amtssprache bzw. den Amtssprachen des Mitgliedsstaates enthalten.

Gemäß Artikel 59 der Richtlinie müssen im Einzelnen folgende Angaben enthalten sein:

- zur Identifizierung des Arzneimittels : die Bezeichnung des Arzneimittels
- die Anwendungsgebiete
- eine Aufzählung von Informationen, die vor Einnahme des Arzneimittels bekannt sein müssen, wie Gegenanzeigen, entsprechende Vorsichtsmaßnahmen für die Verwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen (z.B. mit Alkohol, Tabak etc.), die die Wirkungsweise des Arzneimittels beeinträchtigen können, gegebenenfalls besondere Warnhinweise

- die für eine ordnungsgemäße Verwendung erforderlichen üblichen Anweisungen, insbesondere Dosierung, Art und erforderlichenfalls Weg der Verabreichung, Häufigkeit der Verabreichung und die ausdrückliche Empfehlung, gegebenenfalls den Arzt oder Apotheker zur Klärung der Verwendung des Arzneimittels zu konsultieren. Falls zutreffend sollen auch die Dauer der Behandlung, Maßnahmen für den Fall einer Überdosierung oder unterlassenen Einnahme einer oder mehreren Dosen und ein Hinweis auf das Risiko möglicherweise auftretender Entzugserscheinungen nach dem Absetzen des Arzneimittels genannt werden.
- Eine Beschreibung der Nebenwirkungen, die bei normaler Anwendung des Arzneimittels beobachtet werden können und der gegebenenfalls ergreifenden Maßnahmen.  
Die PatientIn sollte ausdrücklich aufgefordert werden, seiner ÄrztIn oder ApothekerIn jede unerwünschte Wirkung mitzuteilen, die in der Packungsbeilage nicht aufgeführt ist.
- ein Verweis auf das auf der Verpackung angegebene Verfalldatum sowie eine Warnung davor, das Arzneimittel nach Überschreiten dieses Datums zu verwenden; gegebenenfalls Hinweise auf besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung, gegebenenfalls Warnung vor bestimmten sichtbaren Anzeichen dafür, dass ein Arzneimittel nicht mehr zu verwenden ist, die vollständige Zusammensetzung, Darreichungsform und Inhalt nach Gewicht, Volumen oder Dosierungseinheiten, Name und Anschrift des Inhabers der Genehmigung für das Inverkehrbringen, Name und Anschrift des Herstellers .
- Bei Genehmigung des Arzneimittels nach den nicht zentralisierten Zulassungsverfahren mit verschiedenen Markennamen in den betroffenen Mitgliedstaaten: ein Verzeichnis der in den einzelnen Mitgliedstaaten genehmigten Namen.
- das Datum der letzten Überarbeitung des Beipackzettels.

In der Aufzählung von Informationen, die vor der Einnahme bekannt sein müssen, sind die bestimmten VerbraucherInnengruppen wie z. B. Kinder, stillende Frauen etc. zu berücksichtigen. Darüber hinaus müssen mögliche Auswirkungen auf die Fähigkeit zu Bedienung von Maschinen und zum Führen von Kraftfahrzeugen angegeben werden. Jene

Angaben, die für die PatientIn wichtig sein können, dürfen in einem Beipackzettel enthalten sein. Sie dürfen aber keinen Werbecharakter aufweisen (vgl. Wikipedia-Website).

### ***3.2 Kommunikationssituation***

Ein Beipackzettel ist laut Łyba ein Beispiel monologischer Kommunikationsform. Ihrer Meinung nach ist der Kontakt zwischen Kommunikationspartnern zeitlich und räumlich getrennt. Der Mitteilungsinhalt wird schriftlich übermittelt, Themen werden deskriptiv entfaltet und in Teilthemen gegliedert.

Zur näheren Bestimmung der Kommunikationssituation „Beipackzettel für Medikamente“ kann die Lasswell-Formel angewendet werden. Die Antworten auf die Frage: Wer erstellt wann wo warum wie was für wen wozu und mit welchem Effekt? schildern genau die Kommunikationssituation. Die TextproduzentIn in dieser Situation ist (wer?) die Herstellerfirma des jeweiligen Arzneimittels. Die Kommunikationssituation findet im Rahmen der Zulassung eines Arzneimittels statt (wann?). Das Produkt wird im pharmazeutischen Unternehmen erstellt (wo?), weil die Hersteller gesetzlich verpflichtet sind und die Arzneimittelsicherheit gewährleisten wollen (warum?). Ein Beipackzettel (was?) wird gemäß Arzneimittelgesetz „allgemein verständlich in deutscher Sprache und gut lesbarer Schrift“ erstellt (wie?). Die RezipientInnen sind PatientInnen (für wen?). Er wird zur Reduzierung eines potenziellen Informationsdefizits und Gewährleistung einer korrekten Therapie mittels des Arzneimittels erstellt (wozu?). Die Kommunikationssituation „Beipackzettel für Medikamente“ ermöglicht Linderung und Verhütung von Krankheiten oder verursacht Therapieabbruch bzw. Unter- oder Überdosierung des Arzneimittels (mit welchem Effekt?) (vgl. Schuldt 1992: 64f).

### ***3.3 Kommunikative Funktion des Beipackzettels***

Die allerwichtigste und bekannteste Funktion eines Beipackzettels ist Informationsvermittlung. Ein Beipackzettel gibt RezipientInnen wichtige Informationen wie z. B. Zusammensetzung, Anwendungsgebiete, Nebenwirkungen etc. Er ist eine Art „Gebrauchsanweisung“, deren dominierende Funktion informativ ist. Er hat aber auch eine Appelfunktion, weil man durch einen Beipackzettel bestimmte Einstellung (Meinungsbeeinflussung) oder bestimmte Handlung (Verhaltensbeeinflussung) erzielen will (vgl. Łyba 2001:103).

Unter der Meinungsbeeinflussung versteht man den Versuch eine bestimmte Einstellung der PatientIn gegenüber dem Medikament zu erreichen. Die Verhaltensbeeinflussung besteht darin, welche Handlungsschritte- oder -möglichkeiten die RezipientIn vornehmen kann z.B. auf welche Art und Weise ein Medikament einzunehmen ist.

Die Erstellung eines Beipackzettels dient nicht nur der Informationsvermittlung, sondern wie Schuldt erwähnt, es ermöglicht bestimmte Interessen (juristische, herstellerorientierte, fachkreis- und patientenbezogene und werbepsychologische) zu vertreten. Ein Beipackzettel dient den pharmazeutischen Unternehmen dazu sich gegenüber den PatientInnen durch ausführliche Arzneimittelinformation absichern zu können und dadurch werden juristische Interessen einer Herstellerfirma vertreten.

Zu den herstellerorientierten Interessen gehört beispielsweise auch der Versuch den problembezogenen Nutzen durch Produktcharakteristika zu vermitteln, die Wissenschaftlichkeit des Unternehmens und des Arzneimittels zu unterstützen und das Selbstverständnis des Herstellers widerzuspiegeln sowie Seriosität und Erfahrung zu unterstreichen und einen Eindruck von Zielstrebigkeit und Aktivität, Sachlichkeit zu vermitteln.

Unter den fachkreis- und patientenbezogenen Interessen versteht man den Versuch die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn zu ergänzen bzw. ersetzen sowie das Vertrauen der PatientIn zu erreichen.

Ein Beipackzettel dient als persuasive Werbung für den erneuten Kauf- bzw. Verschreibungswunsch für ein betreffendes Arzneimittel. Dadurch werden werbepsychologische Interessen einer Herstellerfirma vertreten (vgl. Schuldt 1992:61f).

### ***3.4 Textsortenkonventionen für Beipackzettel im Polnischen und Deutschen***

Die Textsorte „Beipackzettel“ ist eine Textsorte, die sowohl in der deutschsprachigen als auch polnischsprachigen Kultur etabliert ist. Daher ist es zu beachten, dass auf allen Sprachbeschreibungsebenen Unterschiede bestehen können. Diese Unterschiede kann man im Paralleltextvergleich ermitteln. Die Textsortenkonventionen dienen als Erkennungssignale, als Auslöser von Erwartungshaltungen und als Steuerungssignale für das Textverstehen (vgl. Göpferich 2006:62).

Die ÜbersetzerIn kann die Textsortenkonventionen einhalten oder bewusst gegen sie verstoßen. Im Fall von der Textsorte „Beipackzettel“ ist es aber notwendig, die Textsortenkonventionen einzuhalten, um den erfolgreichen Verlauf der Kommunikation zu fördern und zu erleichtern.

Die Rolle des Beipackzettels ist es, PatientIn über ein bestimmtes Medikament zu informieren. Ein Verstoß gegen die Textsortenkonventionen, der die Aufmerksamkeit der PatientIn auf die Form des Beipackzettels und nicht dessen Inhalt lenkt, kann schwerwiegende Folgen haben. Aus diesem Grund sollte sich jede ÜbersetzerIn vor dem Übersetzen eines Beipackzettels mit den Textsortenkonventionen für Beipackzettel in der jeweiligen Kultur vertraut machen.

In Kapiteln 3.5 und 3.6 wird der Versuch unternommen, die Textsortenkonventionen in der polnischen und deutschen Sprache zu ermitteln. Es werden sechs Beipackzettel auf Polnisch und sechs Beipackzettel auf Deutsch verglichen, was einen Einblick in die Textsortenkonventionen in diesen Sprachen gibt. Darauffolgend werden Schlussfolgerungen gezogen, die für den Übersetzungsprozess relevant sind.

### ***3.5 Textsortenkonventionen für Beipackzettel im Polnischen***

Die Beipackzettel im Polnischen sind von der Makrostruktur her alle gleich aufgebaut. Am Anfang wird es der PatientIn mitgeteilt, dass es sich um eine Information für PatientInnen handelt. Danach folgt der Name des jeweiligen Medikaments und ein Appell an die PatientIn, Beipackzettel aufzubewahren, falls notwendig das Fachpersonal zu kontaktieren etc. Nach dem Appell wird im Inhaltsverzeichnis der Aufbau des Beipackzettels beschrieben.

Die für die PatientIn relevante Informationen werden in der folgenden Reihenfolge dargestellt: Wirkungsstoff und Anwendungsgebiete, Gegenanzeigen, Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen bei Anwendung mit anderen Medikamenten, Wechselwirkungen beim Essen und Trinken, Anwendung während der Schwangerschaft und Stillzeit, Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit und Verkehrstüchtigkeit, Anwendungsart, Auswirkungen nach der Überdosis, unterlassene Doseinnahme, mögliche Nebenwirkungen, Aufbewahrungsvorschriften, Zusammensetzung, Aussehen des Medikaments, erhältliche Packungen und Inhalt der Packung, Herstellerfirma und Erstellungsdatum des Beipackzettels.

Die Informationen von besonderer Bedeutung werden in den Beipackzetteln meistens fett markiert oder unterstrichen, in seltenen Fällen kursiv geschrieben. Charakteristisch für die Textsorte „Beipackzettel“ sind Aufzählungen z.B. Auflistung der Nebenwirkungen und damit zusammenhängender Nominalstil des Beipackzettels.

Der am Anfang vorkommende Appell wird unpersönlich geschrieben. Man spricht die PatientIn nicht direkt an, sondern gibt Informationen in Form von Passivsätzen. In einem Beipackzettel werden oft nicht nur Passivkonstruktionen verwendet, sondern auch Modalverben (z. B. bei den Aufbewahrungsvorschriften). Eine andere grammatikalische Form, die oft in Beipackzetteln vorkommt, sind Kausalsätze, die meistens bei der Beschreibung der Anwendungsgebiete und Vorsichtsmaßnahmen angewendet werden.

### ***3.6 Textsortenkonventionen für Beipackzettel im Deutschen***

Die Beipackzettel im Deutschen beginnen im Fall von verschreibungspflichtigen Medikamenten mit einem kurzen offenen Brief von der Herstellerfirma, der laut Schuld eine wichtige Rolle spielt, denn er festigt das Vertrauen der AdressatIn in das bestimmte Medikament.

Am Anfang des Beipackzettels steht auch, dass es sich um eine Gebrauchsinformation handelt. Danach folgen die Benennung des Präparates und der Appell, der zum Aufbewahren des Beipackzettels und Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Fachpersonal rät.

Nach diesem Appell kommen meistens der Inhaltsverzeichnis und folgende Informationen vor: Wirkungsstoff und Anwendungsgebiete, Zusammensetzung, Gegenanzeigen, Anwendungsart, Anwendung während der Schwangerschaft und Stillperiode, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekte, Vorsichtsmaßnahmen bzw. besondere Warnhinweise, Informationen zur Packungsgröße, Lagerungshinweise, Herstellerfirma und Zulassungsinhaber, Erstellungsdatum des Beipackzettels.

Charakteristisch für Beipackzettel im Deutschen sind auch am Ende eines Beipackzettels vorkommende zusätzliche Informationen. Meistens sind es zusätzliche Informationen für die PatientIn wie z. B. im Beipackzettel von der Aspirin Complex werden ergänzende Informationen über Erkältungen zugefügt. Sehr oft ist am Ende des Beipackzettels der Satz „Gute Besserung wünscht (Name der Herstellerfirma)!“ zu sehen.

Die Informationen von besonderer Relevanz für PatientInnen werden meistens fett markiert bzw. unterstrichen oder kursiv geschrieben.

In den Beipackzetteln auf Deutsch wird PatientIn durch die Anrede „per Sie“ persönlich angesprochen. In dieser Textsorte kommt eine Reihe von syntaktischen Realisierungsformen und stilistischen Untersuchungsaspekten zum Ausdruck. Charakteristisch für Beipackzettel sind Präpositionalgefüge, Nominalisierungen und Funktionsverbgefüge wie z. B. bei der Einnahme, vor der Einnahme. Im Bereich der Aufbewahrungsvorschriften sind elliptische Satzkonstruktionen zu finden wie z. B. für Kinder unerreichbar aufbewahren.

In der Textsorte „Beipackzettel“ wird oft Passivkonstruktion angewendet und bestimmte Gliedsatztypen z. B. kausale Konstruktionen verwendet. Ein anderes Merkmal eines Beipackzettels im Deutschen bildet der Nominalstil, der meistens durch Komposita und zahlreiche Aufzählungen zum Ausdruck kommt und damit die Sprachökonomie ermöglicht.

### ***3.7 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Textsortenkonventionen im Polnischen und Deutschen***

Wie es bereits erwähnt wurde, sind die pharmazeutischen Herstellerfirmen sowohl in Polen als auch in Österreich gesetzlich verpflichtet jeder Packung von Arzneimittel ein Beipackzettel beizulegen. Viele Herstellerfirmen verkaufen ihre Produkte in mehreren Ländern. Darüber hinaus sind die Vorschriften der Europäischen Union für alle ihre Mitgliedsstaaten gleich. Aus diesem Grund ist die Makrostruktur der Textsorte „Beipackzettel“ im Polnischen und im Deutschen ähnlich.

In den Beipackzetteln werden immer die gleichen Informationen beinhaltet, d.h. die Beipackzettel im Polnischen und im Deutschen werden ähnlich gegliedert. Sowohl im Polnischen als auch im Deutschen werden die wichtigsten Informationen fett markiert. Obwohl Beipackzettel im Polnischen und Deutschen vorwiegend im Nominalstil verfasst sind, ist es zu bemerken, dass die Beipackzettel auf Deutsch aktiver und persönlicher geschrieben werden. Der größte Unterschied ist in der Anrede an die PatientIn zu beobachten. In den Beipackzetteln auf Polnisch ist es üblich die PatientIn unpersönlich anzusprechen sowie keine gendergerechte Sprache zu verwenden.

In den Beipackzetteln auf Deutsch hingegen werden PatientInnen fast immer persönlich angesprochen. Man benutzt auch teilweise die gendergerechte Sprache. Ein anderer wichtiger Unterschied, der mit der Anredeform zusammenhängt, ist der im Beipackzettel auf Deutsch vorkommende offene Brief an die PatientIn. Dieser kurze Brief mit dem Satz „Gute Besserung“ am Ende gilt als letzter Bestandteil eines Beipackzettels und kommt in den Beipackzetteln auf Polnisch nicht vor.

Es ist hier aber anzumerken, dass sich die Entwicklungen auf dem Markt immer ändern und auch die hier beschriebenen Textsortenkonventionen nach einiger Zeit hinterfragt und aktualisiert werden müssen.

### ***3.8 Schlussfolgerungen, die für den Übersetzungsprozess relevant sind***

Ein Vergleich von Beipackzetteln auf Deutsch und Polnisch gilt als Paralleltextvergleich und ist somit ein wichtiger Bestandteil des Übersetzungsprozesses. Solcher Vergleich ermöglicht die Erstellung von Übersetzungen, „die sich unauffällig in die jeweilige Zielkultur einfügen, so, als ob sie originär in der Zielsprache und -kultur erstellt worden wären (...) (Göpferich 1999:184).“

Der optimale Paralleltextvergleich im Fall eines Beipackzettels wäre die Beipackzettel aus dem gleichen Bereich zu vergleichen z.B. von Arzneimittel gegen Kopfschmerzen. Es ist aber bereits beim Vergleich der Beipackzettel aus verschiedenen medizinischen Bereichen sichtbar, dass manche Phrasen bzw. feste Wendungen bei allen Beipackzetteln auftreten. Diese Tatsache erweist sich als nützlich im Laufe des Übersetzungsprozesses und ermöglicht einer ÜbersetzerIn schnellere Abwicklung eines Übersetzungsauftrags. Folgende Zusammenstellung zeigt, welche Phrasen bzw. feste Wendungen in den Beipackzetteln auf Polnisch und Deutsch vorkommen.

Deutsch	Polnisch
<p>Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, denn sie enthält wichtige Informationen für Sie.</p> <p>Dieses Arzneimittel ist ohne Verschreibung erhältlich. Um einen bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen, müssen (Name des Arzneimittels) jedoch vorschriftsgemäß eingenommen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.</li> <li>- Fragen Sie Ihren Apotheker, wenn Sie weitere Informationen oder einen Rat benötigen.</li> <li>- Wenn sich Ihre Beschwerden verschlimmern oder nach ... Tagen keine Besserung eintritt, müssen Sie auf jeden Fall einen Arzt aufsuchen.</li> <li>- Wenn eine der aufgeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation angegeben sind, informieren Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker.</li> </ul>	<p>Variante 1:</p> <p>Należy przeczytać uważnie całą ulotkę, ponieważ zawiera ona ważne informacje dla pacjenta.</p> <p>Lek ten jest dostępny bez recepty, aby można było leczyć niektóre schorzenia bez pomocy lekarza.</p> <p>Aby jednak uzyskać dobry wynik leczenia, należy stosować ( Name des Arzneimittels) ostrożnie i zgodnie z informacją w ulotce.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Należy zachować tę ulotkę, aby można ją było przeczytać ponownie w razie potrzeby.</li> <li>- Należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty, gdy potrzebna jest rada lub dodatkowa informacja.</li> <li>- Jeśli objawy nasilają się lub nie ustępują po ... dniach stosowania produktu leczniczego, należy skontaktować się z lekarzem.</li> <li>- Jeśli nasili się którykolwiek z działań niepożądanych lub wystąpią jakiegokolwiek działania niepożądane niewymienione w ulotce, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.</li> </ul> <p>Variante 2:</p> <p>Należy zapoznać się z treścią ulotki przed zastosowaniem leku.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Należy zachować ulotkę, aby w razie potrzeby móc ją ponownie przeczytać.</li> <li>- Należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty, gdy potrzebna jest rada lub dodatkowa informacja.</li> <li>- Lek ten został przepisany ściśle określonej osobie i nie należy go przekazywać innym, gdyż może im zaszkodzić, nawet jeśli objawy ich choroby są takie same.</li> <li>- Jeśli nasili się którykolwiek z objawów niepożądanych lub wystąpią jakiegokolwiek objawy niepożądane nie wymienione w ulotce, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.</li> </ul>
<p>Bitte informieren Sie Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen/anwenden bzw. vor kurzem eingenommen/angewendet haben, auch wenn es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt.</p>	<p>Należy powiedzieć lekarzowi lub farmaceucie o wszystkich przyjmowanych ostatnio lekach, również tych, które wydawane są bez recepty.</p>

Fragen Sie vor der Einnahme von allen Arzneimitteln Ihren Arzt oder Apotheker um Rat.	Przed zastosowaniem każdego leku należy poradzić się lekarza lub farmaceuty.
Bitte nehmen Sie (Name des Arzneimittels) erst nach Rücksprache mit Ihrem Arzt ein, wenn Ihnen bekannt ist, dass Sie unter Zuckerunverträglichkeiten leiden.	W przypadku nietolerancji na niektóre cukry, należy poinformować o tym lekarza przed zastosowaniem leku.
Wenden Sie (Name des Arzneimittels) immer genau nach Anweisung des Arztes an. Bitte fragen Sie bei Ihrem Arzt oder Apotheker nach, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.	Lek (Name des Arzneimittels) należy zawsze stosować zgodnie z zaleceniami lekarza. W przypadku wątpliwości należy ponownie skontaktować się z lekarzem lub farmaceutą.
Nehmen Sie nicht die doppelte Dosis ein, wenn Sie die vorherige Einnahme vergessen haben. Wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung des Arzneimittels haben, fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.	Nie należy stosować dawki podwójnej w celu uzupełnienia pominiętej dawki. W razie wątpliwości związanych ze stosowaniem leku należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty.
Wie alle Arzneimittel können (Name des Arzneimittels) Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen.	Jak każdy lek, (Name des Arzneimittels) może powodować działania niepożądane, chociaż nie u każdego one wystąpią.
Informieren Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker, wenn eine der aufgeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation angegeben sind.	Jeśli nasili się którykolwiek z objawów niepożądanych lub wystąpią jakiegokolwiek objawy niepożądane nie wymienione w ulotce, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.
Nicht über 25° C lagern!	Przechowywać w temperaturze do 25° C !
Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.	Przechowywać w miejscu niedostępnym i niewidocznym dla dzieci.
Sie dürfen das Arzneimittel nach dem auf dem Behältnis und der Faltschachtel nach „Verwendbar bis:“ angegebenen Verfalldatum nicht mehr anwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des Monats.	Nie stosować leku (Name des Arzneimittels) po upływie terminu ważności zamieszczonego na opakowaniu. Termin ważności oznacza ostatni dzień danego miesiąca.
Diese Gebrauchsinformation wurde zuletzt genehmigt .....	Data zatwierdzenia ulotki:.....

Wie man der Zusammenstellung entnehmen kann, gibt es eine Reihe von Phrasen bzw. festen Wendungen, die in allen Beipackzetteln vorkommen und somit von großer Bedeutung für den Übersetzungsprozess sind. Wie bereits erwähnt, wird ein Beipackzettel auf Polnisch unpersönlicher und passiver formuliert als ein Beipackzettel auf Deutsch.

Diese Tatsache ist von großer Relevanz für den Übersetzungsprozess. Es ist beispielsweise zu beachten, dass die Informationen, die auf Deutsch durch imperativistische Satzkonstruktionen zum Ausdruck kommen, auf Polnisch in Form von Passisätzen mit Modalverben vermittelt werden sollten. Daraus kann man schließen, dass der Syntax nicht übernommen, sondern entsprechend angepasst werden soll. Dies gilt für alle Bestandteile eines Beipackzettels mit der Ausnahme von den Lagerungsvorschriften. Sowohl im Polnischen als auch im Deutschen wird in diesem Thema der imperativistische Infinitiv verwendet.

### ***3.9 Analyse einer Übersetzung von einem Beipackzettel aus dem Deutschen ins Polnische***

Im folgenden Kapitel wird anhand einer Übersetzung von einem Beipackzettel aus dem Deutschen ins Polnische gezeigt, wie man beim Übersetzen eines Beipackzettels vorgehen soll und was während des Übersetzungsprozesses zu beachten ist. Für den Zweck dieser Arbeit wurde von der Verfasserin ein Beipackzettel für die Dorithricin-Halstabletten übersetzt.

Wie bereits erwähnt, sollte sich jede ÜbersetzerIn vor dem Übersetzen eines Beipackzettels mit den Textsortenkonventionen in der jeweiligen Sprache vertraut machen. Solcher Vergleich der Textsortenkonventionen im Polnischen und Deutschen hat sich beim Übersetzen des Beipackzettels für Dorithricin-Halstabletten als sehr hilfreich erwiesen. Während des Übersetzungsprozesses konnte man feststellen, dass einige Phrasen bzw. feste Wendungen eine gültige Übersetzung in mehreren Beipackzetteln haben und übernommen werden können. Es ist aber zu beachten, dass auch in diesen festen Wendungen kleine Informationen geändert werden können wie z.B. Anzahl der Tage, in denen man ein Medikament einnehmen kann.

Obwohl solche feste Wendungen die Arbeit der ÜbersetzerIn erleichtern können, darf man sie nicht ohne genauere Analyse übernehmen. Dank dem Vergleich der Textsortenkonventionen wird die ÜbersetzerIn auf den Aufbau und Stil eines Beipackzettels aufmerksam gemacht. Die Beipackzettel in den beiden Sprachen sind von der Makrostruktur her ähnlich aufgebaut, daher muss die ÜbersetzerIn den Aufbau des Beipackzettels in der polnischen Version nicht anpassen. Wie es aber bereits erwähnt wurde, gibt es zahlreiche Unterschiede auf der sprachlichen Ebene in Beipackzetteln auf Deutsch und Polnisch.

Im Fall der Übersetzung von Beipackzettel für Dorithricin-Halstabletten ist es zu beachten, dass im Beipackzettel auf Polnisch PatientInnen indirekt angesprochen werden. Darüber hinaus sollte man Syntax nicht übernehmen, sondern viele Sätze, die auf Deutsch aktiv formuliert sind, ins Polnische in Form von Passivsätzen mit Modalverben übersetzen.

Ein anderes übersetzungsrelevantes Problem stellt die Übersetzung von medizinischen Fachtermini dar. Obwohl die Paralleltexte sich als nützlich erweisen können, hat jedes Medikament andere Zusammensetzung oder andere Nebenwirkungen.

Zur Lösung dieses translatorischen Problems können medizinische Lexika verwendet werden oder Expertise des medizinischen Fachpersonals eingeholt werden. Im Beipackzettel für Dorithricin-Halstabletten kommt am Ende ein kurzer offener Brief an die PatientIn vor.

Da solcher Bestandteil eines Beipackzettels im Polnischen nicht vorkommt, soll sich die ÜbersetzerIn an der Funktion solches Briefes orientieren und diese in der Übersetzung behalten.

Ausgangstext: Beipackzettel Dorithricin-Halstabletten auf Deutsch.

Gebrauchsinformation: Information für den Anwender

# Dorithricin®

## - Halstabletten

Wirkstoffe: Tyrothricin, Benzalkoniumchlorid, Benzocain

zuckerfrei



### Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, denn sie enthält wichtige Informationen für Sie.

Dieses Arzneimittel ist ohne Verschreibung erhältlich. Um einen bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen, müssen Dorithricin® - Halstabletten jedoch vorschriftsgemäß eingenommen werden.

- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Fragen Sie Ihren Apotheker, wenn Sie weitere Informationen oder einen Rat benötigen.
- Wenn sich Ihre Beschwerden verschlimmern oder nach 2 Tagen keine Besserung eintritt, müssen Sie auf jeden Fall einen Arzt aufsuchen.
- Wenn eine der aufgeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation angegeben sind, informieren Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker.

### Diese Packungsbeilage beinhaltet:

1. Was sind Dorithricin® - Halstabletten und wofür werden sie angewendet?
2. Was müssen Sie vor der Anwendung von Dorithricin® - Halstabletten beachten?
3. Wie sind Dorithricin® - Halstabletten anzuwenden?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie sind Dorithricin® - Halstabletten aufzubewahren?
6. Weitere Informationen

### 1. WAS SIND DORITHRICIN® - HALSTABLETTEN UND WOFÜR WERDEN SIE ANGEWENDET?

Dorithricin® - Halstabletten enthalten als Oberflächenanästhetikum Benzocain sowie die keimhemmenden und keimtötenden Substanzen Tyrothricin und Benzalkoniumchlorid. Aufgrund dieser Wirkstoffkombination wird dieses Arzneimittel als Mund- und Rachentherapeutikum eingesetzt.

#### Anwendungsgebiete:

- Halsentzündungen und -schmerzen mit Schluckbeschwerden
- Rachen- und Kehlkopfentzündungen
- Entzündungen der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches.

Bei schweren Halsentzündungen oder Halsschmerzen, die mit hohem Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen einhergehen, nicht länger als 2 Tage ohne ärztlichen Rat anwenden.

### 2. WAS MÜSSEN SIE VOR DER EINNAHME VON DORITHRICIN® - HALSTABLETTEN BEACHTEN?

Dorithricin® - Halstabletten dürfen nicht eingenommen werden.

- wenn Sie überempfindlich (allergisch) gegen Tyrothricin, Benzalkoniumchlorid, Benzocain oder einen der sonstigen Bestandteile von Dorithricin® - Halstabletten sind, insbesondere bei Nasgruppenallergie oder Allergie gegen quartäre Ammoniumsalze sowie bei Fructose-Unverträglichkeit
- bei größeren Wunden im Mund- und Rachenraum.

### Besondere Vorsicht bei der Einnahme von Dorithricin® - Halstabletten ist erforderlich

Bei einer eitrigen Mandelentzündung mit Fieber ist in jedem Fall vom Arzt zu entscheiden, ob neben den primär notwendigen Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. Antibiotikagabe, Dorithricin® - Halstabletten zusätzlich angewendet werden sollen. Bei schweren Halsentzündungen oder Halsschmerzen, die mit hohem Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen einhergehen, sollten Sie den Rat eines Arztes einholen. Patienten mit Neigung zu Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (allergischem Kontaktekzem) sollten die Anwendung von Dorithricin® - Halstabletten vermeiden, da die Möglichkeit der Sensibilisierung besteht.

Bei Fortbestand der Beschwerden oder wenn der gewünschte Therapieerfolg ausbleibt, ist ebenfalls ärztliche Beratung einzuziehen.

Da die sachgemäße Art der Anwendung (Lutschen) bei Säuglingen und Kleinkindern nicht gewährleistet ist, sind Dorithricin® - Halstabletten nicht für Säuglinge und Kleinkinder geeignet.

#### Hinweis für Diabetiker:

Der in 1 Lutschtablette enthaltene Zuckeraustauschstoff Sorbitol entspricht ca. 0,07 Broteinheiten (BE). Auch für Diabetiker geeignet.

### Bei Einnahme von Dorithricin® - Halstabletten mit anderen Arzneimitteln

Bitte informieren Sie Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen / anwenden bzw. vor kurzem eingenommen / angewendet haben, auch wenn es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt.

Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind bisher keine Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln bekannt geworden.

### Schwangerschaft und Stillzeit

Fragen Sie vor der Einnahme von allen Arzneimitteln Ihren Arzt oder Apotheker um Rat.

Bislang haben sich keine Hinweise auf eine fruchtgefährdende Wirkung durch Dorithricin® - Halstabletten ergeben. Dennoch sollte eine Anwendung von Dorithricin® - Halstabletten während der Schwangerschaft und Stillzeit vorsichtshalber unterbleiben.

22 852 000/01

**Wichtige Informationen über bestimmte sonstige Bestandteile von Dorithricin® - Halstabletten**  
Bitte nehmen Sie Dorithricin® - Halstabletten erst nach Rücksprache mit Ihrem Arzt ein, wenn Ihnen bekannt ist, daß Sie unter Zuckerunverträglichkeiten leiden.

### 3. WIE SIND DORITHRICIN® - HALSTABLETTEN EINZUNEHMEN?

Wenden Sie Dorithricin® - Halstabletten immer genau nach Anweisung des Arztes an. Bitte fragen Sie bei Ihrem Arzt oder Apotheker nach, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Falls vom Arzt nicht anders verordnet, ist die übliche Dosis:

Lassen Sie mehrmals täglich (alle 2-3 Stunden)  
1-2 Lutschabletten langsam im Mund zergehen.

Die Behandlung mit Dorithricin® - Halstabletten sollte noch einen Tag nach Abklingen der Beschwerden fortgesetzt werden.

Bitte halten Sie sich an die Anwendungsvorschriften, da Dorithricin® - Halstabletten sonst nicht richtig wirken können!

**Wenn Sie eine größere Menge von Dorithricin® - Halstabletten eingenommen haben, als Sie sollten**  
Bei bestimmungsgemäßer Anwendung ist eine Vergiftung mit Dorithricin® - Halstabletten auszuschließen und bisher auch nicht bekannt geworden.

Nach Einnahme einer Vielzahl von Lutschabletten können Magen-Darm-Beschwerden sowie eine vermehrte Methämoglobinbildung (insbesondere bei Kindern) auftreten. Bei Verdacht auf eine erhebliche Überdosierung - vor allem bei Kindern - verständigen Sie bitte einen Arzt. Als Gegenmaßnahmen werden die Gabe von reichlich Wasser und Kohletabletten sowie gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen gegen Methämoglobinämie durch den Arzt empfohlen.

**Wenn Sie die Einnahme von Dorithricin® - Halstabletten vergessen haben**

Nehmen Sie nicht die doppelte Dosis ein, wenn Sie die vorherige Einnahme vergessen haben.

Wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung des Arzneimittels haben, fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

### 4. WELCHE NEBENWIRKUNGEN SIND MÖGLICH?

Wie alle Arzneimittel können Dorithricin® - Halstabletten Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen.

In seltenen Fällen kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen, insbesondere auf para-Aminobenzoesäureester (Benzocain) kommen.

Die Anwendung von Tyrothricin auf frischen Wunden kann zu Blutungen führen.

In hohen Dosen kann Sorbitol zu Verstopfung oder Durchfall führen.

Liebe Patientin, lieber Patient,  
im Mund-Rachenraum leben ständig mehr Keime als Menschen in der Millionenstadt New York. Das Abwehrsystem des Körpers, effektiv wie eine Polizeitruppe, sorgt dafür, dass alle Keimarten in einem ausgewogenen Gleichgewichtsverhältnis zueinander bleiben und dadurch keine Krankheiten auslösen können. Erst Störungen von außen, kleine Verletzungen etwa, eine Invasion fremder Krankheitserreger durch Ansteckung, oder auch Schwächen im Abwehrsystem können die friedliche Situation plötzlich verändern. Dann finden einzelne Keimarten Gelegenheit, sich zu vermehren und gegen den Körper zu wenden.  
Wegen der reichlichen Versorgung der Mundhöhle mit Nerven machen sich solche Geschehnisse durch Schmerzen und Entzündungen bald bemerkbar. Manchmal

informieren Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker, wenn eine der aufgeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation angegeben sind.

### 5. WIE SIND DORITHRICIN® - HALSTABLETTEN AUFZUBEWAHREN?

In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Nicht über 25 °C lagern!

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

Sie dürfen das Arzneimittel nach dem auf dem Behältnis und der Falttschachtel nach „Verwendbar bis.“ angegebenen Verfalldatum nicht mehr anwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des Monats.

### 6. WEITERE INFORMATIONEN

**Was Dorithricin® - Halstabletten enthalten:**

- Die Wirkstoffe sind:

Tyrothricin	0,5 mg
Benzalkoniumchlorid	1,0 mg
Benzocain	1,5 mg

- Die sonstigen Bestandteile sind: Sorbitol 1000 mg, Talcum, Saccharosestearat, Saccharin-Natrium 1 mg, Minzöl, Povidon 25, Carmellose-Natrium.

**Wie Dorithricin® - Halstabletten aussehen und Inhalt der Packung**

Weiße, runde Tablette mit der Markierung „Dorithricin®“ auf einer Seite.

Originalpackung mit 20 und 40 Lutschabletten.

**Pharmazeutischer Unternehmer und Hersteller**

(Zulassungsinhaber)

MEDICE Pharma GmbH & Co. KG

Kuhloweg 37

D-58638 Iserlohn

Telefon: ++49 (0) 2371 152790

Telefax: ++49 (0) 2371 937-329

(Hersteller)

MEDICE Arzneimittel

Pütter GmbH & Co. KG

Kuhloweg 37

D-58638 Iserlohn

Telefon: ++49 (0) 2371 937-0

Telefax: ++49 (0) 2371 937-329

(Vertrieb)

Sanova Pharma GmbH

Haidestraße 4

A-1110 Wien

Telefon: ++43 (0) 1 801 04-0

Telefax: ++43 (0) 1 804 29 04

Z.-Nr.: 1-23037

Diese Gebrauchsinformation wurde zuletzt genehmigt im 11/2008

Der Körper wehrt sich so gut er kann durch vermehrtes Heranführen von Abwehrstoffen mit dem Blutstrom. Das Gewebe in Mund und Rachen schwillt an, entzündet und rötet sich. Es bilden sich Beläge auf der Schleimhaut. Kommt es trotz richtiger Anwendung von Dorithricin® - Halstabletten zu hohem Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen, sollten Sie einen Arzt aufsuchen. Dorithricin® - Halstabletten sind zuckerfrei, damit zahn-schonend und für Diabetiker geeignet.

Wir wünschen Ihnen gute Besserung!  
Ihre Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG

22 852 000/01

Zieltext: Übersetzung des Beipackzettels für Dorithricin-Halstabletten ins Polnische.

Ulotka dla pacjenta

### **Dorithricin – tabletki do ssania (bez cukru)**

Substancje czynne: tyrotrycyna, chlorek benzalkoniowy, benzokaina

Należy przeczytać uważnie całą ulotkę, ponieważ zawiera ona ważne informacje dla pacjenta. Lek ten jest dostępny bez recepty, aby można było leczyć niektóre schorzenia bez pomocy lekarza. Aby jednak uzyskać dobry wynik leczenia, należy stosować tabletki Dorithricin ostrożnie i zgodnie z informacją w ulotce.

- Należy zachować tę ulotkę, aby można ją było przeczytać ponownie w razie potrzeby.
- Należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty, gdy potrzebna jest rada lub dodatkowa informacja.
- Jeśli objawy nasilają się lub nie ustępują po dwóch dniach stosowania produktu leczniczego, należy skontaktować się z lekarzem.
- Jeśli nasili się którykolwiek z działań niepożądanych lub wystąpią jakiegokolwiek działania niepożądane niewymienione w tej ulotce, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.

### **Spis treści:**

1. Co to jest lek Dorithricin i w jakim celu się go stosuje.
2. Informacje ważne przed zastosowaniem leku Dorithricin.
3. Jak stosować lek Dorithricin.
4. Możliwe działania niepożądane.
5. Jak przechowywać lek Dorithricin.
6. Inne informacje.

## **1. Co to jest lek Dorithricin i w jakim celu się go stosuje.**

Lek Dorithricin zawiera benzokainę działającą jako środek znieczulający powierzchniowo oraz tyrotrycynę i chlorek benzalkoniowy - substancje hamujące i zabijające zarazki. Ze względu na to połączenie substancji czynnych, lek jest wykorzystywany w leczeniu bólu gardła.

Kiedy stosuje się lek Dorithricin?

- podczas zapalenia gardła lub bólu gardła i przy problemach w przełykaniu
- podczas ostrego zapalenia gardła i krtani
- podczas zapalenia śluzówki jamy ustnej i dziąseł

W przypadku występowania silnego zapalenia gardła lub silnego bólu gardła w połączeniu z wysoką gorączką, bólem głowy, mdłościami lub wymiotami nie stosować dłużej niż dwa dni bez zaleceń lekarza.

## **2. Informacje ważne przed zastosowaniem leku Dorithricin.**

Leku Dorithricin nie należy stosować u pacjentów:

- z nadwrażliwością (alergią) na tyrotrycynę, chlorek benzalkoniowy, benzokainę lub inne substancje wchodzące w skład leku Dorithricin, szczególnie w przypadku alergii krzyżowej lub alergii na czterorzędowe sole amonowe oraz nietolerancji fruktozy
- z poważniejszymi zmianami w gardle i jamie ustnej

Należy zachować szczególną ostrożność stosując lek Dorithricin w następujących przypadkach:

W przypadku ropnego zapalenia migdałków z gorączką należy skonsultować się z lekarzem, czy oprócz koniecznych metod leczenia jak np. przyjmowanie antybiotyków, konieczne jest zastosowanie leku Dorithricin.

W przypadku silnego zapalenia gardła lub silnych bólów gardła w połączeniu z wysoką gorączką, bólem głowy, mdłościami lub wymiotami, należy zasięgnąć porady lekarza.

Osoby ze skłonnością do reakcji alergicznych na skórze (w postaci wysypki) powinni unikać stosowania leku Dorithricin, ponieważ istnieje ryzyko sensybilizacji.

Jeśli objawy nie ustępują lub stwierdzono brak efektywności leku, należy jak najszybciej skonsultować się z lekarzem.

Leku Dorithricin nie należy podawać niemowlętom i dzieciom, gdyż istnieje ryzyko nieprawidłowego sposobu stosowania (nieumiejętność ssania).

#### Informacja dla diabetyków:

Ilość sorbitolu (substytutu cukru), jaki zawiera jedna tabletkę Dorithricin odpowiada ok. 0,07 jednostkom chlebowym (BE). Lek Dorithricin może być stosowany przez diabetyków.

#### Stosowanie leku Dorithricin z innymi lekami:

Należy poinformować lekarza lub farmaceutę o wszystkich przyjmowanych ostatnio lekach, również tych, które wydawane są bez recepty.

W przypadku stosowania zgodnie z zaleconym dawkowaniem i wskazaniami, brak danych o interakcjach z innymi lekami.

#### Ciąża i karmienie piersią:

Przed zastosowaniem leku należy skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą.

Dotychczas nie stwierdzono negatywnych skutków działania leku Dorithricin na płodność. Podczas stosowania leku Dorithricin w trakcie ciąży lub karmienia piersią należy przyjmować lek Dorithricin zgodnie z zaleceniami.

#### Ważne informacje o niektórych składnikach leku:

Jeżeli stwierdzono wcześniej u pacjenta nietolerancję niektórych cukrów, pacjent powinien skontaktować się z lekarzem przed przyjęciem leku.

### **3. Jak stosować lek Dorithricin?**

Lek Dorithricin należy zawsze stosować zgodnie z zaleceniami lekarza. W przypadku wątpliwości należy ponownie skontaktować się z lekarzem lub farmaceutą. Jeżeli lekarz nie zaleci inaczej, zazwyczaj stosowana dawka to:

1 do 2 tabletek ssać w razie potrzeby kilka razy dziennie (co dwie, trzy godziny)

Po ustąpieniu objawów należy kontynuować stosowanie leku Dorithricin o jeden dzień dłużej. Aby lek Dorithricin działał prawidłowo, należy stosować lek Dorithricin zgodnie z zalecanym dawkowaniem i wskazaniami.

#### Zastosowanie większej niż zalecana dawki leku Dorithricin:

Nie stwierdzono zatrucia podczas stosowania leku Dorithricin zgodnie z zaleceniami.

W przypadku przyjęcia zbyt dużej dawki leku mogą wystąpić dolegliwości przewodu pokarmowego oraz podwyższony poziom methemoglobiny (zwłaszcza u dzieci). W przypadku podejrzenia znacznego przedawkowania – zwłaszcza u dzieci – należy jak najszybciej skontaktować się z lekarzem.

Jeżeli pacjent przyjął zbyt dużą dawkę leku, należy spożyć duże ilości wody i tabletki węgla oraz podjąć odpowiednie działania przeciwko tworzeniu się methemoglobiny, które są zalecane przez lekarza.

#### Pominięcie zażycia dawki leku Dorithricin:

Nie należy stosować dawki podwójnej w celu uzupełnienia pominiętej dawki.

W razie wątpliwości związanych ze stosowaniem leku należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty.

#### **4. Możliwe działania niepożądane.**

Jak każdy lek, Dorithricin może powodować działania niepożądane, chociaż nie u każdego one występują.

W rzadkich przypadkach może dojść do nadwrażliwości zwłaszcza na kwasy paminobenzoesowe (benzokaina).

Stosowanie tyrotrycyny na świeże rany może spowodować krwawienie.

W dużych dawkach sorbitol może spowodować zatwardzenie lub biegunkę.

Jeśli nasili się którykolwiek z objawów niepożądanych lub wystąpią jakiegokolwiek objawy niepożądane niewymienione w tej ulotce, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.

#### **5. Jak przechowywać lek Dorithricin.**

Chronić przed dostępem światła.

Przechowywać w temperaturze do 25° C.

Przechowywać w miejscu niedostępnym i niewidocznym dla dzieci.

Nie stosować leku Dorithricin po upływie terminu ważności podanego na opakowaniu zewnętrznym. Termin ważności oznacza ostatni dzień danego miesiąca.

## **6. Inne informacje.**

Co zawiera lek Dorithricin:

Substancjami czynnymi są : tyrotrycyna (jedna tabletkę zawiera 0,5 mg), chlorek benzalkoniowy (jedna tabletkę zawiera 1,0 mg), benzokaina (jedna tabletkę zawiera 1,5 mg).

Pozostałe składniki to: sorbitol (1000mg),talk, stearynian sacharozy, sacharynian sodu (1mg), olejek miętowy, powidon, karmeloza sodowa.

Jak wygląda lek Dorithricin i co zawiera opakowanie.

Wielkość opakowania: 20 lub 40 tabletek do ssania: białe, okrągłe tabletkę z oznakowaniem „Dorithricin®“.

### Podmiot odpowiedzialny:

MEDICE Pharma GmbH&Co.KG

Kuhloweg 37

D-58638 Iserlohn

Tel.: +49 (0) 2371 152790

Fax: +49 (0) 2371 937-329

Wytwórca:

MEDICE Arzneimittel

Pütter GmbH&Co. KG

Kuhloweg 37

D-58638 Iserlohn

Tel.: +49 (0) 2371 937-0

Fax: +49 (0) 2371 937-329

Dystrybutor:

Sanova Pharma GesmbH

Haidestraße 4

A- 1110 Wiedeń

Tel.: +43 (0) 1 801 04-0

Fax: +43 (0) 1 804 29 04

Z.-Nr.: 1-23037

Data zatwierdzenia ulotki: 11/2008

### **Droga Pacjentko! Drogi Pacjencie!**

W jamie ustnej człowieka żyje więcej różnego rodzaju bakterii i zarazków niż mieszkańców w metropolii Nowego Jorku. System immunologiczny dba, niczym jednostki policji, o to, aby wszystkie zarazki znajdujące się w naszej jamie ustnej i gardle pozostały w odpowiednich proporcjach. W ten sposób zapobiega powstawaniu chorób. Jednakże drobne skaleczenia, zarażenie się obcymi zarazkami lub osłabienie systemu immunologicznego mogą nagle zaburzyć tę równowagę. W takiej sytuacji pojedyncze zarazki zaczynają się rozmnażać i walczyć z organizmem człowieka.

Ponieważ jama ustna jest bardzo unerwiona, bardzo szybko jesteśmy w stanie odczuć nieprzyjemne skutki tej walki w postaci bólu i osłabienia. Organizm próbuje się bronić, produkując jak największą ilość przeciwciał we krwi. Tkanka w jamie ustnej i gardle jest opuchnięta, podrażniona i zaczerwieniona. Na śluzówce tworzą się osady. Jeśli mimo zaleconego przyjmowania leku Dorithricin objawy takie jak wysoka gorączka, bóle głowy, mdłości lub wymioty nie ustępują, należy skontaktować się z lekarzem. Lek Dorithricin nie zawiera cukru, dzięki czemu chroni zęby i może być stosowany również przez diabetyków.

Szybkiego powrotu do zdrowia życzy

Medice Arzneimittel Pütter GmbH&Co. KG

22 852 000/01

111822/10

Obwohl die Analyse der hier untersuchten Beipackzettel nicht repräsentativ ist, war es mein Anliegen, der LeserIn einen Eindruck dieser Problematik zu vermitteln.

Textsortenkonventionen spielen im Übersetzungsprozess jedes Textes eine bedeutende Rolle. Im Fall von Beipackzettel ist es jedoch noch wichtiger, die Textsortenkonventionen zu erkennen und zu beachten. Die Funktion des Beipackzettels liegt darin, Information über ein bestimmtes Medikament zu vermitteln. Damit die PatientIn ihre Aufmerksamkeit auf den Inhalt lenkt, ist es notwendig die Textsortenkonventionen für jeweilige Sprache zu beachten.

Aus dem angeführten Beispiel von Beipackzetteln im Deutschen und Polnischen geht hervor, dass die größten Unterschiede in der Anredeform der PatientIn bestehen. Es gibt auch eine Reihe von stilistischen und syntaktischen Unterschieden. All diese Unterschiede und Gemeinsamkeiten sollten einer ÜbersetzerIn vor dem Übersetzen eines Beipackzettels bekannt sein. Dies erleichtert nicht nur den Arbeitsprozess, sondern sichert auch die Erstellung eines Translats, das in der Zielkultur nicht als Übersetzung erkannt wird.

An dieser Stelle ist es aber auch zu beachten, dass Textsortenkonventionen nicht konstant bleiben. Da die Sprache sich laufend entwickelt und ändert, entstehen auch neue Textsortenkonventionen bzw. die Textsortenkonventionen werden modifiziert. Die Weiterbildung der ÜbersetzerIn sieht daher vor, dass man mit den neuen Entwicklungen in der Sprache vertraut ist.

Darüber hinaus spielt der globalisierte Markt in diesem Fall eine große Rolle. Viele Medikamente werden in mehrere Länder exportiert, was die Entstehung vieler Übersetzungen mit sich trägt. Es ist daher zu beachten, dass die translatorischen Entscheidungen der ÜbersetzerInnen neue Tendenzen in der Entwicklung der Textsortenkonventionen setzen können.

## **4. Kontrastive Analyse der Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und Deutschen**

Patienteninformationsbroschüren sind schriftliche Informationen, die an PatientInnen gerichtet sind. Sie können in verschiedenster Form vorhanden sein wie z.B. Handzettel, Entlassungsinstruktionen oder ausführliche Broschüren. In solchen edukativen Hilfsmitteln werden Ratschläge für möglicherweise auftretende Probleme enthalten. Es werden Symptome von Krankheiten und Nebenwirkungen von Medikamenten beschrieben, medizinische Tests erklärt, Instruktionen zur Selbstpflege und Anweisungen gegeben, wann eine ÄrztIn zu verständigen ist.

Schriftliches Informationsmaterial für PatientInnen lässt sich bei der Diagnosestellung, während des Behandlungsprozesses, bei der Entlassung vom Krankenhaus oder während der Nachsorge einsetzen (vgl. London 2003:123). Meistens sind schriftliche Informationsmaterialien in Wartezimmern der Ordinationen zur freien Entnahme erhältlich.

### ***4.1 Kommunikationssituation***

Patienteninformationsbroschüren kann man ähnlich wie Beipackzettel als Beispiel monologischer Kommunikationsform betrachten. In beiden Formen der Patienteninformationsmaterialien wird der Mitteilungsinhalt schriftlich übermittelt, Themen werden deskriptiv entfaltet und in Teilthemen gegliedert.

Zur näheren Bestimmung der Kommunikationssituation „Patienteninformationsbroschüren“ kann die Lasswell-Formel angewendet werden. Die Antworten auf die Frage: wer erstellt wann wo warum wie was für wen wozu und mit welchem Effekt? schildern genau die Kommunikationssituation.

Die TextproduzentIn in dieser Situation ist (wer?) meistens ein pharmazeutisches Unternehmen, Gesundheitsministerium bzw. eine Gesundheitsorganisation wie z.B. Weltgesundheitsorganisation, eine Selbsthilfegruppe, Ärztekammer oder eine nichtstaatliche Organisation, die sich mit der Aufklärung über bestimmte Gesundheitsthemen beschäftigt. Die Kommunikationssituation findet in der Vorbereitungsphase, bei der Diagnosestellung, während des Behandlungsprozesses, bei der Entlassung vom Krankenhaus oder während der

Nachsorge statt (wann?). Das Produkt wird in einem Unternehmen oder einer Organisation erstellt und in Wartezimmern der Ordinationen ausgelegt (wo?), weil die TextproduzentIn die PatientInnen über ein Medikament oder eine Krankheit informieren wollen bzw. schriftliche Informationsbroschüren im Rahmen einer Informationskampagne über eine bestimmte Krankheit oder zur Propagierung bestimmter Verhaltens- und Lebensweise vorgesehen sind (warum?). Schriftliches Informationsmaterial wird in einer für Laien möglichst verständlichen Sprache verfasst und in leserfreundlicher Gestaltung erstellt (wie?). Die RezipientInnen sind PatientInnen (für wen?). Die Broschüren haben als Ziel die PatientIn über Symptome von Krankheiten oder Nebenwirkungen von Medikamenten zu informieren. Sie erläutern medizinische Tests und enthalten Ratschläge für möglicherweise auftretende Probleme sowie propagieren eine bestimmte Verhaltens- und Lebensweise (wozu?). Die Kommunikationssituation „Patienteninformationsbroschüren“ ermöglicht Aufklärung der PatientInnen über bestimmte Krankheiten, gefährliche Situationen und Verhaltensweisen (mit welchem Effekt?).

#### ***4.2 Kommunikative Funktion der Patienteninformationsbroschüren***

Die allerwichtigste und bekannteste Funktion von Patienteninformationsbroschüren ist Informationsvermittlung. Schriftliches Informationsmaterial für PatientInnen gibt der RezipientInnen wichtige Informationen wie z.B. Symptome von Krankheiten oder Instruktionen zur Selbstpflege. Patienteninformationsbroschüren haben aber auch eine Appelfunktion, weil man durch solche Broschüren bestimmte Einstellung (Meinungsbeeinflussung) oder bestimmte Handlung (Verhaltensbeeinflussung) erzielen will.

Unter Meinungsbeeinflussung versteht man den Versuch eine bestimmte Einstellung gegenüber einem Medikament zu erreichen oder eine bestimmte Verhaltens- und Lebensweise zu propagieren. Die Verhaltensbeeinflussung besteht darin, welche Handlungsschritte- oder –möglichkeiten die RezipientIn vornehmen kann wie z.B. wann eine ÄrztIn zu verständigen ist oder wie man einer Krankheit vorbeugen kann.

Die Erstellung von Patienteninformationsbroschüren dient nicht nur der Informationsvermittlung, sondern ermöglicht auch fachkreis- und patientenbezogene sowie werbepsychologische Interessen zu vertreten.

Unter den fachkreis- und patientenbezogenen Interessen versteht man den Versuch die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn zu ergänzen.

Sehr oft wird schriftliches Informationsmaterial für PatientInnen als persuasive Werbung genutzt. Dies erfolgt, wenn die TextproduzentIn ein pharmazeutisches Unternehmen ist. Neben der Informationsvermittlung über eine bestimmte Krankheit versucht man ein bestimmtes Medikament als die Lösung von gesundheitlichen Problemen darzustellen. Dadurch werden werbepsychologische Interessen eines Pharmaunternehmens vertreten.

### ***4.3 Textsortenkonventionen für Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und im Deutschen***

Die Textsorte „Patienteninformationsbroschüre“ kommt sowohl im Polnischen als auch im Deutschen vor. Wie in jeder Textsorte gibt es auch im Fall der Patienteninformationsbroschüren bestimmte Textsortenkonventionen. Die Erkennung dieser Konventionen ist in einem Paralleltextvergleich möglich. Wie bereits erwähnt ist solcher Vergleich von großer Bedeutung, denn Textsortenkonventionen gelten als Erkennungssignale, als Auslöser von Erwartungshaltungen und als Steuerungssignale für das Textverstehen.

In diesem Kapitel wird der Versuch unternommen, die Textsortenkonventionen im Polnischen und Deutschen zu ermitteln. Es werden jeweils sieben Patienteninformationsbroschüren auf Polnisch und Deutsch verglichen, was einen Einblick in die Textsortenkonventionen in diesen Sprachen gibt. Darauffolgend werden Schlussfolgerungen gezogen, die für den Übersetzungsprozess relevant sind.

#### ***4.4 Textsortenkonventionen für Patienteninformationsbroschüren im Polnischen***

Patienteninformationsbroschüren im Polnischen sind von der Makrostruktur her ähnlich aufgebaut. In den meisten Broschüren wird das Frage-Antwort-Schema angewendet. In allen Broschüren beginnt man mit der Erklärung der Thematik wie z.B. wie eine bestimmte Krankheit verläuft. In Patienteninformationsbroschüren spielt die Makrostruktur eine wichtige Rolle, denn sie oft darüber entscheidet, ob eine PatientIn zu einer Broschüre greift.

Daher wird der Inhalt klar in Abschnitte aufgeteilt. Man nutzt auch Abbildungen, Tabellen und Auflistungen, um bessere Strukturierung und Übersichtlichkeit zu erzielen. Darüber hinaus werden Textabschnitte fett markiert, in Blockbuchstaben geschrieben oder mit Farbe hervorgehoben.

Wenn man die Mikrostruktur von Patienteninformationsbroschüren im Polnischen analysiert, merkt man den Versuch in verständlicher Sprache medizinische Inhalte zu vermitteln. Man verwendet eher parataktische Sätze, gleichzeitig aber wird natürliche Sprache angestrebt. Medizinische Fachbegriffe werden meistens erklärt oder womöglich durch leichter verständliche Begriffe ersetzt.

Die PatientIn wird zwar in einigen Broschüren persönlich angesprochen, dies gilt aber nicht als Textsortenkonvention in allen Broschüren dieser Art. In manchen Broschüren wird der Inhalt vermittelt, ohne PatientInnen persönlich anzusprechen oder es wird in der Wir-Form geschrieben, die der TextproduzentIn die Entscheidung zwischen Du- oder Sie-Anrede erspart. Im Fall der Patienteninformationsbroschüren bei denen die Zielgruppe genauer eingeschränkt ist z.B. Broschüre für Jugendliche mit Diabetes, verwendet man oft bestimmte Ausdrucksweise wie z.B. einige Wendungen oder Wortschatz charakteristisch für jugendliche Sprache.

#### ***4.5 Textsortenkonventionen für Patienteninformationsbroschüren im Deutschen***

Informationsbroschüren zu medizinischen Themen im Deutschen werden klar strukturiert und meistens in Unterkapitel und Absätze gegliedert. Bei Verfassung solcher Broschüren wird oft das Frage-Antwort-Schema angewendet. Titel und Unterkapitel werden klar hervorgehoben und sehr oft in einer anderen Farbe geschrieben. Informationen, die der LeserIn besonders auffallen sollen, werden auch hervorgehoben oder in einer anderen Schriftgröße und Farbe geschrieben. Informationen werden auch mithilfe der Abbildungen vermittelt.

Anstatt langer Aufzählungen in Sätzen werden übersichtliche Auflistungen verwendet z.B. welche Personen sich in der Risikogruppe befinden, welche Lebensmittel empfohlen sind etc., sowie hypotaktische Sätze vermieden. Außer Auflistungen werden Fachbegriffe näher erklärt bzw. durch einfachere Wendungen oder Begriffe ersetzt. In Patienteninformationsbroschüren wird komplizierte Syntax vermieden. Man findet verschiedene grammatikalische Konstruktionen. Im Gegensatz zu Beipackzetteln gibt es keine bevorzugte Syntax für Informationsbroschüren. Texte werden zwar in nicht zu langen Sätzen verfasst, aber natürliche Sprache wird angestrebt. Informationsbroschüren sind auf solche Art und Weise verfasst, dass jede PatientIn sie verstehen kann. Daher gelten alle Regeln, die Verständlichkeit der Texte fördern, auch bei Verfassung von Patienteninformationsmaterialien.

In einigen Broschüren im Deutschen findet man zu Beginn eine Art Vorwort bzw. Einleitung von der VerfasserIn der Broschüre. Manchmal wird diese Einleitung als Appell an PatientInnen genutzt, um bestimmte Verhaltens- oder Lebensweisen zu empfehlen. Was den persönlichen Bezug an die LeserIn betrifft, gibt es verschiedene Lösungen in unterschiedlichen Broschüren. In einigen Broschüren findet man persönliche Anrede. In manchen Broschüren kann auch Imperativ angewendet werden.

#### ***4.6 Unterschiede und Gemeinsamkeiten***

Beim Vergleich der Textsortenkonventionen für Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und im Deutschen wird es deutlich, dass diese Textsorte in beiden Sprachen viele Gemeinsamkeiten aufweist.

In den Broschüren auf Polnisch und Deutsch wird meistens das Frage-Antwort-Schema angewendet. Der Inhalt wird in Abschnitte aufgeteilt und mithilfe von Abbildungen, Auflistungen oder Tabellen vermittelt. Darüber hinaus nutzt man verschiedene Techniken, um Übersichtlichkeit zu fördern wie z.B. Hervorhebung des Textes durch Fettmarkierung. Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und Deutschen werden mit dem Ziel verfasst der PatientIn medizinische Inhalte zu erklären, daher wird natürliche und verständliche Sprache in den Broschüren angestrebt sowie medizinische Fachbegriffe werden erläutert oder durch leichter verständliche Begriffe ersetzt.

Patienteninformationsmaterialien werden sowohl im Deutschen als auch im Polnischen manchmal als Werbung eines Medikamentes oder einer Impfung genutzt. Eine bestimmte Krankheit wird erläutert und das Medikament als Mittel gegen diese Krankheit dargestellt.

Den deutlichsten Unterschied in den Textsortenkonventionen beider Sprachen merkt man in der Anrede an die PatientIn. In vielen Patienteninformationsbroschüren auf Deutsch findet man zu Beginn einen Appell oder ein Vorwort. Darüber hinaus wird in den Broschüren auf Deutsch öfter persönliche Anrede angewendet.

#### ***4.7 Schlussfolgerungen für den Übersetzungsprozess***

Ein Vergleich von Patienteninformationsbroschüren auf Deutsch und Polnisch gilt als Paralleltextvergleich und ist somit ein wichtiger Bestandteil jedes Übersetzungsprozesses. Solcher Vergleich gehört zur Vorbereitungsphase im Übersetzungsprozess und erleichtert die Erstellung einer zielgruppengerechten Übersetzung.

Analyse von Patienteninformationsbroschüren gibt der ÜbersetzerIn Einblick in die Struktur dieser Textsorte und kann im Fall der translatorischen Probleme sehr hilfreich sein. Bei solcher Analyse findet man Lösungen für translatorische Probleme wie z.B. ob man medizinische Fachbegriffe in Klammern erklärt oder durch leichter verständliche Begriffe ersetzt, wenn solche vorhanden sind. Bei der Analyse der Textsortenkonventionen merkt ÜbersetzerIn die Art und Weise, wie man bestimmte Inhalte in einer für Laien verständliche Sprache verfasst. Bei der Übersetzung von Patienteninformationsbroschüren ist es von großer Relevanz die Zielgruppe d.h. PatientInnen nicht vor den Augen zu verlieren.

Vergleich von Patienteninformationsbroschüren ist auch für ÜbersetzerIn eine Quelle an Informationen über die Gestaltung der Textsorte. Meistens gehört es zum Übersetzungsauftrag, dass die ÜbersetzerIn die Textgestaltung übernimmt bzw. imstande ist wichtige Hinweise über die Zielkultur zu geben, die für das Layout relevant sind. Wenn die ÜbersetzerIn die Patienteninformationsbroschüre druckfertig liefern soll, kann eine Analyse der Textsortenkonventionen die Aufgabe erleichtern. Dank der Analyse findet die ÜbersetzerIn schneller die Ideen zur übersichtlichen Textgestaltung.

#### ***4.8 Analyse einer Übersetzung von einer Patienteninformationsbroschüre aus dem Deutschen ins Polnische***

Im folgenden Kapitel wird anhand einer Übersetzung von einer Patienteninformationsbroschüre aus dem Deutschen ins Polnische gezeigt, wie man beim Übersetzen von Patienteninformationsmaterialien vorgehen soll und was während des Übersetzungsprozesses zu beachten ist. Für den Zweck dieser Arbeit wurde von der Verfasserin ein Ratgeber für PatientInnen mit Vorhofflimmern übersetzt.

Wie bereits erwähnt, sollte sich jede ÜbersetzerIn vor dem Übersetzen mit den Textsortenkonventionen in der jeweiligen Sprache vertraut machen. Auch im Fall der Patienteninformationsbroschüren erweist sich solcher Vergleich als sehr hilfreich.

Ein wichtiges übersetzungsrelevantes Problem stellt die Übersetzung von medizinischen Fachtermini dar. Im Fall der Patienteninformationsbroschüren kann sich Vergleich der Paralleltexte aus einem bestimmten Bereich z.B. über eine bestimmte Krankheit, als nützlich erweisen. Darüber hinaus können zur Lösung dieses translatorischen Problems medizinische Lexika zu Rate gezogen und Expertise des medizinischen Fachpersonals eingeholt werden. Im Fall der Übersetzung des Ratgebers „Bleib im Takt!“ wurden medizinische Fachausdrücke durch Erklärungen in Klammern ergänzt. Die gleiche Vorgehensweise kann auch ÜbersetzerIn für den Text in der Zielsprache übernehmen, da die Erklärungen in Klammern den Textsortenkonventionen im Polnischen entsprechen.

Der bereits erwähnte Ratgeber für PatientInnen mit Vorhofflimmern ist ein Beispiel einer Broschüre, die zwar klar strukturiert ist, aber in der kein Frage-Antwort-Schema angewendet wird. Der Inhalt ist aber klar und verständlich in Abschnitte aufgeteilt. Daher ist es für die ÜbersetzerIn nicht notwendig, die Makrostruktur des Textes zu ändern. Diese Makrostruktur stimmt mit den Textsortenkonventionen der polnischen Sprache überein.

Ein anderes translatorisches Problem kann im Fall von dieser Übersetzung auf der letzten Seite des Ratgebers vorkommen. Erst auf dieser Seite kommt nämlich die persönliche Anrede an die PatientIn vor. Die Anrede per Sie ist charakteristisch für deutsche Texte dieser Textsorte. In dieser Situation kann man aber im Polnischen die direkte Anrede „per Du“ verwenden. In den meisten Informationskampagnen zu medizinischen Themen sowie in der Anrede an die PatientIn in den Werbungen der Arzneimittel wird die PatientIn persönlich „per

Du“ angesprochen. Man kann daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass die Anrede „per Du“ in dieser Broschüre kein störender Verstoß gegen Textsortenkonventionen wäre.

Ausgangstext: Ratgeber für PatientInnen mit Vorhofflimmern auf Deutsch  
(Quelle: [http://www.vorhofflimmern.at/View\\_Document.aspx?IdDocument=6503q](http://www.vorhofflimmern.at/View_Document.aspx?IdDocument=6503q))

**Achten Sie auf Ihr Herz**

- Nehmen Sie Symptome, wie Herzklopfen und Brustschmerzen in jedem Fall ernst.
- Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wenn eines oder mehrere der beschriebenen Symptome auftreten.
- Pulskontrolle und EKG können darüber Aufschluss geben, ob Sie unter Vorhofflimmern leiden.
- Ihr Arzt wird Ihnen die für Sie richtige Therapie verordnen.

Weitere Informationen über Vorhofflimmern finden Sie im Internet unter: [www.vorhofflimmern.at](http://www.vorhofflimmern.at)

**Bleib im Takt!**

Ein Ratgeber für Patienten mit Vorhofflimmern

[www.vorhofflimmern.at](http://www.vorhofflimmern.at)

**sanofi aventis**  
Das Wichtigste ist die Gesundheit

**sanofi aventis**  
Das Wichtigste ist die Gesundheit

sanofi-aventis GmbH Österreich,  
Sudum Tower, Kund-Service-Strasse 10  
1220 Wien, Telefon: +43 (0)102010-0

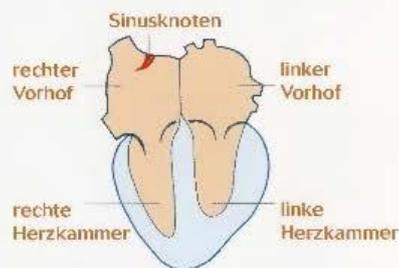
## Lebensmotor Herz

Mit rund 70 Schlägen pro Minute sorgt das Herz dafür, dass alle Organe und Körperteile vom Gehirn bis zur Zehenspitze ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden.

Die rechte Hälfte des Herzens, bestehend aus Vorhof und Kammer, nimmt das sauerstoffarme Blut aus dem Körper auf und pumpt es in die Lunge. Die linke Herzhälfte – ebenfalls mit Vorhof und Kammer – nimmt das sauerstoffreiche Blut aus der Lunge auf und pumpt es zurück in den Körper.

### Der Rhythmus des Herzens

Ein gesundes Herz schlägt rhythmisch. Der normale Herzschlag wird Sinusrhythmus genannt. Der Impuls für den Herzschlag entsteht im Sinusknoten (siehe Abb.) und wird über die Vorhöfe in die Herzkammern weitergeleitet. Dies führt zu einer Kontraktion des Herzmuskels. Der Puls ist gleichmäßig, ein EKG (Elektrokardiogramm) beim Arzt zeigt regelmäßige Zacken (siehe Abb. Gesunder Herzrhythmus).

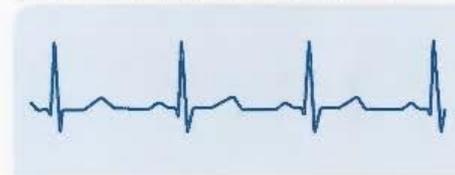


## Wenn das Herz aus dem Takt kommt

70 Schläge pro Minute, 4.200 Schläge pro Stunde, mehr als 100.000 Schläge pro Tag in Ruhe und noch viel mehr, wenn wir Bewegung machen und uns anstrengen. Und das über viele Jahre! – Nicht immer bleibt das Herz im Takt.

Jeder 4. Erwachsene über 40 Jahre hat im Laufe seines Lebens das Risiko, an Vorhofflimmern zu erkranken.<sup>1</sup> Dabei pumpen die Kammern zwar weiter regelmäßig Blut, die Vorhöfe geraten aber aus dem Rhythmus. Sie arbeiten regellos, unkoordiniert und dabei viel zu schnell (siehe Abb. EKG bei Vorhofflimmern).

### Gesunder Herzrhythmus (Sinusrhythmus)



### EKG bei Vorhofflimmern



<sup>1</sup>Lloyd-Jones et al. *Circulation* 2004; 110:1042-1046

## Die Symptome

Wenn das Herz sprichwörtlich „bis zum Hals schlägt“, könnte eine Herzrhythmusstörung die Ursache sein. Vorhofflimmern ist die häufigste Rhythmusstörung des Herzens. Die Symptome sind vielfältig:

- Schwindel
- Erschöpfung
- Herzklopfen
- Brustschmerzen
- Synkope („kurze Ohnmacht“)
- Atemnot

In rund einem Drittel der Fälle verläuft das Vorhofflimmern ohne Symptome. Auch wenn Vorhofflimmern oft unbemerkt auftritt, kann es doch langfristige Konsequenzen haben.

## Verlaufsformen

Es gibt drei Formen von Vorhofflimmern, die nach Auftreten und Verlauf der Episoden unterschieden werden:

- **Paroxysmales Vorhofflimmern:** Spontanes Übergehen in einen normalen Sinusrhythmus innerhalb von 7 Tagen.
- **Persistierendes Vorhofflimmern:** Kein Übergang in den Sinusrhythmus ohne ärztliches Eingreifen.
- **Permanentes Vorhofflimmern:** Dauervorhofflimmern, das auch bei wiederholten Versuchen, einen Sinusrhythmus herzustellen, erneut in Vorhofflimmern übergeht.

## Vorhofflimmern muss man ernst nehmen

Auch wenn Vorhofflimmern meist nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist, muss man es dennoch sehr ernst nehmen.

Vorhofflimmern kann Ursache für Angst und Depressionen sein und beeinträchtigt damit die Lebensqualität. Menschen mit Vorhofflimmern haben ein doppelt so hohes Risiko früher zu sterben<sup>2</sup>, ein 5-fach erhöhtes Risiko einen Schlaganfall zu erleiden<sup>3</sup> und ein 3-fach erhöhtes Risiko für eine Herzschwäche.<sup>4</sup> Es darf daher nicht unbehandelt bleiben.

Vorhofflimmern verstärkt andere bestehende Herzkrankheiten, Schlaganfälle fallen schlimmer aus. Das Wiederholungsrisiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle steigt.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Benjamin EJ et al. *Circulation*. 1998;99:946-952.  
<sup>3</sup> Wolf PA et al. *Stroke*. 1991;22:983-986.  
<sup>4</sup> Stewart S et al. *AM J Med*. 2002;113:359-364.

## Diagnose

Während einer Vorhofflimmerepisode ist die Diagnose einfach und unkompliziert.

Durch Prüfen des Pulses und Abhören des Herzschlages mit dem Stethoskop kann Ihr Arzt die Herzrhythmusstörung feststellen. Ein EKG wird die Diagnose bestätigen.

Die Herausforderung besteht darin, ein EKG zur Zeit der Vorhofflimmerepisode zu schreiben. Genau diesen Zeitpunkt zu finden, kann sich jedoch schwierig gestalten.

Bei Verdacht auf Vorhofflimmern können deshalb wiederholte EKG-Untersuchungen notwendig sein.

## Vorhofflimmern wirksam behandeln

Abhängig von der Form des Vorhofflimmerns, gibt es zwei Therapieziele:

- die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des normalen Rhythmus (Sinusrhythmus),
- die adäquate Frequenzkontrolle

Während des Vorhofflimmerns können Blutgerinnsel in den Vorhöfen entstehen. Diese können bei der Wiederherstellung des Sinusrhythmus in die Arterien gelangen und eventuell einen Schlaganfall auslösen. Um dieses Risiko zu reduzieren kommen Blutgerinnungshemmer zum Einsatz.

Die Therapie des Vorhofflimmerns sollte auch über einen längeren Einnahmezeitraum sicher und gut verträglich sein.



## **Nie wypadaj z rytmu!**

### **Poradnik dla pacjentów z migotaniem przedsionków**

#### **Serce to swoisty silnik organizmu**

Dzięki 70 biciom na minutę serce zapewnia wszystkim naszym organom i częściom ciała począwszy od mózgu a skończywszy na czubkach palców wystarczającą ilość tlenu i substancji odżywczych.

Prawa połowa serca jest zbudowana z przedsionka i komory. Przyjmuje ona ubogą w tlen krew z całego ciała a następnie pompuje ją do płuca. Lewa część serca również jest zbudowana z przedsionka i komory. Pobiera ona krew bogatą w tlen z płuca, a następnie pompuje ją do całego organizmu.

#### **Rytm serca**

Zdrowe serce bije rytmicznie. Normalny rytm bicia serca jest nazywany rytmem zatokowym. Impuls dla bicia serca powstaje w węźle zatokowo-predsionkowym (zob.fot.) i jest przekazywany przez przedsionki do komór serca. To prowadzi do skurczu mięśnia sercowego. Gdy puls jest równomierny to zapis EKG (elektrokardiogram) wykonany przez lekarza pokazuje regularne wykresy (zob.fot.zdrowy rytm bicia serca)

#### **Gdy serce wypada z rytmu:**

Serce wykonuje 70 bić na minutę, 4200 na godzinę i ponad 100000 bić w ciągu dnia bez wysiłku, a znacznie częściej bije w trakcie wysiłku fizycznego. I tak przez wiele lat! Jednakże nie zawsze serce bije jak należy.

Co czwarty dorosły człowiek po 40 roku życia jest zagrożony migotaniem przedsionków. Mimo migotania przedsionków komory w dalszym ciągu regularnie pompują krew, ale przedsionki wypadają z rytmu. Ich praca jest nieskoordynowana i zbyt szybka (zob.fot.EKG podczas migotania przedsionków)

Fot. zdrowy rytm bicia serca (rytm zatokowy)

Fot.EKG podczas migotania przedsionków

## **Symptomy**

Gdy serce w przysłowiowy sposób skacze nam aż do gardła to przyczyną tego może być zaburzenie rytmu bicia serca. Migotanie przedsionków jest najczęstszą przyczyną zaburzenia rytmu bicia serca.

Wyróżnia się następujące symptomy:

- zawroty głowy
- wyczerpanie
- przyspieszone bicie serca
- ból w klatce piersiowej
- synkopia (omdlenie)
- duszności

Około jedna trzecia przypadków migotania przedsionków przebiega bez symptomów. Nawet jeśli migotanie przedsionków pojawia się często w niezauważalny sposób, może ono mieć długotrwałe konsekwencje dla organizmu.

## **Rodzaje migotania przedsionków**

Ze względu na sposób występowania i przebieg migotania wyróżnia się 3 rodzaje migotania przedsionków:

- napadowe migotanie przedsionków – spontaniczne przejście do normalnego rytmu zatokowego w ciągu 7 dni
- przetrwale migotanie przedsionków – przejście do rytmu zatokowego tylko po ingerencji lekarza
- utrwalone migotanie przedsionków – trwałe migotanie przedsionków, które mimo wielokrotnych prób przywrócenia rytmu zatokowego przechodzi ponownie w migotanie.

## **Nie wolno lekceważyć migotania przedsionków**

Nawet jeśli migotanie przedsionków nie zagraża bezpośrednio życiu to należy potraktować tą dolegliwość bardzo poważnie.



**Dbaj o serce!**

- nie ignoruj takich symptomów jak przyspieszone bicie serca lub bóle w klatce piersiowej
- skontaktuj się z lekarzem jeśli występuje jeden lub więcej z wyżej wymienionych symptomów
- kontrola pulsu i EKG są w stanie wykazać występowanie migotania przedsionków
- Twój lekarz dobierze odpowiedni typ leczenia.

## **5. Berücksichtigung der Textsortenkonventionen für Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren im Übersetzungsprozess**

Obwohl die Analyse der hier untersuchten Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren nicht repräsentativ ist, gibt sie der LeserIn den Eindruck über die Problematik der Textsortenkonventionen und ihre Rolle im Übersetzungsprozess.

Wie bereits erwähnt dienen Textsortenkonventionen als Erkennungs- und Steuerungssignale für das Textverstehen. In jedem Übersetzungsprozess hat ÜbersetzerIn zu entscheiden, ob sie die Textsortenkonventionen einhalten oder gegen sie verstoßen wird. Wenn man die vorwiegend informative Funktion der Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren berücksichtigt, sollten die Textsortenkonventionen beim Übersetzen von Patienteninformationsmaterialien eingehalten werden. Die Textsortenkonventionen fördern nämlich die Kommunikation und die RezipientIn konzentriert sich auf die inhaltliche Ebene des Textes.

Vergleich der Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren im Polnischen und Deutschen zeigt, welche Vorteile ein Paralleltextvergleich bringt. Im Fall der Beipackzettel merkt die ÜbersetzerIn eine Reihe von Phrasen bzw. festen Wendungen, die in beiden Sprachen immer vorkommen. Darüber hinaus ist sich die ÜbersetzerIn der Unterschiede in der Struktur und Formulierung bewusst wie z.B. Sätze eher im Passiv geschrieben und keine persönliche Anrede im Polnischen. All diese Informationen erweisen sich als sehr hilfreich im Übersetzungsprozess. Wenn die ÜbersetzerIn die Textsortenkonventionen einhält, kann sie die immer vorkommenden Phrasen anwenden und damit den Übersetzungsprozess beschleunigen.

Vergleich der Patienteninformationsbroschüren gibt der ÜbersetzerIn einen Überblick über die Makrostruktur dieser Textsorte sowie Ausdrucksweise, die an Laien gerichtet ist. Im Fall der Beipackzettel kann die Zielgruppe auch ÄrztInnen einbeziehen. Bei Patienteninformationsbroschüren wird hingegen die Zielgruppe genau festgelegt und besteht im größeren Maße aus Laien.

Beim Vergleich der Textsortenkonventionen merkt die ÜbersetzerIn viele Gemeinsamkeiten in dieser Textsorte sowohl im Polnischen als auch im Deutschen. Der deutlichste Unterschied liegt in der Anrede an RezipientInnen.

In vielen deutschen Broschüren findet man ein Vorwort bzw. einen Appell an PatientInnen zu Beginn der Broschüre. Dieses Element des Textes gehört nicht zu den Textsortenkonventionen im Polnischen. Daher muss die ÜbersetzerIn die Entscheidung über die Anrede treffen bzw. mit der AuftraggeberIn die Tatsache besprechen, dass solches Element der Broschüre im Polnischen nicht vorkommt.

Die Berücksichtigung der Textsortenkonventionen beim Übersetzen von Beipackzetteln und Patienteninformationsbroschüren ist von großer Relevanz. Verstoß gegen Textsortenkonventionen kann zur Folge die Ablenkung der RezipientIn vom Inhalt des Textes haben. Darauffolgend wird das Ziel von Patienteninformationsmaterialien verfehlt.

## 6.Zusammenfassung

Veränderungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation widerspiegeln die Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur. Entwicklung der Informationsgesellschaft prägt auch die Arzt-Patienten-Beziehung. PatientInnen wollen ausreichend informiert werden und lehnen oft das paternalistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung ab. Steigende Mobilität der Bevölkerung führt andererseits zur wachsenden Zahl von fremdsprachigen PatientInnen. Diese Veränderungen können für ÄrztInnen eine Herausforderung darstellen. Daher ist transkulturelle Kompetenz eine Schlüsselqualifikation in medizinischen Berufen.

Im Zentrum der modernen Medizin stehen heute Begriffe wie „informed consent“ und „compliance“. Untersuchungen zeigen, dass fehlende Informationsvermittlung als Grund der niedrigen Compliance angegeben wird. Daraus kann man die Schlussfolgerung ziehen, dass bei ausreichend informierten PatientInnen Compliance deutlich steigt. Arzt-Patienten-Kommunikation findet jedoch nicht nur mündlich statt. Schriftliche Patienteninformationsmaterialien wie Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren sind feste Informationsmittel in der medizinischen Kommunikation und dienen als Ergänzungsmittel der Arzt-Patienten-Interaktion. Daher ist die entsprechende Verfassung sowie Übersetzung dieser Materialien von großer Bedeutung.

Dabei sind einige Aspekte zu beachten wie z.B. Zielgruppe, Fachsprachengebrauch und Textsortenkonventionen. Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen gilt als Paradebeispiel der Experten-Laien-Kommunikation in der Medizin. RezipientInnen von Patienteninformationsmaterialien sind vorwiegend Laien, daher sollte man beim Verfassen solcher Texte Fachbegriffe erklären bzw. durch leichter verständliche Begriffe ersetzen. Im Fall von Beipackzettel kann dies wegen der rechtlichen Interessen von Pharmaunternehmen nicht immer möglich sein. ÜbersetzerInnen sollen sich aber der Textsortenkonventionen für Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren in der jeweiligen Sprache bewusst sein, damit ein zielgruppen- und kulturgerechtes Translat entstehen kann.

Arzt-Patienten-Beziehung ist ein komplexes Handlungsfeld im Gesundheitswesen. Die Rolle von ÄrztInnen und PatientInnen hat sich im Laufe der Zeit wesentlich verändert.

Neben gesellschaftlichen Veränderungen hat auch die Entwicklung von Internet zu Veränderungen in der Arzt-Patienten-Beziehung beigetragen. ÄrztInnen gelten weiterhin als medizinische ExpertInnen. Sie verlieren aber allmählich die Position im paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis. PatientInnen wollen am medizinischen Fachwissen teilnehmen und bei der Wahl entsprechender Behandlungsmaßnahmen mitentscheiden können. Jede PatientIn hat Recht über ihren eigenen Körper zu entscheiden. Damit sie aber eine Entscheidung bezüglich ihrer Gesundheit treffen kann, braucht sie umfassende Informationen. Fremdsprachige PatientInnen können sich in solchem Fall wegen Sprachbarrieren überfordert fühlen. Einige WissenschaftlerInnen befürworten daher Erstellung von Patienteninformationsmaterialien in den Muttersprachen von MigrantInnen. Patienteninformationsbroschüren dienen dann nicht nur als Ergänzungsmittel der Arzt-Patienten-Kommunikation, sondern auch als Mittel zur Chancengleichheit.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Textsortenkonventionen für Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren in polnischer und deutscher Sprache zu erforschen sowie auf die Problematik des Übersetzens von medizinischen Inhalten für die Zielgruppe, die aus Laien besteht, hinzuweisen. Beide Textsorten wurden bisher in diesen zwei Sprachen nicht näher erforscht. Das Ziel der kontrastiven Analyse war es daher, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen und Textsortenkonventionen zu formulieren. Paralleltextvergleich der Beipackzettel und Patienteninformationsbroschüren auf Deutsch und Polnisch zeigte, dass diese Textsorten in beiden Sprachen in der Makrostruktur viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Die Unterschiede bestehen jedoch in der Mikrostruktur. Kenntnisse über Textsortenkonventionen bezüglich der Mikrostruktur erleichtern nicht nur die Abwicklung des Übersetzungsauftrags, sondern sind ein wichtiger Bestandteil des professionellen Übersetzungsprozesses. Die informative Funktion von Patienteninformationsmaterialien verpflichtet zur Beibehaltung der Textsortenkonventionen. Damit aber eine zielgruppengerechte Übersetzung entsteht, ist die Analyse dieser Konventionen notwendig.

## 7. Bibliographie

Anschütz, Felix. 2001. *Gesellschaftliches Emanzipationsstreben und Arzt-Patienten-Beziehung um die Jahrtausendwende*. In: Huth, Karl. 2001. *Arzt-Patient: Zur Geschichte und Bedeutung einer Beziehung*. Tübingen: Attempo Verlag Tübingen GmbH.

Beller, Fritz. 2000. *Informed Consent: Patientenaufklärung oder Patientenberatung?* In: Speculum. Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. 2000; 18 (1). Ausgabe für Österreich, 6-11.

Busch, Albert. 1994. *Laienkommunikation: Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Domenig, Dagmar. 2007<sup>2</sup>. *Transkulturelle Kompetenz*. Bern: Verlag Hans Huber.

Dressler/Wodak (Hg.). 1989. *Fachsprache und Kommunikation. Experten im sprachlichen Umgang mit Laien*. Wien: Österreichischer Bundesverlag Gesellschaft m.b.H.

DUDEN. *Das große Fremdwörterbuch. 4. Auflage*. 2007. Mannheim: Dudenverlag.

Dundas Todd, Alexandra/ Fisher, Sue. 1993. *The social organization of doctor-patient communication*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation Norwood.

Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hrsg.). 1990. *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Engelhardt v., Dietrich. 2001. *Das Bild des Arztes in medizinischer Sicht*. In: Huth, Karl. 2001. *Arzt-Patient: Zur Geschichte und Bedeutung einer Beziehung*. Tübingen: Attempo Verlag Tübingen GmbH.

Fiehler, Reinhard. 1990. *Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion*. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger. 1990. *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Forbriger, Anja. 2001. *Leben ist, wenn man trotzdem lacht*. München: Wilhelm Heyne Verlag.

- Franz, Karljosef/Hansen, Karl-Justus. 1997. *Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht*. München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- Gadamer, Hans-Georg. 1993. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Geisler, Linus. 1992. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. Frankfurt am Main: Pharma Verlag Frankfurt GmbH.
- Göpferich, Susanne. 1999. *Paralleltexte*. In: Snell-Hornby, Mary/ Hönig Hans G./ Kußmaul, Paul/ Schmitt, Peter A. (Hrsg.). 2006<sup>2</sup>. *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg Verlag Brigitte Narr GmbH.
- Göpferich, Susanne. 2006. *Text, Textsorte, Texttyp*. In: Snell-Hornby, Mary/ Hönig Hans G./ Kußmaul, Paul/ Schmitt, Peter A. (Hrsg.). 2006<sup>2</sup>. *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg Verlag Brigitte Narr GmbH.
- Gordon, Thomas/Sterling Edwards W. 1999. *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner*. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Hein, Norbert/ Lalouschek, Johanna/ Wodak, Ruth. 1984. *Projekt: Arzt-Patienten-Kommunikation. Zwischenbericht*. Wien: Institut für Sprachwissenschaft Universität Wien.
- Huth, Karl. 2001. *Arzt-Patient: Zur Geschichte und Bedeutung einer Beziehung*. Tübingen: Attempo Verlag Tübingen GmbH.
- Kindt, Walther. 1986. *Welchen Beitrag kann die Linguistik zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation leisten?* In: Löning, Petra/ Sager, Sven Frederik. 1986. *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger workshop*. Hamburg: Helmut Buske Verlag.
- Köhle, Karl/ Raspe, Hans-Heinrich. 1982. *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München;Wien;Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- König, Veronika. 2009. *Transkulturelle Kompetenz in der Medizin*. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.
- Lalouschek, Johanna. 1995. *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Lalouschek, Johanna/Nowak, Peter. 1989. *Insider – Outsider: Die Kommunikationsbarrieren der medizinischen Fachsprache*. In: Dressler/Wodak (Hg.). 1989. *Fachsprache und Kommunikation. Experten im sprachlichen Umgang mit Laien*. Wien: Österreichischer Bundesverlag Gesellschaft m.b.H.

Lippert, Herbert. 1979. *Sprachliche Mittel in der Kommunikation im Bereich der Medizin*. In: Mentrup, Wolfgang. 1979. *Fachsprachen und Gemeinsprache*. Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann.

London, Fran. 2003. *Informieren, Schulen, Beraten*. Bern: Verlag Hans Huber.

Löning, Petra/ Sager, Sven Frederik. 1986. *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger workshop*. Hamburg: Helmut Buske Verlag.

Lörcher, Helgard. 1983. *Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

Lüsebrink, Hans-Jürgen. 2008. *Interkulturelle Kommunikation*. Stuttgart: Verlag J.B.Metzler.

Łyba, Joanna. 2001. *Zur sprachlichen Gestaltung von Beipackzetteln*. In: Karl-Ernst Sommerfeldt/Herbert Schreiber (Hrsg.). 2001: *Textsorten des Alltags und ihre typischen sprachlichen Mittel*. Frankfurt am Main: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Maaß, Eberhard. 1982. *Anmerkungen zur Geschichte der klinischen Visite*. In: Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich. 1982. *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München;Wien;Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Michtner, Wolfgang/Schuster, Kristina/Wrbka, Heinrich (Hrsg.). 1996. *Arzneimittelgesetz*. Wien: Österreichische Staatsdruckerei.

Nestel-Eichhausen, Brigitte. 2009. *Das medizinische 'Informationsdilemma': Medizin in Fernsehen und Internet – Wirkung der Gesundheitsberichterstattung auf den Patienten und Vorinformation als Gratwanderung zwischen Informationsvorsprung für den Patienten und Belastung der Arzt-Patienten Kommunikation*. (Diplomarbeit). Wien: Universität Wien.

Nowak, Peter/Wimmer-Puchinger, Beate. 1990. *Die Umsetzung linguistischer Analyseergebnisse in ein Kommunikationstraining mit Ärzten – Ein Modellversuch*. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger. 1990. *Medizinische*

*und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen.* Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Ots, Thomas. 1994. *Arzt-Patienten-Kommunikation und Krankheitsbegriff – Transkulturelle Erfahrungen.* In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid. 1994. *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse.* Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Paseka, Susanne. 1995. *Patienteninformation. Eine kommunikationswissenschaftliche Analyse von Patienteninformation am Beispiel von Diabetes und Klimakterium.* Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

Quasthoff, Uta M. 1990. *Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von „Alltag“ und „Institution“ am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen.* In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger. 1990. *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen.* Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Redder, Angelika/ Wiese, Ingrid (Hrsg.). 1994. *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse.* Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Rehbein, Jochen. 1985. *Interkulturelle Kommunikation.* Tübingen: Narr.

Riedel, Sabine. 2001. *Auch für sie muss alles verstanden sein. Grenz(en)überschreitende Arzt-Patient-Kommunikation: Fallstudien zur interkulturellen Kommunikation Deutschland-Dänemark.* Flensburg: Universität Flensburg.

Rosumek, Silke. 1990. *Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation.* In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger. 1990. *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen.* Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Schuldt, Janina. 1992. *Den Patienten informieren. Beipackzettel von Medikamenten.* Tübingen: Narr.

Siegrist, Johannes. 1982. *Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten.* In: Köhle, Karl/ Raspe, Hans-Heinrich. 1982. *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen.* München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Snell-Hornby, Mary/ Hönig Hans G./ Kußmaul, Paul/ Schmitt, Peter A. (Hrsg.). 2006<sup>2</sup>. *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg Verlag Brigitte Narr GmbH.

Spranz-Fogasy, Thomas. 1990. *Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis*. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger. 1990. *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Stolze, Radegundis. 2009. *Fachübersetzen – ein Lehrbuch für Theorie und Praxis*. Berlin: Frank& Timme.

Trubel, Erna-Maria. 2004. *Tabu und Euphemismus in der Arzt-Patient-Kommunikation im interkulturellen Vergleich zwischen Österreich und Ungarn*. Wien: Universität Wien.

Varnholt Mandy Rhoda, Renate. 2008. *Mündige Kommunikation. Zur Soziologie des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient*. Ulm: RV-Verlag Ulm.

Wahrig. *Deutsches Wörterbuch. 7. Auflage*. 2006. München: Wissen Media Verlag GmbH.

Willinger, Helga. 1996. *Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Ylönen, Sabine. 2001. *Entwicklung von Textsortenkonventionen: am Beispiel von Originalarbeiten der Deutschen Medizinischen Wochenschrift*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Zimmermann, Emil. 2000. *Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin: ausländische Patienten besser versorgen*. Bern: Verlag Hans Huber.

### **Internetquellen:**

Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. 2005.

Dieterich, Anja. 2007. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/56904> [eingesehen am 20.01.2012]

Internet-Quelle\_1: <http://www.tel-med.pl/pl/article/3/artykuly-medyczne/4/pacjenci-i-lekarze--czy-potrafia-ze-soba-rozmawiac> [eingesehen am 25.10.2011]

Risukhina, Olga. 2011. <http://www.grin.com/de/e-book/180259/experten-laien-dialog#inside> [eingesehen am 15.12.2011]

Schweizerisches Rotes Kreuz-Website: <http://www.transkulturelle-kompetenz.ch/index2.php?m=7&tc=18> [eingesehen am 09.03.2012]

Wikipedia-Website: <http://de.wikipedia.org/wiki/Packungsbeilage> [eingesehen am 06.03.2011]

### **Patienteninformationsbroschüren auf Polnisch:**

grypa : [http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/Grypa\\_2009\\_01.pdf](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/Grypa_2009_01.pdf)

cukrzyca u młodzieży :

[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:H7WZJsBK\\_4UJ:ww.edu-cukrzyca.pl/documents/Cukrzyca\\_i\\_jedzenie-Jak\\_wyliczyc\\_posilek-Mlodziez.pdf+edu+cukrzyca+Cukrzyca+i+jedzenie.+Ile+poda%C4%87+insuliny%3F+Matma+czasem+jednak+si%C4%99+przydaje%E2%80%A6+Cukrzyca&hl=pl&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESiBFYoeDI-ZF-ZbcLnbEpOo0-pApmMsj0PdfjBoaAvC7laEmORLguSjojM73RSePssq8Cw97Je9VMd-5mMBkb0vMnMZtK-GvkVEgu8VnQ6FthUJM1xvu06FF-Bku3A9HOdR6hKA&sig=AHIEtbTMKNH14cjLNxdNXCyZxYcsqZG\\_LA](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:H7WZJsBK_4UJ:ww.edu-cukrzyca.pl/documents/Cukrzyca_i_jedzenie-Jak_wyliczyc_posilek-Mlodziez.pdf+edu+cukrzyca+Cukrzyca+i+jedzenie.+Ile+poda%C4%87+insuliny%3F+Matma+czasem+jednak+si%C4%99+przydaje%E2%80%A6+Cukrzyca&hl=pl&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESiBFYoeDI-ZF-ZbcLnbEpOo0-pApmMsj0PdfjBoaAvC7laEmORLguSjojM73RSePssq8Cw97Je9VMd-5mMBkb0vMnMZtK-GvkVEgu8VnQ6FthUJM1xvu06FF-Bku3A9HOdR6hKA&sig=AHIEtbTMKNH14cjLNxdNXCyZxYcsqZG_LA)

co kobieta w ciąży powinna wiedzieć o wirusie grypy A/H1N1:

[http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/zaklady/grypa/A\\_H1N1/dokumenty/kobietty\\_w\\_ciazy.pdf](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/zaklady/grypa/A_H1N1/dokumenty/kobietty_w_ciazy.pdf)

# 8.Anhänge:

## Anhang 1: Beipackzettel auf Deutsch - Paspertin 4mg/ml - Tropfen

**GEBRAUCHSINFORMATION: INFORMATION FÜR DEN ANWENDER**

**PASPERTIN 4 mg/ml - Tropfen**  
Wirkstoff: Metoclopramidhydrochlorid

**Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Sie mit der Einnahme dieses Arzneimittels beginnen.**

- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker.
- Dieses Arzneimittel wurde Ihnen persönlich verschrieben. Geben Sie es nicht an Dritte weiter. Es kann anderen Menschen schaden, auch wenn diese die gleichen Beschwerden haben wie Sie.
- Wenn eine der angeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation angegeben sind, informieren Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker.

**Diese Packungsbeilage beinhaltet:**

1. Was ist Paspertin und wofür wird es angewendet?
2. Was müssen Sie vor der Einnahme von Paspertin beachten?
3. Wie ist Paspertin einzunehmen?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist Paspertin aufzubewahren?
6. Weitere Informationen

**1. WAS IST PASPERTIN UND WOFÜR WIRD ES ANGEWENDET?**  
Metoclopramidhydrochlorid beeinflusst die Bewegungsabläufe des Magens und des Dickdarms. Es beschleunigt die Entleerung des Magens und den Weitertransport des Darminhaltes. Außerdem wirkt es gegen Übelkeit und Erbrechen.

**Paspertin wird angewendet:**

- Bei Störungen der Bewegungsabläufe des Magen-Darm-Traktes wie z.B. Entzündung der Speiseröhre durch Rückfluss von saurem Mageninhalt (Refluxösophagitis), Magenentzündung (Gastritis), nervösem Reizmagern, bestimmten Entleerungsstörungen des Magens (funktioneller Pylorusstenose), Migräne, funktioneller Störung der Gallenwege (Gallenwegs dyskinesie).
- Bei Übelkeit und Erbrechen

**2. WAS MÜSSEN SIE VOR DER EINNAHME VON PASPERTIN BEACHTEN?**

**Paspertin darf nicht eingenommen werden,**

- wenn Sie überempfindlich (allergisch) gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von Paspertin sind,
- bei Blutungen im Magen-Darmbereich, Magendurchbruch, Darmverschluss, Darmentzündung,
- Geschwulst des Nebennierenmarks (Pheochromozytom),
- Fallsucht (Epilepsie),
- bei Störungen des natürlichen Bewegungsablaufes (extrapyramidale Störungen),
- bestimmten hormonabhängigen (prolaktinabhängigen) Tumoren (z.B. Geschwulst der weiblichen Brust oder der Hypophyse),
- Schilddrüsenüberfunktion (Schwangerschaft),
- bei Säuglingen und Kleinkindern bis zu 2 Jahren (siehe Abschnitt Besondere Vorsicht bei der Einnahme von Paspertin ist erforderlich).

**Besondere Vorsicht bei der Einnahme von Paspertin ist erforderlich,**

wenn die Anregung der Magen-Darm-Bewegung nicht erwünscht ist, wie z.B. bei Blutungen im Magen-Darmbereich.

Bei eingeschränkter Leber- und Nierenfunktion wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt, er wird Ihnen möglicherweise weniger verschreiben. Bei Patienten mit schwer eingeschränkter Nierenfunktion, bei denen die Ausscheidung von Metoclopramid eingeschränkt ist, ist besonders auf Nebenwirkungen zu achten und bei deren Auftreten das Arzneimittel sofort abzusetzen.

Beim Auftreten von Fieber, Muskelsteife, Bewusstseins- und Blutdruckveränderungen, welche Zeichen für ein malignes neuroleptisches Syndrom sind, ist sofort eine ärztliche Behandlung notwendig. Bei Kindern und Patienten unter 50 Jahren und nach einer längeren Behandlungsdauer besteht ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von unerwünschten krampfartigen Bewegungen, besonders im Kopf-, Hals- und Schulterbereich (dyskinesisches Syndrom). Bei älteren Patienten wurde eher Schüttelfröhen (Parkinsonismus) beobachtet. Sollte dies auftreten, melden Sie es sofort Ihrem Arzt.

**Bei Einnahme von Paspertin mit anderen Arzneimitteln**

Bitte informieren Sie Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen bzw. vor kurzem eingenommen haben, auch wenn es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt.

Anticholinergika (krampflösende Mittel wie z.B. Atropin) schwächen die Wirkung von Metoclopramid ab. Ebenso ist eine gegenseitige Wirkungsschwächung mit Opioide (starke Schmerzmittel), Sympathomimetika (Mittel zur Behandlung eines niedrigen Blutdruckes), trypsinischer Antidepressiva und MAO-Hemmern (Mittel bei Depression) möglich.

Die Wirkung von beruhigenden Medikamenten kann durch Metoclopramid verstärkt werden.

Die gleichzeitige Verabreichung von Metoclopramidhydrochlorid und Neuroleptika (Psychopharmaka) ist zu vermeiden, da es verstärkt zu Krampferscheinungen im Kopf-, Hals- und Schulterbereich (extrapyramidale Störungen) kommen kann. Dasselbe kann bei Kombination von Metoclopramid mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Antidepressiva) auftreten, bis hin zu einem sogenannten Serotonin-Syndrom (Durchfall, erhöhte Körpertemperatur, Schwitzen, Erregungs- und Verwirrheitszustände, Zittern, Reflexsteigerung, Muskelzucken und Bewegungsstörungen).

Auch andere Arzneimittel, die eine hemmende Wirkung auf das Enzym Cytochrom P450 Isoenzym 2D6 haben, können mit Metoclopramid in

Wechselwirkung treten und zu verstärktem Auftreten von Krampferscheinungen im Kopf-, Hals- und Schulterbereich (extrapyramidale Symptome) führen.

Die Wirkung von anderen Arzneimitteln kann beeinflusst werden: Verminderung bei Digoxin (Herzmittel) und H<sub>2</sub>-Blockern (Mittel bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür). Intravenös verabreichtes Metoclopramid kann die erwünschte Wirkung von Dopamin vermeiden.

Der Wirkungseintritt von Levodopa (Mittel bei Parkinson-Krankheit), Paracetamol (schmerzstillendes Mittel), verschiedenen Antibiotika (Mittel gegen Infektionen), Lithium und Alkohol kann beschleunigt werden.

Die Wirkung von Arzneimitteln, die eine vorübergehende Entspannung der Skelettmuskulatur bewirken (Muskelrelaxantien z. B. Succinylcholin), kann durch Metoclopramid verlängert werden.

Die Wirksamkeit oraler Verhütungsmittel kann bei gleichzeitiger Gabe mit Metoclopramidhydrochlorid vermindert sein. Zusätzliche empfängnisverhütende Maßnahmen werden empfohlen!

**Schwangerschaft und Stillzeit**

Fragen Sie vor der Einnahme von allen Arzneimitteln Ihren Arzt oder Apotheker um Rat.

Über die Anwendung von Paspertin während der Schwangerschaft liegen nur begrenzte Erfahrungen vor, daher wird Paspertin während der Schwangerschaft nicht empfohlen.

Vor der Einnahme von Paspertin sollte abgeklärt werden.

**Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen**

Vorsicht, die Konzentrationsfähigkeit und Verkehrstüchtigkeit können verringert werden. Dies gilt besonders im Zusammenwirken mit beruhigend wirkenden Medikamenten oder Alkohol.

**Wichtige Informationen über bestimmte sonstige Bestandteile von Paspertin**

Die in Paspertin-Tropfen enthaltenen Konservierungsmittel Methyl-4-

hydroxybenzoat und Propyl-4-hydroxybenzoat können allergische Reaktionen, möglicherweise auch erst mit einer gewissen Verzögerung, hervorrufen.

**3. WIE IST PASPERTIN EINZUNEHMEN?**

Nehmen Sie Paspertin immer genau nach Anweisung des Arztes ein. Bitte fragen Sie bei Ihrem Arzt oder Apotheker nach, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

**Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre:**  
3 mal täglich 15 – 30 Tropfen (entsprechend 3 mal täglich 5-10 mg Metoclopramidhydrochlorid).

**Kinder über 2 Jahren und Jugendliche unter 14 Jahren:**  
Die Dosierung richtet sich nach dem Körpergewicht des Kindes und beträgt 0,1 mg Metoclopramidhydrochlorid/kg Körpergewicht als Einzeldosis, die maximale Tagesdosis beträgt 0,5 mg Metoclopramidhydrochlorid/kg Körpergewicht.

**RICHTDOSIS:** ca. Anzahl Tropfen je nach Körpergewicht des Kindes als Einzeldosis (3-5 mal täglich).

Körpergewicht	Einzeldosis	max. Tagesdosis
20 kg	2 mg entsprechend 6 Tropfen	10 mg
30 kg	3 mg entsprechend 9 Tropfen	15 mg
50 kg	5 mg entsprechend 15 Tropfen	25 mg

Paspertin – Tropfen dürfen bei Kindern unter 2 Jahren nicht angewendet werden.

**Patienten mit Nierenfunktionsstörungen:**

Bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung ist die Dosis entsprechend der Kreatinin Clearance anzupassen. (Die folgenden Angaben gelten für Erwachsene. Für Kinder liegen bisher keine entsprechenden Untersuchungsergebnisse vor.)

Kreatinin Clearance	Dosierung
< 10 ml/min	1 x täglich 10 mg entsprechend 30 Tropfen
11-60 ml/min	1 x täglich 10 mg entsprechend 30 Tropfen und 1 x täglich 5 mg entsprechend 15 Tropfen

Verschiedene Störungen des normalen Bewegungsablaufes wurden berichtet. Selten wurden, vorwiegend bei Kindern, Krämpfe im Gesicht-, Hals- und Schulterbereich und Blickkrämpfe (dykinesisches Syndrom) beobachtet. Dieses kann einige Stunden oder Tage nach Beginn der Behandlung auftreten und bildet sich nach dem Ende der Behandlung zurück.

Sehr selten: Verkrampfung kann es nach Langzeittherapie bei älteren Patienten zu Schüttelfrost (Parkinson-Syndrom) oder ähnlichen Bewegungsstörungen kommen.

Verkrampfung: Fieber, gesteigerte Muskelreflexe, Muskelstarrheit, Bewusstseins- und Blutdruckveränderungen, erniedrigte Laborwerte (Vorhinterkammerwerte), Störungen des unbewussten Nervensystems (Veränderungen in Herzschlag, Atmung, Blutdruck, Verdauung und Stoffwechsel) (= malignes neuroleptisches Syndrom) beschrieben. In diesem Fall muss Metoprolol sofort abgesetzt werden und das Syndrom muss umgehend behandelt werden.

Herzkrankungen:  
Nach Verabreichung in ein Blutgefäß können Herzrhythmusstörungen mit Verlangsamung (Bradykardie) oder Beschleunigung (Tachykardie) des Herzschlages auftreten.

Sehr selten: Störung des Reizeitungsmechanismus des Herzens nach Verabreichung in ein Blutgefäß, Blutdruckabfall nach Verabreichung in ein Blutgefäß.

Erkrankungen des Magen-Darmtraktes:  
Unter der Anwendung von Metoprololhydrochlorid kann Durchfall auftreten (Häufigkeit unbekannt).

In vereinzelten Fällen, besonders bei hochdosiertem Metoprolol, kann es zu Mundtrockenheit (Xerostomie) kommen.

Erkrankungen der Haut und des Unterhautbindegewebes:  
Sehr selten kommt es zum Auftreten von Hautausschlägen (Exanthem).

**5. WIE IST PASPERTIN AUFZUBEWAHREN?**  
Nicht über 25 °C lagern. In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen.

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.  
Sie dürfen das Arzneimittel nach dem auf dem Flascheneck und dem Überkarton nach „Verwendbar bis“ angegebenen Verfallsdatum nicht mehr anwenden. Das Verfallsdatum bezieht sich auf den letzten Tag des Monats. Nach einmaligen Öffnen der Flasche sind die Tropfen 6 Monate lang verwendbar.

Das Arzneimittel darf nicht im Abwasser oder Haushaltsabfall entsorgt werden. Fragen Sie Ihren Apotheker wie das Arzneimittel zu entsorgen ist, wenn Sie es nicht mehr benötigen. Diese Maßnahme hilft die Umwelt zu schützen.

**6. WEITERE INFORMATIONEN**  
**Was Paspertin enthält**  
Wirkstoff: 1 ml (= 12 Tropfen) enthält 4 mg Metoprololhydrochlorid (als Monohydrat).  
Sonstige Bestandteile: 1,6 mg Methyl-4-hydroxybenzoat und 0,2 mg Propyl-4-hydroxybenzoat als Konservierungsmittel und 1 mg Saccharin-Natrium in wässriger Lösung.

**Wie Paspertin aussieht und Inhalt der Packung**  
Farblöse, klare Lösung zum Einnehmen in Braunglasflasche zu 30 ml und 100 ml.

**Pharmazeutischer Unternehmer und Hersteller**  
Zulassungsinhaber:  
Abbott Products GmbH, Dresdner Straße 91, 1200 Wien  
Hersteller:  
Abbott Healthcare S.A., 08029 Barcelona, Spanien  
Zulassungsnummer: 14.204  
**Diese Gebrauchsinformation wurde zuletzt genehmigt im August 2010**

**Die folgenden Informationen sind nur für Ärzte bzw. medizinisches Fachpersonal bestimmt:**  
**Systeme einer Überdosierung**  
Schwäche, Verwirrtheit, Reizbarkeit, Übelkeit bzw. Unruhe, Schläfrigkeit, Hyperhidrose, Erythem, Krämpfe, extrapyramidalmotorische Störungen, Störungen der Herz-Kreislauf-Funktion mit Bradykardie und Blutdruckabfall bzw. -abfall. Verkrampfung wurde über das Auftreten einer Methämoglobinämie berichtet.  
**Therapieempfehlungen bei Überdosierung**  
Normalerweise verschwinden die Symptome nach Absetzen des Präparates innerhalb von 24 Stunden. Magenspülung, medizinische Kohle, Natriumsulfat und eine engmaschige Überwachung der Vitalfunktionen bis zum Abklingen der Symptome werden empfohlen.  
**Antidot:** Extrapyramidale Symptome klingen nach langsame i. v. Gabe von Dipiperiden ab.  
**Therapie beim Auftreten eines malignen neuroleptischen Syndroms**  
Hydratation, Kühlung, Carbapenem und Bromocriptin

Paspertin - Tropfen darf bei Kindern unter 2 Jahren nicht angewendet werden.

**Patienten mit Leberfunktionsstörungen:**  
Bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung und Bauchwassersucht sollte die übliche Dosierung halbiert werden.

**Art der Anwendung:**  
Paspertin - Tropfen sind 30 Minuten vor den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen.

**Behandlungsdauer:**  
Je nach Krankheit einige Tage bis zu 3 Monate, wenn erforderlich in Einzelfällen bis zu 6 Monate.  
Bei erforderlicher längerer Anwendungsdauer besteht ein erhöhtes Risiko für das Auftreten krampfartiger Bewegungsstörungen (siehe auch Abschnitt 2 Vorsichtsmaßnahmen bzw. Abschnitt 4 Nebenwirkungen).

**Wenn Sie eine größere Menge von Paspertin eingenommen haben, als Sie sollten**  
Informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt. Er wird eine angemessene Therapie einleiten.

**Wenn Sie die Einnahme von Paspertin vergessen haben**  
Nehmen Sie nicht die doppelte Dosis ein, wenn Sie die vorherige Einnahme vergessen haben. Setzen Sie die Behandlung stattdessen zum nächsten gewohnten Zeitpunkt fort. Bei längerer Unterbrechung der Behandlung informieren Sie bitte Ihren Arzt.

**Wenn Sie die Einnahme von Paspertin abbrechen**  
Wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung des Arzneimittels haben, fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.  
Ist eine Unterbrechung oder vorzeitige Beendigung aus ärztlicher Sicht angezeigt, so müssen Sie keine speziellen Maßnahmen beachten.

**4. WELCHE NEBENWIRKUNGEN SIND MÖGLICH?**  
Wie alle Arzneimittel kann Paspertin Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen. Informieren Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker, wenn eine der angeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation angegeben sind.  
Bei der Bewertung von Nebenwirkungen werden folgende Häufigkeitsangaben zugrunde gelegt:

Sehr häufig:	mehr als 1 von 10 Behandelten
Häufig:	weniger als 1 von 10, aber mehr als 1 von 100 Behandelten
Geläufig:	weniger als 1 von 100, aber mehr als 1 von 1.000 Behandelten
Selten:	weniger als 1 von 1.000, aber mehr als 1 von 10.000 Behandelten
Sehr selten:	weniger als 1 von 10.000 Behandelten, einschließlich Einzelfälle

Über folgende Nebenwirkungen wurde berichtet:  
**Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems:**  
Sehr selten: Veränderung des roten Blutfarbstoffs (Vermehrung von Methämoglobin im Blut)

**Erkrankungen des Immunsystems:**  
Sehr selten: Überempfindlichkeitsreaktionen

**Endokrine Erkrankungen:**  
Selten, nach längerer Anwendungsdauer: Brustdrüsenvergrößerung, spontane milchige Absonderung aus der Brustdrüse oder Störungen der Regelbildung infolge des Anstieges der Prolaktin Spiegel. In diesen Fällen ist das Präparat abzusetzen.

**Psychische Erkrankungen:**  
Sehr selten wurden Depressionen beobachtet.

**Erkrankungen des Nervensystems:**  
Häufig: Müdigkeit, Kopfschmerzen  
Selten: Schwindel, Angst, aber auch Unruhe







## Anhang 5: Beipackzettel auf Deutsch - Coldistop Nasenöl

**GEBRAUCHSINFORMATION**  
**COLDISTOP Nasenöl**

Z.Nr.: 14.936

**ZULASSUNGSHABER:** SIGMAPHARM Arzneimittel GmbH & Co KG,  
Leysstraße 125, 1201 Wien

**HERSTELLER:** Mikrochem-pharm-Produkte GmbH, 1200 Wien

**ZUSAMMENSETZUNG:**  
10 ml enthaltend:  
Vitamin A-Palmitat 82,5 mg (100.000 I.E.)  
Vitamin E (alpha-Tocopherolacetat) 200 mg  
Isopropyl-Äthanol, Orangeölmandel  
1 Tropfen (= 0,03 ml) (enthalt 450 I.E. Vitamin A-Palmitat)

**EIGENSCHAFTEN UND WIRKSAMKEIT:**  
COLDISTOP Nasenöl trägt zur Linderung von Beschwerden bei chronisch geschädigter Schleimhaut bei. Die Durchblutung der Schleimhaut wird angeregt. Vitamin A stellt bei der Neubildung von Schleimhäuten und bei der Schleimhautproduktion Vitamin A bereit. Vitamin E wirkt als Antioxidans und schützt die Zellmembranen vor oxidativen Schäden. Durch die Zugabe von ätherischen Ölen wird eine medikamentöse Wirkung erreicht.

**ANWENDUNGSGEBIETE:**  
COLDISTOP Nasenöl dient zur Erleichterung der Behandlung von akuten und chronischen Schnupfen, insbesondere toxische Formen und von Schleimhäuten, die mit einer Schädigung der Schleimhäute einhergehen. COLDISTOP Nasenöl ist für die Behandlung von chronischer Anwendung von nasigen Nasentropfen, die schleimhautschonend (z.B. durch Zugabe von Vitaminen) sind.  
Zum Aufweichen und Abkühlen von Krusten und eingetrocknetem Sekret auf der Nasenschleimhaut.  
COLDISTOP Nasenöl kann immer zur Linderung der inneren Nasen- und Nebenhöhlen nach Operationen verwendet werden, z.B. nach Nasenscheidungsoperationen, nach Kieferhöhlenoperationen, etc.  
Als Schutz der Nasenschleimhaut bei besonders starkem Ausgetrieben gegenüber Staub und Abgasen.

**ART DER ANWENDUNG:**  
Nach gründlicher Nasenspülung Kopf zurücklegen und COLDISTOP mit der Pipette in die Nasenhöhle tropfen. Sollten durch mehrmaliges Tröpfeln der Nasenfluge oder Aufschlagen die Flüssigkeit verschluckt werden, wenn möglich, mit hellem Wasser abspülen, um eine Verunreinigung des Verdauungstraktes zu vermeiden.  
COLDISTOP kann auch mit einem Wattestäbchen in der Nase verteilt oder mit dem reinen Finger leicht einmassiert werden.

**DOSIERUNG:**  
Für Kinder ab 6 Jahren: 2-3 Tropfen pro Tag.  
Für Erwachsene: 2-3 Tropfen pro Tag.  
Maximale Tagesdosis von 5 Tropfen pro Nasenloch nicht überschreiten!

**GEGENANZEIGEN:**  
Bei folgenden Erkrankungen oder Umständen darf COLDISTOP nicht oder nur nach ärztlicher Beratung verwendet werden:  
Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile, insbesondere gegen Vitamin A.  
Bei Kindern unter 6 Jahren darf COLDISTOP nur nach genauer Anweisung durch den Arzt eingesetzt werden.

**SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT:**  
COLDISTOP Nasenöl sollte nur nach zwingiger Indikationstellung durch den Arzt von Ihnen angewendet werden.  
Da es für die Anwendung von COLDISTOP Nasenöl keine Studien gibt, ist die Anwendung von COLDISTOP Nasenöl während der Schwangerschaft oder Stillzeit nicht empfohlen. Bei Anwendung während der Schwangerschaft oder Stillzeit sind Überempfindlichkeitsreaktionen und Reaktionen der Nasenschleimhaut möglich.

**NEBENWIRKUNGEN:**  
Wichtige Arzneimittel können neben den erwünschten nach ärztlicher Anweisung haben. Sie können Nebenwirkungen verursachen. Sollten Sie Nebenwirkungen bemerken, informieren Sie bitte Ihren Arzt. COLDISTOP Nasenöl ist im Allgemeinen gut verträglich. In Einzelfällen sind Überempfindlichkeitsreaktionen und Reaktionen der Nasenschleimhaut möglich.

**BESONDERE WARNHINWEISE ZUR SICHEREN ANWENDUNG:**  
Bei ersten Anzeichen von Nebenwirkungen ist der Arzt zu informieren.  
Bei Schwangerschaft und Frauen im gebärfähigen Alter sowie während der Stillzeit darf wegen der hohen Vitamin A-Dosis COLDISTOP Nasenöl nicht verwendet werden.  
Dieses Arzneimittel wird vom Arzt für einen bestimmten Patienten wegen einer bestimmten Erkrankung verschrieben. Es soll daher nicht ohne ärztliche Anweisung bei anderen Personen oder beim selben Patienten zu einem anderen Zeitpunkt verwendet werden, auch wenn wirksam ähnliche Beschwerden vorliegen.  
Bei Fortbestehen der Beschwerden oder wenn der erwartete Erfolg durch die Anwendung nicht erreicht wird, ist der Arzt zu informieren.  
Nur für die Anwendung in der Nase zu verwenden.  
Fläschchen nach Gebrauch gut verschließen.  
Für Kinder unerschwinglich aufbewahren.  
Verfallsdatum beachten!  
Nach dem ersten Öffnen Flascheninhalt nicht länger als 4 Wochen verwenden.

**PACKUNGSGRÖSSEN:** 10 ml

**LAGERUNGSHINWEISE:**  
Nicht über Raumtemperatur (bis 25 °C) lagern. Lichtschutz erforderlich.

**Bei Unklarheiten fachliche Beratung einholen.**

# Anhang 6: Beipackzettel auf Polnisch - Torvacard

**ULOTKA DLA PACJENTA: INFORMACJA DLA UŻYTKOWNIKA**

**TORVACARD 10, 10 mg, tabletki powlekane**  
**TORVACARD 20, 20 mg, tabletki powlekane**  
**TORVACARD 40, 40 mg, tabletki powlekane**

(Atorvastatynum)

**Należy zapamiętać się z treścią ulotki przed zastosowaniem leku.**

- Należy zachować w ulotce, aby nie stracił ważności, a informacje przeczytać.
- Należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty, gdy potrzebna jest rada lub dodatkowa informacja.
- Lek ten został przepisywany wyłącznie osobom, które nie należy go przekazywać innym, gdyż może im zaszkodzić, nawet jeśli objawy ich choroby są takie same.
- Jeśli nastili się stwardnienie tętnic, wystąpiła jakiegokolwiek objawy niepożądanego działania leku, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.

**Spis treści ulotki:**

1. Co to jest lek Torvacard i w jakim celu się go stosuje
2. Informacje ważne przed zastosowaniem leku Torvacard
3. Jak stosować lek Torvacard
4. Możliwe działania niepożądane
5. Jak przechowywać lek Torvacard
6. Inne informacje

**1. CO TO JEST LEK TORVACARD I W JAKIM CELU SIĘ GO STOSUJE**

Torvacard należy do grupy leków nazywanych statynami, które regulują przemiany lipidów (białoszczów) w organizmie.

Torvacard jest stosowany do zmniejszenia stężenia lipidów określanych jako cholesterol i triglicerydy we krwi, gdy w celu zapobiegzenia ryzyku choroby serca, należy zmniejszyć ich stężenie. Torvacard może także być stosowany w celu zmniejszenia ryzyka choroby serca, nawet wówczas, gdy stężenie cholesterolu jest prawidłowe.

Cholesterol jest substancją występującą w ciele człowieka, która jest niezbędna do produkcji cholesterolu. Jest jednak w krwi występuje zbyt dużo cholesterolu, może on odkładać się na ściankach naczyń krwionośnych, co z czasem może doprowadzić do ich zablokowania, jest to jedna z najczęstszych przyczyn choroby serca. Zostało potwierdzone, że podwyższenie stężenia cholesterolu zwiększa ryzyko choroby serca. Do innych czynników zwiększających ryzyko choroby serca należy nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nadwaga, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu oraz występowanie choroby serca u osób spokrewnionych.

**2. INFORMACJE WAŻNE PRZED ZAŚTOSOWANIEM LEKU TORVACARD**

**Kiedy nie stosować leku Torvacard**

- Jeśli u pacjenta stwierdzono uczulenie (nadwrażliwość) na substancję czynną lub którykolwiek z pozostałych składników leku Torvacard lub na jakiegokolwiek inny podobny lek stosowany do zmniejszenia stężenia lipidów we krwi - szczególowe informacje przedstawiono w punkcie 6.
- Jeśli u pacjenta występuje lub w przeszłości występowały choroby wątroby.
- Jeśli u pacjenta stwierdzono niewydolność, nieprawidłowe wyniki badań czynnościowych wątroby.
- u kobiet w ciąży zamierzających w przyszłości skoncepcję, skoncepcję metod zapobiegania ciąży.
- u kobiet w ciąży zamierzających w przyszłości w ciąży lub karmiących piersią.
- Jeśli u pacjenta stwierdzono chorobę mięśni określaną jako miopatia (powtarzające się lub niewyjaśnione bóle mięśni).

**Należy poradzić się lekarza lub farmaceuty przed zastosowaniem leku Torvacard**

- w przypadku ciężkiej niewydolności naczyniowej.

**Kiedy zachować szczególną ostrożność stosując lek Torvacard**

Lek Torvacard może być niewodowodni dla pacjenta w następujących sytuacjach:

- w przypadku problemów z nerkami.
- w przypadku niedoczynności tarczycy.
- w przypadku powstających się lub niewyjaśnionych bólow mięśni bądź problemów z mięśniami w przeszłości lub podobnych problemach u osób spokrewnionych.
- w przypadku przyjmowania innych leków stosowanych w przeszłości leczenia innymi lekami.
- w przypadku regularnego spożycia alkoholu w dużych ilościach.
- w przypadku choroby wątroby w wywiadzie.
- u pacjentów w wieku powyżej 70 lat.

U pacjentów, których dotyczy jakiegokolwiek z powyższych sytuacji, lekarz zleci wykonanie badania krwi przed rozpoczęciem leczenia lekiem Torvacard oraz w miarę możliwości powtórzenie leczenia w celu monitorowania ry-

**Stosowanie leku Torvacard z innymi lekami**

Niektóre leki mogą wykazywać interakcje z lekiem Torvacard. Są to:

- leki modyfikujące działanie układu odpornościowego, np. cyklosporyna,
- niektóre antybiotyki i leki przeciwczyłczycze, np. erytromycyna, klarytromycyna, ketokonazol, itraconazol, rifamycyna,
- inne leki regulujące stężenie lipidów, np. gemfibrozyl, inne fibraty, pochodne kwasu nikotynowego, kolestypol,
- niektóre blokery kanału wapniowego stosowane w dawkach niesłownej lub niedzielnym tętniczym, np. nifedypina, a także leki regulujące rytm serca, np. digoksyna,
- niektóre benzodiazepiny stosowane w leczeniu zaburzeń lękowych i innych chorób, np. nifedypina,
- inhibitory proteazy stosowane w leczeniu zakażenia wirusem HIV,
- do innych leków, o których wiadomo, że wykazują interakcje z lekiem Torvacard, należy weryfikować (ktoś z rodziny, krawiec, krawiec, doustne środki antykoncepcyjne, berytyna (lek przeciwdrożdżycowy stosowany w leczeniu grzybiczek) oraz leki zobojędniające kwas żółciowy (leki stosowane w nietrawności, zawierające glin lub magnez).

Należy powiadomić lekarza lub farmaceutę o wszystkich przyjmowanych osamisto lekach, również tych, które wydawane są bez recepty.

**Stosowanie leku Torvacard z jedzeniem i pićm**

Sok grejpfrutowy

Nie należy spożywać więcej niż jedną lub dwie małe szklanki soku grejpfrutowego dziennie, gdyż większe ilości soku grejpfrutowego mogą zmniejszać działanie leku Torvacard.

**Alkohol**

Podczas przyjmowania leku należy unikać spożywania nadmiernej ilości alkoholu. Szczegółowe informacje na ten temat przedstawiono w punkcie 2. "Kiedy zachować szczególną ostrożność stosując lek Torvacard".

**Cięża**

Nie należy stosować leku Torvacard u kobiet w ciąży, u kobiet, które mogą być w ciąży lub zamierzają się w ciąży.

Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży.

Przed zastosowaniem każdego leku należy poradzić się lekarza lub farmaceutę.

**Karmienie piersią**

Nie należy stosować leku Torvacard podczas karmienia piersią.

Przed zastosowaniem każdego leku należy poradzić się lekarza lub farmaceutę.

**Prowadzenie pojazdów i obsługa maszyn**

Jeżeli lek wpływa na koncentrację, nie należy prowadzić pojazdów, jeżeli lek wpływa na zdolność korzystania z jakiegokolwiek narzędzia lub urządzeń mechanicznych, nie należy ich używać.

**Ważne informacje o niektórych składnikach leku Torvacard**

Lek Torvacard zawiera laktozę. Jeśli lekarz stwierdził u pacjenta nietolerancję niektórych cukrów, przed przyjęciem tego leku należy skontaktować się z lekarzem.

**3. JAK STOSOWAĆ LEK TORVACARD**

Zazwyczaj stosowana dawka początkowa leku Torvacard to 10 mg raz na dobę. Dawka ta w razie potrzeby może być zwiększana przez lekarza aż do dawki, jakiej potrzebuje pacjent. Lekarz stosować może dawkę leku w odstępach 4 tygodniowych lub dłuższych. Maksymalna dawka leku Torvacard to 80 mg raz na dobę.

Tabletki leku Torvacard należy połykać w całości, popijając je wodą; mogą one być przyjmowane o dowolnej porze dnia, podczas posiłków lub niezależnie od posiłków.

Dozwolawo następowadze dzialania niepozadane po zastosowaniu oelektrycznych stazon:

- zaburzenia snu, w tym bezsenność i koszmary nocne
  - urazta pamieci
  - zaburzenia seksualne
  - depresja
  - problemy z oddychaniem w tym uporczywy kaszel (lub) dusznosc lub goraczka
- Jedn nosi sie skutkowisk z obnowe wywodzonych lub wyszypow jakakolwiek objawy niepozadane niewymie-  
niane w ulotce, nalezy powiadomic lekarza.

#### 5. JAK PRZECHOWYWAC LEK TORVACARD

Przechowywac w miejscu niedostępnym i niewidocznym dla dzieci.  
Brak specjalnych zaleceń dotyczących przechowywania.  
Nie stosować leku Torvacard po upływie terminu ważności podanego na opakowaniu zewnętrznym.  
Termin ważności oznacza ostatni dzień danego miesiąca.  
Nie stosować leku Torvacard jeśli widoczne są oznaki zepsucia.  
Leków nie należy wyrzucać do kanalizacji ani domowych pojemników na odpady. Należy używać farmaco-  
uę co zebrać z lekami, których się już nie potrzebuje. Takie postępowanie pomoże chronić środowisko.

#### 6. INNE INFORMACJE

##### Co zawiera lek Torvacard

Substancją czynną leku jest atorwastatyna.  
Jedna tabletką powlekaną zawiera odpowiednio 10 mg, 20 mg lub 40 mg atorwastatyny (w postaci ator-  
wastatyny wagiowej).

Pozostałe składniki to: celuloza mikrokrystaliczna, magnez, tlenek tytanu, laktoza jednowodna, krochmal-  
nosa sodowa, hydroksypropylomuloza niskopodstawiona, krzemionka koloidalna bezwodna, magnezowy ste-  
arynian

Droczka: hypromelozta, makrogol 6000, tytanu dwutlenek (E171), talk.

##### Jak wygląda lek Torvacard i co zawiera opakowanie

Torvacard 10: białe lub białawe owalne, dwuwypukłe tabletki powlekane, o wymiarach około 9,0 x 4,5 mm;  
Torvacard 20: białe lub białawe owalne, dwuwypukłe tabletki powlekane, o wymiarach około 12,0 x 6,0 mm;  
Torvacard 40: białe lub białawe owalne, dwuwypukłe tabletki powlekane, o wymiarach około 13,5 x 6,9 mm.

Wielkość opakowania: 30 lub 90 tabletek powlekanych.

Nie wszystkie rodzaje opakowań muszą znajdować się w obrocie.

##### Podmiot odpowiedzialny i wytwórca:

Zentiva k.s., U kabelovny 130, Dolní Měcholupy, 102 37 Praha 10, Republika Czeska.

##### Data zatwierdzenia ulotki: czerwiec 2010.

ZJ/43578

Należy jednak starać się przyjmować tabletkę o tej samej porze każdego dnia.  
Lek Torvacard należy zawsze stosować zgodnie z zaleceniami lekarza. W przypadku wątpliwości należy po-  
nowić skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą.  
Przed rozpoczęciem leczenia leką Torvacard należy stosować dietę o niskiej zawartości cholesterolu, diety o niskiej  
kontrynawak również podczas leczenia lekami Torvacard.  
Czas trwania leczenia lekami Torvacard jest określony przez lekarza.

W przypadku, wrodzenie, je odwołanie leku Torvacard jest za mocne lub za słabe, należy zwrócić się do lekarza.

#### Zastosowanie większej niż zalecana dawki leku Torvacard

W razie przypadkowego przyjęcia za zbyt wielu tabletek leku Torvacard (więcej niż zwykła dawka dobowe), na-  
lezy skontaktować się z lekarzem lub najbliższym szpitalem w celu uzyskania porady.

#### Pamiętaj! Zastosowanie leku Torvacard

Jeśli pacjent zapomni o przyjęciu dawki leku, powinien po prostu przyjąć kolejną dawkę w przewidzianym  
czasie. Nie należy stosować dawki podwójnej w celu uzupełnienia pominiętej dawki.

W razie wątpliwości związanych ze stosowaniem leku należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty.

#### 4. MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Jak każdy lek, Torvacard może powodować działania niepożądane, chociaż nie u każdego one wystąpią.  
Następujące działania niepożądane są ważne. Liczba wystąpień wzrastała wraz z dawką, niezależnie od czasu.  
- Objawy naczyńno-możkowe (ból głowy, zawroty głowy, migotanie serca, zaburzenia widzenia, zaburzenia  
mózgu z oddechaniem). Jest to bardzo rzadka reakcja, która może być niebezpieczna. W razie jej wystąpienia  
należy niezwłocznie powiadomić o tym lekarza.

- W poprzednich przypadkach u pacjentów obserwowano znieczulenie mięśni lub zapalenie mięśni, które bardzo  
rzadko zmieniło się w ciężką, potencjalnie zagrażającą życiu chorobę (określaną jako "rozpad mięśni mięśni-  
wanych"). W razie wystąpienia osłabienia mięśniowego, sztywności mięśni lub bólu mięśni, zwłaszcza jed-  
nocześnie ze złym samopoczuciem lub wysiada gęstością, należy przerwać przyjmowanie leku Torvacard i  
niezwłocznie powiadomić o tym lekarza.

Bardzo rzadkie powikłania występują u mniej niż 1 na 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard (ozna-  
cza to, że na każdych 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard u 999 osób działania te nie są podoba-  
nie nie wystąpią).

- W razie wystąpienia problemów z niespodziewanym lub nietypowym krwawieniem albo zasinieniem  
(skłębka) należy walczyć pod uwagę zaburzenia czynności wątróby. W takim przypadku należy jak najwcześniej  
skontaktować się z lekarzem.

Inne możliwe działania niepożądane leku Torvacard:

Jak każdy lek, Torvacard może u niektórych pacjentów powodować działania niepożądane.  
Często działania niepożądane występują u co najmniej 100 na 10 000 pacjentów przyjmujących lek  
Torvacard (oznacza to, że na każdych 10 000 pacjentów u najwyższej 9 900 osób działania te nie są spode-  
wane).

Należą do nich:  
- Nudności, bóle brzucha, zaparcia, wzdęcia, biegunki, niestrawność, bóle głowy, bóle mięśni, osłabienie, biegunka,  
bezsennosc, zawroty głowy, ból w klatce piersiowej, reakcje alergiczne, drętwienie, bóle stawów i bóle pleców,  
astenia, obrzęki obradowe, swędzenie.

U pacjentów przyjmujących lek Torvacard lub inne podobne leki obserwowano także inne, niebyły często  
występujące działania niepożądane. Nie wszystkie z tych działań miałyby wynikać ze stosowania tych leków;  
dotyczy to przede wszystkim występowania u mniej niż 100 na 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard (ozna-  
cza to, że na każdych 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard u co najmniej 9 900 osób działania te  
nie są spodziewane).

Należą do nich:  
- Anoreksja (utrata apetytu), drętwienie lub mrowienie palców rąk i stóp, wymioty, wysypka, kurczenie mięśni,  
nieoczekiwane krwawienie lub zasinienie (siniake), drżawienie w uszach lub w głowie, przemoż masę ciała,  
utrata pamięci, pokrzywka, że samopoczucie, impotencja, wypadanie włosów, zapalenie trzustki (powodo-  
ruje ból brzucha).

Działania rzadkie występują u mniej niż 10 na 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard (oznacza to,  
że na każdych 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard u co najmniej 9 990 osób działania te nie są  
spodziewane).

Należą do nich:  
- Wzrost ciśnienia krwi, zaburzenia skóry na delikatny dotyk lub na ból, ból mięśni, wysypka, porażenie  
obrazek obradowe (np. obrzęk kostek), zapalenie wątróby, zaburzenia paszerniowa skóry (ból i otępienie), rozpad  
mięśni przegłokowych (silne bóle i osłabienie mięśni, którym często towarzyszą gorączki).

Bardzo rzadkie działania występują u mniej niż 1 na 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard (ozna-  
cza to, że na każdych 10 000 pacjentów przyjmujących lek Torvacard u co najmniej 9 999 osób działania te  
nie są spodziewane).

Należą do nich:  
- Objawy naczyńno-możkowe (ból głowy, zawroty głowy, migotanie serca i stóp, wymioty, wysypka, kurczenie mięśni,  
rozpad z oddechaniem), zespół Stevena-Johnsona (ciężka pokrzywka, choroba skóry, jęzzyk, utępienie, oczu i  
narządów płciowych), rumień wielopostaciowy (plamiska, czerwona wysypka), Obserwowano także zniek-  
szenie (lub zmniejszenie stężenia glukozy we krwi) (u pacjentów z cukrzycą należy nadal uważnie monitoro-  
wać tripanin glukozy we krwi).





## Anhang 9: Beipackzettel auf Polnisch - Gold Omega3

**60 kapsulek miękkich**  
Suplement diety

# Gold Omega 3

**1000 mg Fish Oil - 33% EPA / 22% DHA**

**Mocne serce i układ nerwowy**

**GOLD OMEGA 3** Suplement diety zawierający kwasy tłuszczowe omega-3 w postaci kapsulek miękkich.

Wyskokatunowy skoncentrowany olej z ryb zimnowodnych, mianowany na 65% -ową zawartość kwasów tłuszczowych omega-3, uzupelniający dietę w witaminie E i witaminie K.

Badania naukowe udowodniły, że odpowiedni udział kwasów omega-3 w diecie człowieka:

- może przyczynić się do ochrony układu naczyniowo-sercowego,
- ma wpływ na regulację poziomu cholesterolu HDL,
- poprawia na poziom tzw. złego cholesterolu LDL,
- może normalizować ciśnienie tętna,
- przyczynia się do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego i immunologicznego.

**Przeznaczenie:** preparat polecały osobom dorosłym jako suplement diety.

**Przeciwwskazania:** nie stosować w przypadku osób chorych na hemofilię, przyjmowania leków przeciwzakrzepowych lub nadwrażliwości na któryśkolwiek ze składników preparatu. W przypadku ciąży lub karmienia piersią stosowanie preparatu należy skonsultować z lekarzem.

**Zalecana dzienna porcja:** 1 kapsułka raz dziennie. Nie należy przekraczać zaleconej dziennej porcji do spożycia w ciągu dnia. Suplement diety nie może być stosowany jako substytut zróżnicowanej diety. Zalecany jest zrównowagony sposób żywienia i zdrowy tryb życia.

**Składniki:** olej rybi (źródło kwasów omega-3), żelatyna, woda, glicerol składniki octowy, octan DL-alka tokoferylu (wit. E) - substancja przeciwutleniająca.

**Uwaga:** może zawierać śladowe ilości lecytyny sojowej.

**Warunki przechowywania:** przechowywać w suchych pomieszczeniach w temperaturze pokojowej. Przechowywać w sposób niedostępny dla małych dzieci.

**Informacja żywieniowa**

Olej rybi (65% kwasów tłuszczowych omega-3)	1 kapsułka
W tym:	1000 mg
33 % kwas eikozapentaenowy (EPA)	330 mg
22 % kwas dokozaheksanowy (DHA)	220 mg
10 % inne kwasy omega-3	100 mg
Witamina E	6,7 mg (56% *)

\*ZD6 - procent realizacji zalecanego dziennego spożycia

1 kapsułka min. 1260 mg 60 kapsulek 75,6 g

**Olinp Labs** Producent: Olinp Laboratoria Sp. z o.o. ul. Piłsudskiego 105-0, 01-652 Warszawa, NIP: 142-600-10-00, REGON: 142600100, email: info@olimp-labs.com, www.olimp-labs.com

## Anhang 10: Beipackzettel auf Polnisch - MBE

**MBE®**

**(Magnesii oxidum pondersum + Pyridoxini hydrochloridum + int-roc-a-Tocopheryllis acetatis)**  
**250 mg + 7,29 mg + 200 mg, kapsułki miękkie**

**Skład**

1 kapsułka zawiera:

Substancje czynne:

Magnezu tlenek ciężki	250,0 mg
co odpowiadają 150 mg jonów magnezu	
Pyridoksyny chlorowodorek (Pyridoxini hydrochloridum, witamina B <sub>6</sub> )	7,29 mg
all-roc-a-Tocoferylu octan (int-roc-a-Tocopheryllis acetatis, witamina E)	200,0 mg

Substancje pomocnicze:

olej sojowy oczyszczony, lecytyna sojowa, olej kokosowy, olej palmowy, wosk pszczeły, żelatyna, glicerol, tytanu dwutlenek (E171).

**Dostępne opakowania**

Jedno opakowanie zawiera 30 lub 60 kapsulek.

**Podmiot odpowiedzialny**

**PRZEDSIĘBIORSTWO PRODUKCJI FARMACEUTYCZNEJ HASCO-LER S.A.**  
51-131 Wrocław, ul. Żmigrodzka 242 E

**Spis treści ulotki:**

- Co to jest lek MBE i w jakim celu się go stosuje
- Zanim zastosuje się lek MBE
- Jak stosować lek MBE
- Możliwe działania niepożądane
- Przechowywanie leku MBE
- Inne informacje

**1. Co to jest lek MBE i w jakim celu się go stosuje**

MBE jest lekiem mineralno-witaminowym zawierającym jony magnezu, witaminę B<sub>6</sub> oraz witaminę E, których stosowanie jest zalecane w profilaktyce i leczeniu niedoborów m.in.: w okresie wzmożonego zapotrzebowania na te witaminy i magnez, przy wzmożonym wysiłku fizycznym, przy diecie eliminacyjnej, u osób przebiegających w skrajnym średowisku i u palaczy tytoniu. Ponadto, stosuje się je wspomagająco w chorobach, których etiologia związana jest ze stresem oksydacyjnym i w zmniejszaniu skutków stresu (ze względu na właściwości przeciwutleniające).

**Ważne informacje dla pacjenta**

**Należy przeczytać uważnie całą ulotkę, ponieważ zawiera ona ważne informacje dla pacjenta. Lek ten jest dostępny bez recepty, aby można było leczyć niektóre schorzenia bez pomocy lekarza. Aby jednak uzyskać dobry wynik leczenia, należy stosować lek MBE ostrożnie i zgodnie z informacją w ulotce.**

**- Należy zachować tę ulotkę, aby można ją było przeczytać ponownie w razie potrzeby.**

**- Należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty, gdy półroczny lub roczny opakowanie leku lub dodatkowa informacja - jeżeli objawy nasilą się lub nie ustąpią, należy skonsultować się z lekarzem.**

Magnez i witamina B<sub>6</sub> wzajemnie nasilają swe działanie przeciwstresowe, wpływają ochronnie na serce i układ krwionośny oraz korzystnie oddziałują na stan układu nerwowego. Witamina E wznaga działanie przeciwstresowe.

Magnez jest pierwiastkiem biorącym udział w tworzeniu kwasów nukleinowych, białek, węglowodanów i tłuszczów tworzących komórki, białki i narządy. Wpływa na procesy pozyskiwania energii, intensywność przemien glukozy, przebieg reakcji utleniania oraz odgrywa ważną rolę w regulacji motoryki oskrzeli i pobudliwości sercowo-mięśniowej. Jest czynnikiem regulującym aktywność skurczową serca, przeciwdziałającym jego niedoborom i niedokrwieniu. Pobudza mechanizmy obronne organizmu. Witamina B<sub>6</sub> znacząco zwiększa wchłanianie i wykorzystanie magnezu, decyduje o prawidłowym funkcjonowaniu układu krwionośnego i układu nerwowego. Uczestniczy w pozyskiwaniu energii, przemianach białek, aminokwasów, syntezie kwasów nukleinowych. Modyfikuje działanie hormonów steroidowych, stan układu odpornościowego, przebieg reakcji immunologicznych i chorób nowotworowych oraz działa przeciwnadciężkowo. Witamina E wchodzi w skład złożonego systemu zabezpieczającego strukturę komórkową i materiał genetyczny przed niszczeniem działaniem tzw. wolnych rodników tlenowych. Stabilizuje błony komórek, zwiększa uczestniczących w przenoszeniu tlenu lub niezbędnych na wysoki stopień wolnych rodników tlenowych, zwiększa odporność krwinek czerwonych na działanie czynników powodujących ich rozpad, w połączeniu z innymi przeciwutleniaczami zawartymi w diecie (witaminą C i karotenem)-chroni tkanki organizmu, działa przeciwmiasteczkowo. Jest stosowana w celu zapobiegania zaburzeniom przemiany cholesterolu (tzw. hipercholesterolemii) oraz zawładowi mięśnia sercowego. Badania epidemiologiczne wskazują na związek pomiędzy dietą bogatą w witaminę E, a zmniejszeniem choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy i innymi chorobami, których patogenezą związana jest ze stresem oksydacyjnym.

Lek MBE jest przeznaczony do profilaktyki i leczenia niedoborów witaminy E, witaminy B<sub>6</sub> i magnezu.

**2. Zanim zastosuje się lek MBE**  
**Nie należy stosować leku MBE jeśli występuje:**

- nadwrażliwość na którykolwiek składnik leku;
- podwyższone stężenie magnezu we krwi (tzw. hipermagnezemia);
- ciężka niewydolność nerek;
- blok przewodnictwa nerwowego w sercu (np. tzw. blok przedsionkowo-komorowy);
- miastenia (Wysztetnia Grawisa);
- znaczące niedociśnienie tętnicze;
- przyjmowanie L-DOPA bez tzw. inhibitora odwodnej dekarboksylazy.

**Należy skonsultować się z lekarzem, nawet jeżeli powyższe ostrzeżenia dotyczą sytuacji występujących w przeszłości.**

**Całka**  
**Przed zastosowaniem każdego leku należy poradzić się lekarza.**  
 Lek można stosować u kobiet w ciąży wykazanie z przepisu lekarza.

**Karmienie piersią**  
**Przed zastosowaniem każdego leku należy poradzić się lekarza.**  
 Lek można stosować u kobiet karmiących piersią wyłącznie z przepisu lekarza.

**Prowadzenie pojazdów i obsługa maszyn**  
 Lek nie ma wpływu na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych w ruchu.

**Ważne informacje o niektórych składnikach leku MBE**  
 Lek zawiera olej sójowy oczyszczony. Jeśli u pacjenta występuje uczulenie na orzechy ziemne lub soję, nie należy stosować tego leku.

**Stosowanie innych leków**  
**Należy poinformować lekarza o wszystkich przyjmowanych oszczędnie lekach, nawet tych, które wydawane są bez recepty.**  
 Fosforany, duże dawki wapnia, nadtlenek tlenku żelaza i fluoryny zmniejszają wchłanianie magnezu z przewodu pokarmowego. Związków magnezu podane doustnie zmniejszają wchłanianie żelaza, związków fluoru i doustnych leków przeciwczerwonych pochodnych warfaryny. Lek może działać antagonistycznie do witaminy K, zwłaszcza u osób leczonych doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi lub estrogenami. Jednocześnie stosowanie preparatów żelaza osłabia działanie witaminy E, dlatego należy zachować kilkugodzinny odstęp między zażyciem leku MBE i leków zawierających żelazo.

**3. Jak stosować lek MBE**  
 Lek stosuje się doustnie.  
 Profilaktycznie, o ile lekarz nie zaleci inaczej, zwykle stosuje się u osób dorosłych 1 kapsułkę na dobę.

Leczniczko: zgodnie ze wskazaniami lekarza - zarówno od stożka niedoboru - zwykle 1 kapsułkę dwa razy na dobę.  
 W przypadku wrzasku, że dzielenie leku MBE jest za mocne lub za słabe, należy zwrócić się do lekarza.  
**W przypadku zapytania większej dawki leku MBE niż zalecena**  
 W razie przyjęcia większej niż zalecena dawki leku, należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty. Prześladkowanie magnezem i witaminą E może wywoływać zaburzenia żołądkowo-jelitowe, wysiąpienie uczucia zmęczenia, osłabienia, a czasem inne mniej charakterystyczne objawy. Prześladkowanie witaminą B<sub>6</sub> tworzy się duże części obwodowych kończyn i utrudnienia w poruszaniu się.  
**W przypadku pominięcia dawki leku MBE**  
 Nie należy stosować dawki podwójnej w celu uzupełnienia pominiętej dawki.  
**4. Możliwe działania niepożądane**  
 Jak każdy lek, lek MBE może powodować działania niepożądane.  
 Objawy niepożądane związane z podawaniem leków zawierających magnez, witaminę B<sub>6</sub> i witaminę E występują rzadko, odnotowano przypadki zaburzeń jelitowo-jelitowych występujących po zaprzestaniu podawania leku.  
 Należy wystrzeżać reakcje nadwrażliwości na którykolwiek z składników leku.  
 Lekli zawierające magnez mogą wpływać przeciwszczepiająco, dlatego nie należy ich stosować przy biegunkach.  
 U niektórych osób w czasie stosowania leku mogą wystąpić inne działania niepożądane. W przypadku ku wystąpienia innych objawów niepożądanych, nie wymienionych w tej ulotce, należy poinformować o nich lekarza.  
**5. Przechowywanie leku MBE**  
 Lek należy przechowywać w miejscu niewidocznym i niedostępnym dla dzieci.  
 Nie należy stosować leku MBE po upływie terminu ważności umieszczonego na opakowaniu.  
 Przechowywać w temperaturze poniżej 25°C.  
**6. Inne informacje**  
 W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji należy zwrócić się do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego.  
**PRZEDSIĘBIORSTWO PRODUKCJI FARMACEUTYCZNEJ HASCO-LEK S.A.**  
 51-131 Wrocław, ul. Zmigrodzka 242 E  
 tel. (071) 352 95 22  
 faks (071) 352 76 36  
 Dział Informacji o Leku (071) 352 95 22  
 tel. (22) 742 00 22  
 email: informacja@leku.hasco-lek.pl  
 Data opracowania ulotki: 2008.12.16

Anhang 11: Beipackzettel auf Polnisch - Strepsils Intensive

**ULOTKA DLA PACJENTA**

**Należy przeczytać uważnie całą ulotkę, ponieważ zawiera ona ważne informacje dla pacjenta.**  
 Lek ten jest dostępny bez recepty, aby można było uzyskać szybkie odciążenie bez pomocy lekarza.  
 Aby jednak uzyskać dalszy wytyśczenie, należy stosować Strepsils Intensive uważnie i zgodnie z opisem w ulotce.  
 - Należy stosować tę ulotkę, aby można ją było przeczytać ponownie w razie potrzeby.  
 - Należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty, gdy potrzebna jest rada lub dodatkowa informacja.  
 - Jeśli objawy nie ustępują lub nie ustępują po trzech dniach stosowania produktu leczniczego, należy skonsultować się z lekarzem.  
 - Jeśli miał się któryśkolwiek z działań niepożądanych lub wystąpił jakikolwiek dziwny niepożądany objaw, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.

**Strepsils Intensive, 875 mg, tabletki do ssania (Flurbiprofenum)**

**Skład:**  
 1 tabletkę zawiera substancję czynną: flurbiprofen substancje pomocnicze: miazogel 300, psutaś wodorotlenek, aromat: eukaliptowy, lawentowy, syrop glukozowy, syrop sacharozowy, miód.

**Dostępne opakowania:**  
 8, 16, 24, 32, tabletki.

**Podmiot odpowiedzialny:**  
 Reckitt Benckiser (Poland) S.A.  
 Ul. Okunni 1  
 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki

**Wydawca:**  
 Reckitt Benckiser Healthcare International Ltd  
 Nottingham site  
 Thame Road  
 Nottingham NG9 2D8  
 Wielka Brytania

**Spis treści ulotki:**  
 1. Co to jest lek Strepsils Intensive i w jakim celu się go stosuje.  
 2. Zanim zastosuje się lek Strepsils Intensive.  
 3. Jak stosować lek Strepsils Intensive.  
 4. Możliwe działania niepożądane.  
 5. Przechowywanie leku Strepsils Intensive.  
 6. Inne informacje.

**1. Co to jest lek Strepsils Intensive i w jakim celu się go stosuje.**  
 Lek Strepsils Intensive w postaci tabletek do ssania zawiera flurbiprofen. Substancja ta należy do grupy przeciwbólowych leków przeciwozapalnych (NLPZ). Strepsils Intensive wykazuje działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne. Lek Strepsils Intensive jest wskazany w krótkotrwałym objawowym leczeniu bólu gardła. Działanie leku rozpoczyna się po 30 minutach od zastosowania i utrzymuje się do 3 godzin.

**2. Zanim zastosuje się lek Strepsils Intensive.**  
 Lek Strepsils Intensive nie należy stosować u pacjentów z następującymi objawami:  
 - z nadwrażliwością na flurbiprofen, kwas acetylosalicylowy oraz inne niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) lub leki przeciwzapalne pochodzącej z grupy salicylanów.  
 - u których po przyjęciu kwasu acetylosalicylowego lub

innych leków z tej grupy występowały objawy nietolerancji na niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) lub leki przeciwzapalne pochodzącej z grupy salicylanów.  
 - u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek, u pacjentów z niewydolnością serca, po przebytym udarze mózgu lub zwiększonym ryzykiem takich zaburzeń jak podwyższone ciśnienie krwi, cukrzyca lub zwiększone stężenie cholesterolu we krwi lub u osób palących tytoń.  
 - jeśli u pacjenta stwierdzano niedociśnienie tętnicze.  
 Należy poinformować lekarza lub farmaceutę o wszystkich przyjmowanych oszczędnie lekach, nawet tych, które wydawane są bez recepty. W szczególności przed przyjęciem leku, należy poinformować lekarza lub farmaceutę o przyjmowaniu krótkodziałających leków wywołujących kaszel:  
 - leki przeciw nadciśnieniu tętnicznemu lub niewydolności serca;  
 - leki moczopędne (w tym leki moczopędne oszczędzające potas);  
 - leki zmniejszające krzepiwłość krwi;  
 - leki przeciwdziałające migrenom;  
 - inne leki z grupy niesteroidowych leków przeciwozapalnych lub sterojdy (takie jak prednizolon);  
 - cyklosporyna (lek immunosupresyjny w celu hamowania układu odpornościowego);  
 - fenofibryna (lek stosowany w leczeniu podżółtaczki);  
 - metoclopramid (lek przeciwozwolewoowy);  
 - lit (lek przeciwdrepanny).

Przyjmowanie takich leków jak flurbiprofen może być związane z niewielkim zwiększeniem ryzyka zakału serca (zawał serca) lub udaru. Ryzyko to zwiększa długotrwałe przyjmowanie dużych dawek leku. Nie należy stosować większych dawek i dłuższego czasu leczenia niż jest to zalecane.

Lek Strepsils Intensive zawiera sacharozę. W przypadku nietolerancji na niesteroidowe leki, należy poinformować o tym lekarza przed zastosowaniem leku.

Lek ten należy do grupy leków - niesteroidowe leki przeciwzapalne, które mogą niekorzystnie wpływać na płodność u kobiet, jest to działanie przemijające i ustępuje po zakończeniu terapii.

W przypadku trudności w żuciu w czasie, należy skonsultować się z lekarzem przed przyjęciem flurbiprofenu.

**Całka i karmienie piersią**  
 Przed zastosowaniem leku należy skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. Nie należy przyjmować leku w stanach trzeźwości, mlekach objawowych.  
 Należy skonsultować się z lekarzem w pierwszych dniach miesiączki objawowej lub karmienia piersią.

**Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych w ruchu:**

Lek Strepils Intensiv nie wywiera wpływu na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych w ruchu.

**3. Jak stosować lek Strepils Intensiv:**  
Strepils Intensiv należy stosować zgodnie z zalecanym sposobem stosowania. W przypadku wątpliwości należy skontaktować się lekarzem lub farmaceutą. Lek Strepils Intensiv jest przeznaczony dla osób dorosłych oraz dzieci w wieku powyżej 12 lat.

**Stosowanie leku Strepils Intensiv:**  
Jedną tabletkę do siana co 3 do 6 godzin w razie potrzeby. Tabletkę należy sięć powoli. W czasie siana poleżenie tabletek w ustach należy zmniejszyć, by uniknąć miejscowego podrażnienia.

**Nie stosować więcej niż 5 tabletek w ciągu doby.**  
Nie stosować u dzieci w wieku poniżej 12 lat.  
Działanie leku rozpoczyna się już po 30 minutach.

**Lek przeciwnie wyłączenie do krótkotrwałego stosowania.**  
Stosowanie długotrwałej skutecznej dawki przez najdłuższy możliwy okres, zmniejsza ryzyko wyzwalenia działań niepożądanych, jeżeli mimo przyżycia leku dolegliwości nie przemijają lub wystąpiła nowa należy skontaktować się lekarzem lub farmaceutą.

Stosowanie leku Strepils Intensiv nie powinno trwać dłużej niż 3 dni, o ile lekarz nie zaleci inaczej.

**W przypadku zabicia większej dawki leku Strepils Intensiv nie zaleca się:**  
W przypadku zabicia większej dawki leku Strepils Intensiv niż zalecana należy jak najprędzej skontaktować się z lekarzem.

**4. Możliwe działania niepożądane.**  
Jakiś rodzaj ból, nudności może spowodować działanie niepożądane.  
W przypadku wystąpienia kożogłokówiek z poszczególnych objawów, należy przerwać leczenie i skontaktować się z lekarzem.  
Działania niepożądane uszczególniono według ciężkości występowania stosując następujące określenia:

Bardzo często:  $\geq 1/10$   
Często:  $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$   
Nierzadko:  $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$   
Razdko:  $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$   
Bardzo rzadko:  $< 1/10000$

**Reakcje nadwrażliwości:**  
Nierzadko: reakcja skórna (w tym pokrzywka lub świąd).  
Razdko: astma, niepokojące nudności w oddychaniu (spasmy) lub duszność, obrzęk twarzy, warg lub języka.  
Bardzo rzadko: omłnienie.

**Zaburzenia żołądka i jelit:**  
Często: ból brzucha, nudności, biegunka.  
Nierzadko: niestrawność, wymiotki, wzdęcia.

**Zaburzenia w obrębie jamy ustnej:**  
Często: mrowienie w ustach, owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej, suchota w jamie ustnej.

Zaburzenia układu nerwowego:  
Często: ból głowy, zawroty głowy.  
Razdko: uczucie zmoty lub beznamiętność.

**Zaburzenia serca:**  
W związku z leceniem NEPZ w dużych dawkach mogą wystąpić obrzęki, nadciśnienie i niewydolność serca.  
Przyjmowanie takich leków jak flurbiprofen może być związane z niewielkim zwiększeniem ryzyka ataku serca (prawa serca) lub udaru.

Podczas stosowania flurbiprofenu w większej dawce lub przez okres dłuższy niż zalecany zaleca się następujące działania niepożądane:  
- ciężkie reakcje alergiczne i reakcje skórne,  
- krwawienie z żołądka, choroba wrzodowa żołądka,  
- stan zapalny i owrzodzenie błony śluzowej jamy ustnej,  
- zaburzenia czynności wątroby, w tym żółtaczka (bólże zaburzenie skóry),  
- zaburzenia czynności nerek (zmiany w moczu, ból pleców i obrzęki),  
- niewydolność zwiększenie ryzyka ataku serca (zawala mięśnia sercowego) lub udaru mózgu,  
- zaburzenia krwi (krocie mogą powodować wystąpienie smółków, gorączki, bólu gardła, owrzodzeń błony śluzowej jamy ustnej, białoskórość i owłoczenie).

Należy skontaktować się z lekarzem lub farmaceutą w przypadku wystąpienia działań niepożądanych innych niż te wymienione w ulocie.

**5. Przechowywanie leku Strepils Intensiv.**  
Przechowywać w temperaturze poniżej 25°C. Chronić przed wilgocią.

Lek należy przechowywać w miejscu niedostępnym i niewidocznym dla dzieci.

Nie należy stosować leku Strepils Intensiv po upływie terminu ważności zamieszczonego na opakowaniu.

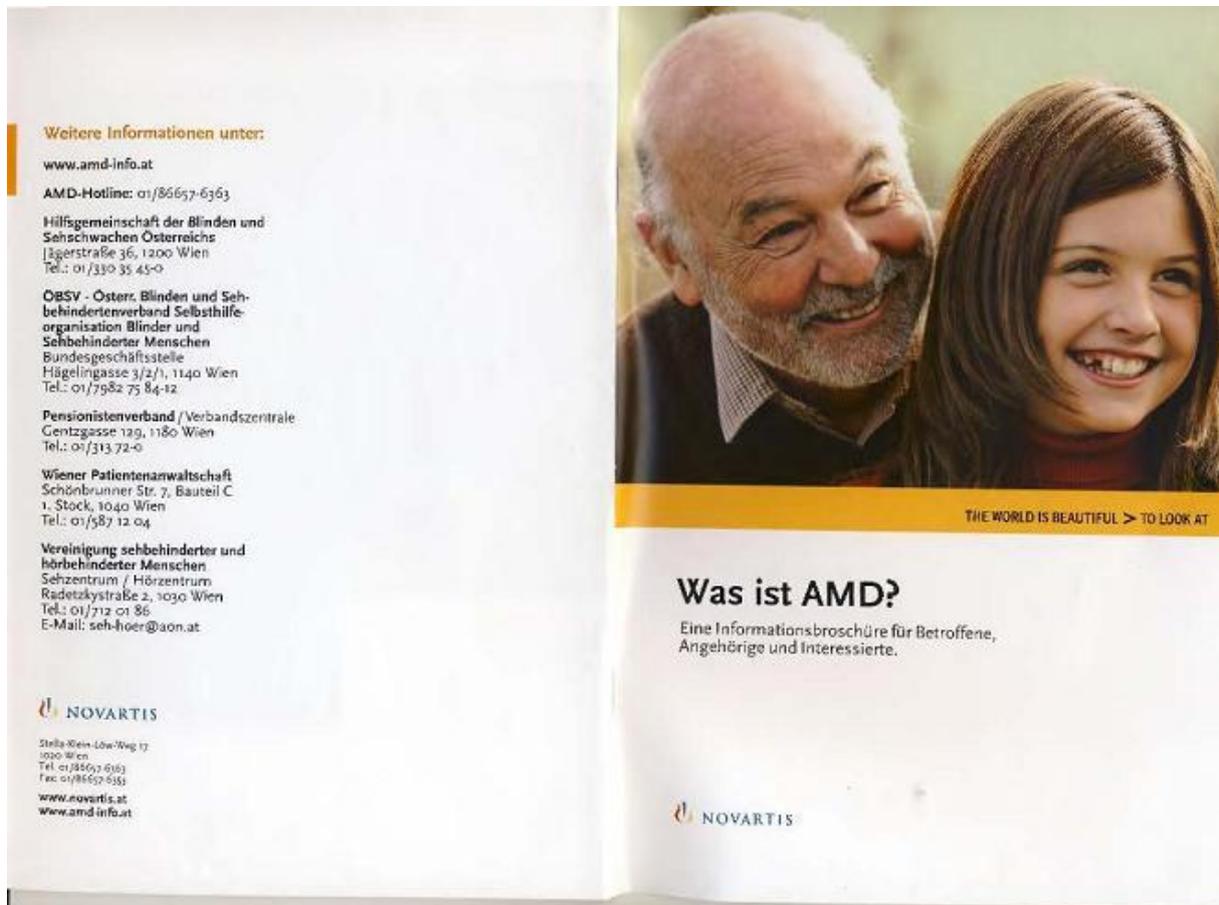
**6. Inne informacje.**  
W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji należy zwrócić się do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego.

**Reckitt Benckiser (Poland) S.A.**  
Ul. Okunin 1  
05-100 Nowy Dwór Mazowiecki  
tel. 0 801 88 88 07

Data opracowania ulotki: 06.07.2009 r.

## Anhang 12: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch – AMD

(Quelle: entnommen in einer Ordination in Wien, leicht veränderte Version unter [http://www.novartis.at/geschaeftsbereiche/novartis\\_pharma/patienten/info\\_material/augenheilkunde\\_broschuere\\_netzhautverkalkung.pdf](http://www.novartis.at/geschaeftsbereiche/novartis_pharma/patienten/info_material/augenheilkunde_broschuere_netzhautverkalkung.pdf))



## Liebe Leserin, lieber Leser

Für Leser mit schwächerer Sehkraft sind die Kapitel auf den grünen Seiten in großen Buchstaben zusammengefasst.



Damit wir unsere Umwelt wahrnehmen, besitzt unser Körper fünf Sinne. Einer, und vielleicht der wichtigste davon, ist das Sehen. Um Schönes sehen zu können und sich sicher durch die Welt zu bewegen, wird eine uneingeschränkte, gute Funktion Ihrer Augen benötigt.

Verschiedene Erkrankungen und Alterserscheinungen können Ihre Sehkraft verschlechtern und Ihre Lebensqualität unter Umständen massiv beeinträchtigen. Die häufigste Seheinschränkung im Alter ist die feuchte Altersbedingte Makula-Degeneration (AMD). Eine Erkrankung, die vielen Leuten zumindest vom Namen her ein Begriff ist. Doch wie entsteht AMD? Welche Risikofaktoren gibt es? Wie kann ich mich davor schützen? Wie erkenne ich möglichst früh, dass ich AMD habe? Und am allerwichtigsten: Wie kann der Arzt helfen, wenn die Erkrankung ausgebrochen ist?

Wenn Sie selbst oder ein Angehöriger an AMD erkrankt sind, oder Sie sich einfach „nur“ genauer über AMD informieren wollen, dann finden Sie in dieser Broschüre erste Antworten auf Ihre Fragen.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr NOVARTIS-Augen-Team

3

## Was ist AMD?

AMD steht für „Altersbedingte Makula-Degeneration“. Diese Augenerkrankung ist auch unter dem Namen „Netzhautverkalkung“ bekannt.



AMD ist die Abkürzung für „Altersbedingte Makula-Degeneration“. Diese Augenerkrankung ist auch unter dem Namen „Netzhautverkalkung“ bekannt.

Die Wahrscheinlichkeit an AMD zu erkranken steigt mit dem Alter. Weiters wird ein Zusammenhang mit Faktoren wie starke Fehlsichtigkeit, Vererbung und den Lebensgewohnheiten der Erkrankten vermutet.

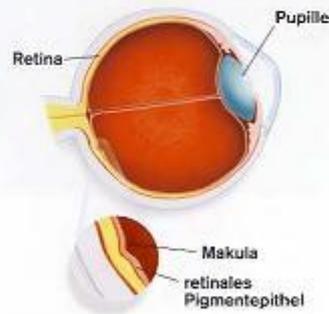
Die AMD ist mit ca. 30 % die häufigste, zu einem schweren Sehverlust führende Augenerkrankung bei über 50-jährigen in den westlichen Industrieländern. Allein in Österreich sind derzeit rund 200.000 Menschen an einer Form von AMD erkrankt. Jedes Jahr erkranken rund 3.000 - 4.000 Personen neu an der aggressiven feuchten Form der AMD. Bei Altersbedingter Makula-Degeneration wird die Makula zerstört.

5

## Was ist die Makula?

Die Makula ist der zentrale Bereich der Netzhaut, und ist für das zentrale Sehen verantwortlich. Ist die Makula beschädigt, können starke und ausgedehnte Sehverluste auftreten.

Die Makula ist der zentrale Bereich der Netzhaut, einer lichtempfindlichen Zellschicht im hinteren Bereich des Augapfels. Die Netzhaut empfängt die Abbilder unserer äußeren Umgebung und sendet diese dann über den Sehnerv ins Gehirn. Die Makula, als empfindlichster Teil der Netzhaut, ist für das zentrale Sehen verantwortlich. Durch die Makula ist das Erkennen von Details, Lesen, Fernsehen, u.v.m. möglich. Wenn die Makula beschädigt wird, können starke und ausgedehnte Sehverluste auftreten.



7

## Formen der AMD

Man unterscheidet die „trockene“ und die „feuchte“ Form der AMD. In Österreich leiden rund 200.000 Menschen an einer der beiden Formen der AMD. Jährlich erkranken 3.000 - 4.000 Menschen an feuchter AMD.

AMD kommt in der trockenen und feuchten Form vor. Die trockene Form ist häufiger (~80% der AMD), aber weniger schwerwiegend und ist durch die meist gelblichen Ablagerungen (Drusen) auf der Netzhaut gekennzeichnet. Wenn die Drusen des Frühstadiums für längere Zeit bestehen, können sie die Makula beeinträchtigen, da ihre Struktur geschwächt wird (Atrophie) und die Funktion der Lichtrezeptoren nicht mehr erfüllt werden kann. Die trockene Form hat meist einen langsamen Verlauf. Manche Menschen mit Drusen werden niemals eine besondere Einbuße ihrer Sehkraft erleiden, andere bemerken manchmal leere Stellen innerhalb ihres zentralen Sehbereichs. Für diese Personen sind jedoch verschiedene Sehhilfen, wie z.B. Leselupen erhältlich, die den Erkrankten helfen, ihr Leben so normal und unabhängig wie möglich zu bewältigen.

9

## Die Trockene AMD

Die Trockene AMD ist die häufigste Form der Erkrankung. Sie beeinträchtigt das Sehvermögen meist nur unwesentlich.



Diese Form ist häufiger, aber weniger schwerwiegend und durch gelbliche Ablagerungen (sog. Drusen) auf der Netzhaut gekennzeichnet. Die trockene Form verläuft meist so langsam, dass manche Menschen mit Drusen niemals eine besondere Beeinträchtigung ihrer Sehkraft erfahren. Andere Betroffene bemerken manchmal leere Stellen innerhalb ihres zentralen Sehbereichs.

In gewissen Fällen kann eine Trockene AMD in eine feuchte Form übergehen. Die feuchte Form tritt weniger häufig auf (~20%), sie führt aber schneller zu schwerster Sehbehinderung. Charakteristisch für die feuchte Form ist die Bildung von neuen, rasch wachsenden Blutgefäßen, die in die Makula hineinwachsen. Aus diesen unnatürlichen, feinen Gefäßen fließt eiweißhaltige Flüssigkeit und oft auch Blut. Es können sich Narben bilden, die zu schwerer Sehbehinderung führen. In Folge erscheint ein Bild in seinem Zentrum wie durch eine graue Scheibe abgedeckt, nur der Bildrand bleibt erkennbar.

## Die Behandlung der Trocken AMD

Ein Medikament zur Behandlung der Trocken AMD gibt es derzeit nicht. Dennoch kann mit einer Kombination aus Vitaminen und Spurenelementen als Ergänzung zu einer ausgewogenen Ernährung der Krankheitsverlauf gebremst werden.

Da es zur Behandlung der Trocken AMD derzeit kein Medikament gibt, ist die Wirkung von „antioxidativen“ Vitaminen wie Vitamin C oder Vitamin E sowie Spurenelementen wie Zink und Kupfer auf die erkrankten Augen untersucht worden. Diese Nahrungsergänzungen sind in der Lage, hoch reaktive Substanzen zu binden bevor sie am Auge oder generell im Körper größeren Schaden anrichten können. Es zeigte sich, dass eine Kombination dieser Substanzen ein Vorschreiten der Trocken AMD bremsen kann. Moderne Nahrungsergänzungsmittel enthalten zusätzlich auch Lutein. Diese Substanz kommt in der Makula natürlicherweise vor und dient als Schutz derselben vor UV-Licht und auch schädlichen Substanzen (weitere Informationen erhalten Sie unter [www.vitalux.at](http://www.vitalux.at)).

## Die Feuchte AMD

Die feuchte Form tritt weniger häufig auf, kann aber innerhalb weniger Monate zu schwerster Sehbehinderung führen. Bei der Feuchten AMD wachsen neue Blutgefäße in die Makula hinein. In Folge erscheint ein Bild in seinem Zentrum wie durch eine graue Scheibe abgedeckt, nur der Bildrand bleibt erkennbar.

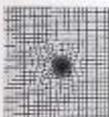
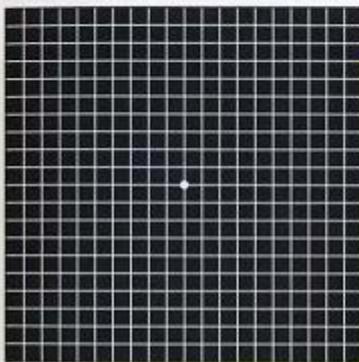
Der Verlauf der feuchten Form kann sehr schnell sein, sodass schon nach wenigen Wochen ein gravierender Sehverlust entstehen kann. Die Früherkennung ist deshalb besonders wichtig, da nur dann in den Krankheitsverlauf eingegriffen werden kann. Die feuchte Form der AMD ist für bis zu 90% der schwereren Sehverluste in Zusammenhang mit AMD verantwortlich.



## Die Diagnose

Im Frühstadium der AMD kann das Sehvermögen einer betroffenen Person unscharf oder gestört erscheinen. Mit einem einfachen und effektiven Test – dem Amsler Netz – können schon früh die oft nur sehr geringen Sehveränderungen, die durch feuchte AMD verursacht werden, festgestellt werden. Viele Ärzte geben ihren Patienten diesen einfach anwendbaren Test mit nach Hause, da die Handhabung unkompliziert und ohne großen Aufwand zu bewerkstelligen ist. Die Patienten können sich regelmäßig selbst testen und bei Auffälligkeiten sofort ihren Arzt aufsuchen. Sehstörungen werden so schon vor der routinemäßigen Augenuntersuchung beim Augenarzt bemerkt. Damit können erste Symptome erkannt werden, die auf eine akute AMD-Erkrankung hinweisen.

## Der Amsler-Sehtest



Sieht der Patient das Gitter verzerrt (siehe Abbildung), so liegt möglicherweise eine AMD vor. Das Aufsuchen eines Augenarztes wird dringend empfohlen.

### So führen Sie den Sehtest durch:

- Bedecken Sie ein Auge (bitte Lesebrille aufsetzen falls vorhanden)
- Halten Sie das Amsler Netz in bequemer Lesedistanz
- Fixieren Sie mit dem anderen Auge genau den Punkt in der Mitte

Achten Sie auf wellenförmige oder verschwommene Linien. Diese könnten auf Symptome von AMD hinweisen. Wiederholen Sie den Test mit dem anderen Auge! Falls die beschriebenen Unregelmäßigkeiten zutreffen, kontaktieren Sie bitte umgehend Ihren Augenarzt.

### Der Beginn einer AMD ist erkennbar an:

- Verzerrt- oder Krummsehen gerader Linien oder Buchstaben
- fehlenden Buchstaben oder zentralem Bildausfall
- schwächerer Farbintensität oder reduziertem Kontrastsehen
- Früherkennung der AMD ist z.B. mit dem Amsler-Sehtest möglich

## Wie nehmen Menschen mit AMD ihre Umwelt wahr?



Die Abbildungen zeigen, wie ein Patient mit Makula-Degeneration seine Umgebung im Vergleich zu einem gesunden Menschen sieht. Die entstehenden Sehprobleme beeinflussen das tägliche Leben.

8

## Welche Risikofaktoren gibt es bei AMD?

Die Ursachen für AMD sind immer noch unbekannt. Es konnten jedoch Risikofaktoren identifiziert werden.

Es besteht die Vermutung, dass neben erblicher Vorbelastung auch Grauer Star, Rauchen, Bluthochdruck, Einwirkung von Sonnenstrahlen, starke Kurzsichtigkeit, helle Haut- und Augenfarbe sowie Mangelernährung an Vitaminen, Antioxidantien und Mineralstoffen eine Rolle spielen.

Nur ein Augenarzt kann Feuchte AMD diagnostizieren. Falls Sie also zur Risikogruppe zählen, suchen Sie Ihren Augenarzt für eine Kontrolluntersuchung auf. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind sehr wichtig, da Feuchte AMD einen besonders schnellen Verlauf zeigen kann und sich die Sehkraft deshalb innerhalb kurzer Zeit massiv verschlechtern könnte.

Jeder Mensch ab dem 40. Lebensjahr sollte sich regelmäßig vom Augenarzt untersuchen lassen und zwischen den einzelnen Untersuchungsterminen immer wieder das Amsler Netz als Selbsttest verwenden. Da eine Erkrankung an Feuchter AMD möglicherweise

7

auch erblich bedingt ist, empfohlen Augenärzte, Personen über 40 Jahren, bei denen Verwandte bereits an feuchter AMD erkrankt sind, sich zumindest alle zwei Jahre einer Kontrolluntersuchung der Netzhaut zu unterziehen. Je früher die Feuchte AMD erkannt wird, umso wirkungsvoller kann sie behandelt werden.

Wenn Sie sich zur Risiko-Gruppe zählen, suchen Sie bitte umgehend Ihren Augenarzt auf, um etwaige vorhandene Risiken abzuklären.

### Unvermeidbare Risikofaktoren für AMD:

- Alter (50+)<sup>1</sup>
- Genetische Faktoren (Verwandte 1. Grades an AMD erkrankt)<sup>1</sup>
- Geschlecht (Frauen)<sup>2</sup>
- Individuelle Charakteristika des Auges (Weitsichtigkeit)
- Volksgruppe (Kaukasier) und Augenfarbe<sup>3</sup> (blau und grün)

### Vermeidbare Risikofaktoren für AMD:

- Rauchen<sup>4</sup>
- Zu wenig Vitamine, Antioxidantien und Mineralstoffe<sup>4</sup>
- Fettleibigkeit, hoher Blutdruck
- Licht (400 – 700 nm Wellenlänge)

<sup>1</sup> Bach M. et al.: *Arch Ophthalmol* 120(10):1407-1413 (2002)  
<sup>2</sup> Casson M. et al.: *Arch Ophthalmol* 120(10):1407-1413 (2002)  
<sup>3</sup> Young J. et al.: *Ophthalmology* 111(12):2067-2071 (2004)  
<sup>4</sup> Fankhauser C. et al.: *Ophthalmology* 111(12):2067-2071 (2004)

0

## Wie hoch ist das Risiko an AMD zu erkranken?



<sup>1</sup> Bach M. et al.: *Arch Ophthalmol* 120(10):1407-1413 (2002)  
<sup>2</sup> Casson M. et al.: *Arch Ophthalmol* 120(10):1407-1413 (2002)  
<sup>3</sup> Young J. et al.: *Ophthalmology* 111(12):2067-2071 (2004)  
<sup>4</sup> Fankhauser C. et al.: *Ophthalmology* 111(12):2067-2071 (2004)

21

## Die Behandlung der Feuchten AMD

Es gibt 3 gesicherte Methoden zur Behandlung Feuchter AMD:

- Laserphotokoagulation (thermischer Laser)
- Photodynamische Therapie (PDT)
- Anti-VEGF-Therapie (Hemmung der Wachstumsfaktoren)

### Laserphotokoagulation

Bei dieser Therapieform werden durch einen thermischen Laser brüchige, undichte Gefäße verschlossen. Der Verlust der Sehschärfe fällt auf lange Sicht üblicherweise geringer aus, als wenn keine Therapie erfolgt.

### Photodynamische Therapie

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit gegen Feuchte AMD ist die Photodynamische Therapie. Diese Behandlung hat zum Ziel, die durch die Krankheit beeinträchtigten Blutgefäße zu verschließen.

2

### Anti-VEGF-Therapie

Die Feuchte AMD ist gekennzeichnet durch das krankhafte Wachstum von Blutgefäßen in die Netzhaut. Die neueste Generation von Substanzen, die bei der Behandlung von AMD eingesetzt wird, basiert auf der Hemmung dieses Gefäßwachstums. Durch eine gezielte Blockade des im Körper gebildeten Wachstumsfaktors VEGF-A (vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor) wird gezielt dieses Gefäßwachstum unterbunden. VEGF-A ist für das Wachstum und auch für das „Überleben“ der krankhaften Blutgefäße verantwortlich. Wird VEGF-A blockiert, kommt es zu einer Rückbildung der Blutgefäße.

Derzeit sind zwei Substanzen zur Anti-VEGF-Therapie bei AMD zugelassen. Die Therapie kann von einer Verlangsamung des Krankheitsverlaufs – also dem Verlust der Sehschärfe – bis hin zu einer Verbesserung der bereits verlorenen Sehleistung bei einem Großteil der Patienten reichen. Das Anti-VEGF-Medikament wird direkt ins Auge gespritzt, was aber in der Regel schmerzlos ist.

23

Fragen Sie Ihren behandelnden Augenarzt, wenn Sie mehr über neue Therapiemöglichkeiten bei Feuchter AMD wissen möchten oder kontaktieren Sie eines der rund 30 Netzhautzentren in Österreich ([www.amd-info.at](http://www.amd-info.at)).

## Die Therapie-Optionen bei feuchter AMD

In der Praxis werden heute 3 Therapie-Optionen angewandt:

- Die Laser-Photokoagulation
- Die Photodynamische Therapie (PDT)
- Die Anti-VEGF-Therapie

### LASER-PHOTOKOAGULATION

Krankhafte Blutgefäße außerhalb der Fovea (= Bereich des schärfsten Sehens) werden durch einen heißen Laser zerstört.

24

2

#### PHOTODYNAMISCHE THERAPIE

Die Behandlung besteht aus zwei Schritten. Prinzip: Durch einen "Soft-Laser" wird eine verabreichte Substanz aktiviert. Diese bewirkt einen Verschluss der krankmachenden Blutgefäße.

Nach der Therapie ist darauf zu achten, dass man sich 2 Tage lang keiner direkten Sonneneinstrahlung aussetzen soll.



#### ANTI-VEGF-THERAPIE

Wirkstoff wird direkt ins Auge gespritzt. Der Wirkstoff verhindert die neue Gefäßbildung und bereits bestehende krankhafte Gefäße können abgebaut werden. Es kann entweder der Verlauf der Erkrankung gebremst werden oder ein Teil der bereits verlorenen Sehleistung wieder zurückgewonnen werden.



Anhang 13: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch – Gebärmutterhalskrebs  
(Quelle: entnommen in einer Ordination in Wien, leicht veränderte Version unter <http://www.krebshilfe.net/pdf/artikel/9411473.pdf>)





### Gebärmutterhalskrebs durch HPV

#### „Hoch-Risiko“ HPV-Typen

Neben zahlreichen anderen HPV-Typen sind in Europa die Typen 16 und 18 die häufigsten eugenom (krebsogenen) HPV-Typen. Man geht davon aus, dass über 70% aller Gebärmutterhalskrebsarten durch diese beiden HPV-Typen verursacht werden.

#### „Niedrig-Risiko“ HPV-Typen

Viele der bekannten HPV-Typen verursachen nur in sehr seltenen Ausnahmefällen Krebs. Sie sind aber ebenfalls unangenehm und hartnäckige Krankheitsreger. Unter diesen HPV-Typen zählen die HPV-Typen 6 und 11 zu den häufigsten verursachenden

Typen. Sie sind zu 90% für die Bildung von Genitalwarzen verantwortlich.

Genitalwarzen sind die häufigste virale sexuell übertragbare Erkrankung und sehr ansteckend. Sie sind in der Regel zwar nicht lebensgefährlich, werden von den Betroffenen aber als unangenehm empfunden und oft auch belastend empfunden. Sie können sich von selbst zurückbilden, allerdings müssen sie in den meisten Fällen operativ entfernt werden. Da sie zum wiederholten Auftreten neigen, sind oft wiederholte Operationen notwendig. Häufig muss der Geschlechtspartner mitbehandelt werden.



Die HPV-Typen 16 und 18 sind für über 70% der Gebärmutterhalskrebsfälle verantwortlich. Die Typen 6 und 11 in 90% der Genitalwarzen-Fälle.

### Impfung gegen HPV

Nach jahrelanger Forschung und Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit in klinischen Studien sowie weltweitem Zulassungserfolg sind seit 2006 zwei Impfstoffe gegen Humane Papillomaviren verfügbar. Ein Impfstoff beinhaltet vier HPV-Stämme (16, 18 und 6, 11) und wirkt gegen Gebärmutterhalskrebs und Genitalwarzen. Der zweite beinhaltet zwei HPV-Stämme (16, 18) und wirkt gegen Gebärmutterhalskrebs.

Diese Impfstoffe sind in über 100 Ländern weltweit zugelassen und besetzen aus diesen Virusfamilien (VLP = Virus-Like-Partikel) d.h. ohne virales genetisches Material der HPV-Typen und sind daher kernlos infektiös.

#### Was kann die HPV-Impfung?

Die HPV-Impfungen können sehr wirkungsvoll Infektionswegen verhindern, die durch die häufigsten HPV-Typen 16 und 18 verursacht werden. Infektionen durch andere Typen, die nicht im Impfstoff enthalten sind, können dennoch vorkommen, sind aber wesentlich seltener.

Die HPV-Vierfachimpfung kann zusätzlich die Entstehung von keimartigen Verruosen an Gebärmutterhals, Scheide und Schamlippen sowie Genitalwarzen verhindern.

Die HPV-Zweifachimpfung verhindert zusätzlich Krebsvorstufen am Gebärmutterhals. Da jede Krebsentstehung eine Krebsstufe hat, kann mit der Verhinderung einer Krebsstufe der Krebs selbst verhindert werden.

Die HPV-Impfstoffe wirken von den Betroffenen weltweit zur Verhinderung von Gebärmutterhalskrebs zugelassen. Der HPV-Vierfachimpfstoff verhindert darüber hinaus auch Genitalwarzen.



1. Schäfer U und Dörner A: Die Art. Mikrobiol 2004;3:343-347.

Die HPV-Impfstoffe sind zur Verhinderung von Gebärmutterhalskrebs weltweit zugelassen. Gegen andere Krebsarten wie nicht durch HPV ausgelöst werden, wirkt die Impfung natürlich nicht.

### Impfung gegen HPV

#### Wie schnell wirkt die Impfung?

Die 3-stufigen Impfungen bieten nach Vervollständigung der 3. Teilimpfung den vollständigen Schutz. Ein Nachlassen der Schutzwirkung konnte bisher (nach bis zu 9,5 Jahren) nicht beobachtet werden. Im Durchschnitt entstehen Krebsvorstufen nach 10 bis 15 Monaten. In vielen Fällen entwickeln sich diese Vorstufen über Jahre hinweg zu Gebärmutterhalskrebs, wodurch ausreichend Zeit für Früherkennungsmaßnahmen bleibt. In einigen Fällen allerdings kann sich die Krebskrankung innerhalb kurzer Zeit entwickeln.

#### Wie wirkt die Impfung?

Durch die Impfung mit leeren Virusähnlichen Partikeln wird das Immunsystem des Körpers so trainiert, dass es später eindringende Viren leichter eliminieren kann. Die Schutzwirkung der Impfstoffe ist vor allem typenspezifisch. Ein Impfstoff schützt vor den Typen, deren Antigen er enthält.

#### Früherkennung oder Vermeidung?

Die jährliche Krebsabstrich hilft, krankhafte Veränderungen frühzeitig zu erkennen. Werden diese Krebsvorstufen rechtzeitig erkannt, können sie durch Operation entfernt werden. Im Gegensatz dazu verhindert die Impfung chronische Infektionen, dadurch entstehen keine Krebsvorstufen.

#### Für wen ist die Impfung?

**HPV-Vierfachimpfung** (gegen 6, 11, 16 und 18): Der Impfstoff ist zugelassen für Kinder und Jugendliche von 9 bis 15 Jahren und erwachsene Frauen von 16 bis 26 Jahren. Auch Frauen zwischen 27 und 45 Jahren können sich impfen lassen, die Wirksamkeit ist für sie allerdings etwas geringer, als bei jüngeren Frauen. Den höchsten Nutzen haben HPV 6, 11, 16, 18 naive Frauen (das sind 75% bis 26 Jahre und 67% bis 45 Jahre) mit einer Wirksamkeit von 90% (ältere) bis 95% (jüngere).

Die Impfung mit diesen vier virähnlichen Partikeln wird in Deutschland ab September 2009 als „genitalpräventive“ bezeichnet, um eine Unterscheidung der Indikationen zu ermöglichen.

### Impfung gegen HPV

**HPV-Zweifachimpfstoff** (16 und 18): Der Impfstoff ist zur Anwendung bei Frauen und Mädchen von 10 bis 25 Jahren zugelassen.

Beide Impfstoffe gelten als gut verträglich. Die Impfungen bieten sich einen Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen und Virusinfektionen. Im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten hinterlässt eine frühere Infektion keinen sicheren Schutz vor einer erneuten Infektion.

#### Wann sollte geimpft werden?

Idemrechtlich sollte die HPV-Impfung VOR BEGINN DER SEXUELLEN AKTIVITÄT erfolgen, da einerseits die Wirksamkeit der Impfung bei jungen Menschen am höchsten ist, andererseits auch eine bereits stattgefunden HPV-Infektion seltener vorliegt. Auch bereits sexuell aktive Frauen können sich impfen lassen.

#### Maximaler Schutz gegen HPV

Für die oben genannte Gruppe bietet die Impfung einen maximalen Schutz gegen die 4 wichtigsten HPV-Typen (6, 11, 16 und 18) und reduziert somit das Risiko an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken um ca. 70% und an Genitalwarzen zu erkranken um 30%. Auch für bereits sexuell aktive Personen bietet die HPV-Impfung die hohe Schutzwirkung.

#### Sollte ich bei einer neuen Impfung nicht besonders vorsichtig sein?

Die HPV-Vierfachimpfung wurde seit 2006 mehr als 50 Millionen Mal verabreicht. Die bisher gemessene Unverträglichkeit zeigt einen großen Nutzen der Impfung vor schwerwiegenden Erkrankungen. Die Gesundheitsbehörden führen weltweit regelmäßige Sicherheitsbewertungen durch. Bisher wurde dabei die gute Verträglichkeit der HPV-Impfung immer bestätigt.

Die HPV-Impfung ist ein wirksames Mittel zur Verhinderung von Gebärmutterhalskrebs. Sie schützt vor den häufigsten HPV-Typen, die Gebärmutterhalskrebs verursachen. Die Impfung ist für Frauen und Mädchen ab 10 Jahren zugelassen. Sie ist eine wichtige Ergänzung zur Gebärmutterhalskrebsvorsorge.

## Impfung gegen HPV

### HPV-Impfung – „millionenfach“ bewährt?

Die Impfstoffe werden weltweit in groß angelegten Impfprogrammen Millionen von Mädchen und jungen Frauen kostenlos zur Verfügung gestellt. Auch die WHO hat die HPV-Impfung in ihre allgemeinen **Impfempfehlungen** aufgenommen.

### Für wen ist die Impfung NICHT geeignet?

Die HPV-Impfung ist eine vorbeugende („prophylaktische“) Impfung und **NICHT zur Behandlung des Gebärmutterhalskrebses oder dessen Vorstufen** geeignet.

### Kann man eine HPV-Infektion feststellen?

Es gibt **Testverfahren**, die eine grobe Aussage über eine Besiedelung der Scheide mit HPV-Viren nachweisen können. Für die Entscheidung, ob Sie sich selbst oder ein anderes Familienmitglied testen lassen, sind diese Tests jedoch nicht notwendig.

Wenn Sie sich entschlossen haben, sich selbst oder ein anderes Familienmitglied impfen zu lassen, finden Sie nachstehend einige derzeit verfügbare Zusammenfassungen:

### Wie komme ich zu einer Impfung?

Der Impfstoff wird Ihnen von Ihrem Arzt/Ihrem Ärztin verschrieben.

### Wie oft wird geimpft?

Eine vollständige HPV-Impfung erfolgt in **drei Teilen**, jeweils in den **Überspannen**:

- Erste Teilimpfung,
- dann zweite Teilimpfung nach einem oder zwei Monaten,
- dritte Teilimpfung 6 Monate nach der 1. Teilimpfung bzw. 5 oder 6 Monate nach der 2. Teilimpfung.

## Impfung gegen HPV

### Schutzdauer der HPV-Impfung

Die derzeit verfügbaren Daten und Studien zeigen einen Impfschutz für die Dauer von bis zu 9,5 Jahren. Experten nehmen an, dass der Schutz bei geimpften Frauen ein Leben lang andauern könnte. Eine abschließende Beurteilung der Schutzdauer wird möglicherweise erst in 20 bis 30 Jahren möglich sein.

### Was mache ich, wenn ich eine Impfung versäumt habe?

Jede Impfung zählt. Wenn Sie die 2. Teilimpfung aus irgendeinem Grund nicht zum vorgesehenen Zeitpunkt erhalten konnten, dann können Sie diese Impfung jederzeit nachholen (mit einer ausreichenden Wirkung). Es ist dann die letzte und 3. Teilimpfung nach weiteren 4 Monaten zu verabreichen. Sie antworten aber in keinem Fall wieder von vorne beginnen.

### Kann ich die Impfung mit anderen Impfungen kombinieren?

Es ist durchaus möglich, die HPV-Vierfachimpfung auch mit anderen Impfungen wie z. B. Hepatitis B oder der Auffrischungsimpfung Diphtherie, Polio, Tetanus, Keuchhusten zu kombinieren. Für die gleichzeitige Verabreichung mit z. B. Influenza (Virusimpfung), FSME (Zicken) oder Genua (Windpockenimpfung) liegen keine Erfahrungen vor. Auch für die Kombination der Zweifachimpfung mit anderen Impfstoffen gibt es derzeit keine Daten.

### Wann sollte ich nicht geimpft werden?

Wenn Sie eine febrile Erkrankung haben, wird empfohlen, mit der Impfung zu warten, bis die Infektionskrankung abgeklungen ist.

## Impfung gegen HPV

### Sollen Männer auch geimpft werden?

Die **dreiteilige Zulassung** erlaubt die Impfung von 9- bis 15-jährigen Buben. Der Mann spielt nämlich eine wichtige Rolle als Infektionsüberträger und kann auch selbst an Genitalwarzen erkranken. Die klinischen Studien zur Zulassung für Männer bis zum 26. Lebensjahr laufen und haben eine gute Schutzwirkung gegen Genitalwarzen (90%) gezeigt.

### Können Frauen nach dem 26. Lebensjahr auch geimpft werden?

Deren sind nur Wirksamkeitsdaten des HPV-Vierfachimpfstoffes für Frauen zwischen 27 und 45 bekannt, welche die Anwendung ermöglichen.

### Darf während der Schwangerschaft geimpft werden?

Die Impfung sollte grundsätzlich erst nach Ende der Schwangerschaft durchgeführt werden. Sollten Sie sich geimpft haben lassen, ohne zu wissen, dass Sie schwanger sind, besteht aber kein Grund, sich um Ihr Baby Sorgen zu machen: Die HPV-Impfung ist kein Lebendimpfstoff.

### Kann ich die Pille nehmen?

Die HPV-Impfung beeinflusst die Wirksamkeit der Pille in keiner Weise.

## Impfung gegen HPV

### Wie hoch sind die Kosten für die Impfung?

Die Kosten der HPV-Impfung werden derzeit (noch) nicht von der Sozialversicherung getragen. Geplante und Verhandlungen laufen aber bereits. Der Einzelverkaufspreis in der Apotheke liegt – laut derzeitigen Informationsstand – bei 199,65 Euro pro Impfung inkl. Steuer, das heißt für die komplette, dreiteilige Impfung muss mit 571,95 Euro (Markenunterschieden) gerechnet werden. In einzelnen Bundesländern gibt es Impfkoupons.

### Nebenwirkungen

Die Impfung ist gut verträglich und nur wenig schmerzhaft. Wie bei jeder Impfung kann es jedoch an der Einstichstelle zu lokalen Reaktionen, leichten Hautirritationen oder Schwellungen kommen, die aber schnell wieder verschwinden.

### Risikofaktor

Es ist wichtig zu wissen, dass jede Frau – unabhängig von der Impfung – auch weiterhin in jährlich einem Krebsrisiko durchfallen lassen sollte. Durch die Impfung kann man (bitte) sich nur vor den häufigsten kostenregenden HPV-Viren schützen, nicht aber vor den anderen, die für etwa 90% der Gebärmutterhalskrebskrankungen verantwortlich sind.

Stellungnahme der Krebshilfe zur HPV-Impfung (Juli 2008)

1. Nach vorliegenden Untersuchungen ist die HPV-Impfung eine gute Möglichkeit, von der häufigsten Ursache für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs zu befreiben.
2. Die HPV-Impfung schützt insbesondere vor durch die HPV-Typen 16, 11, 18 und 18 bedingten Erkrankungen. Dies bedeutet Schutz vor ca. 75% der Gebärmutterhalskrebstumoren und deren Vorstufen sowie auffälliger Kerbepolypen.
3. Die HPV-Impfung ist kein Ersatz für die jährliche Krebsvorbereitung der Frau ab dem 20. Lebensjahr, da der Impfschutz gegen ca. 25% der Krebs verursachenden Viren nicht wirkt. Dieser Schutz bietet nur ein Drittel der über 20-jährigen Frauen diese Untersuchung jährlich durch, obwohl dieser Krebs im Frühstadium erkrankt zu 100% heilbar ist, auch wenn große Mädelchen und Frauen wissen, dass es eine qualitativ hochwertige Krebsfrüherkennung ist.
4. Das Risiko von Nebenwirkungen vor HPV sind andere übertragbaren Geschlechtskrankheiten kann vor HPV nur reduziert werden, der Gebrauch ist dennoch sehr empfehlenswert.
5. Die beste präventive Wirkung erzielt die Impfung vor der Aufnahme sexueller Aktivität.
6. Die Österreichische Krebshilfe empfiehlt daher die regelmäßige jährliche HPV-Impfung ALLER Jugendlichen zwischen 9 und 15 Jahren in Österreich.
7. Die Österreichische Krebshilfe unterstützt Projekte, die die HPV-Impfung der Frau nach Aufnahme sexueller Aktivität (oder ab dem 20. Lebensjahr) zu der Durchführung der besten Voruntersuchung inklusive Anabehaltungsforschung fördern.
8. Die HPV-Impfung ist nicht als Nebenwirkungen können Blähung, Schwellung und Fieber als Zeichen von lokalen Reaktionen (Injektionsort) auftreten. Bei schweren Symptomen wie „großes Fieber“, grippeähnliche „Piercing-Drüse“ („nicht grippeähnliche“) können keine lebensgefährlichen oder schwerwiegenden Nebenwirkungen festgestellt werden.

1 x jährlich Krebsabstrich

Um einen Krebsabstrich machen zu können, muss Ihr Arzt/Ihre Ärztin zunächst eine Spiegeluntersuchung durchführen, dann erfolgt von der Oberfläche des Gebärmutterwandes und vom Gebärmutterhals ein schmerzloser Abstrich. Die dabei entnommenen Zellen werden dann einer Färbung nach Papancolauer unterzogen (deshalb auch PAP-Abstrich genannt). Diese Zellen werden anschließend unter dem Mikroskop betrachtet. Je nach Grad der Veränderung bzw. Färbung wird der Befund in PAP I bis V unterteilt.

In etwa 3 bis 5% aller Abstriche ergibt sich ein Befund, der eine weitere Abklärung notwendig macht.

Mehr als 4.500 Frauen müssen jährlich wegen eines positiven Krebsabstrichs einer kleinen Operation (der sogenannten Konisation - siehe nachfolgende Seite) unterzogen werden. Auch wenn damit in den meisten Fällen die Frau geheilt werden kann, so bedeutet der positive Abstrich und die damit verbundene Operation eine große psychische Belastung für die Frau.

**1 x jährlich Krebsabstrich!**  
Diese Untersuchung der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses ist ab dem 20. Lebensjahr empfohlen. Für alle in Österreich wohnhaften Frauen (Austria).

- **PAP I – II:** unverdächtiger Befund
- **PAP III:** kontrollbedürftiger, auffälliger Befund
- **PAP IV:** erfordert eine Gewebeuntersuchung
- **PAP V:** hochgradig suspekt auf bösartige Tumorzellen

**PAP-Abstrich** bedeutet nach Papancolauer gefärbte Zellen, die unter dem Mikroskop betrachtet werden können. Die Zellen zeigen die Zellstruktur und die Zellgröße, die für die Diagnose von Krebs wichtig sind.

Weitere Untersuchungsmethoden

Die Kolposkopie

Zusätzlich zum Krebsabstrich kann eine **Kolposkopie** durchgeführt werden. Dadurch versteht man eine lupenartige Betrachtung des Gebärmutterhalses, d.h. der Ärztin/Ärztin betrachten den Gebärmutterhals optisch mit einer Vergrößerung (4- bis 20-fache Vergrößerung), um so noch genauere Veränderungen am Gebärmutterhals feststellen zu können. Es kann sein, dass ein verdächtiger Befund angezeigt wird, der durch eine Biopsie weiter abgeklärt werden muss.

Biopsie vom Gebärmutterhals

Dabei wird vom „verdächtigen“ Gewebe eine Probe entnommen und unter dem Mikroskop betrachtet (histologische Untersuchung).

Die Konisation

Wenn z.B. bei der Kolposkopie kein verdächtiges Gewebe erkennbar ist und Zellveränderungen möglicherweise im nicht sichtbaren Gebärmutterkanal liegen, kann es sein, dass keine eindeutige Diagnose durch eine Biopsie gestellt werden kann.

In so einem Fall wird zur endgültigen Sicherung der Diagnose eine **kegelförmige Ausschneidung eines Gewebestückes vom Gebärmutterhals** vorgenommen. Auch bei den Krebsvorstufen, die zumeist durch einen verdächtigen Krebsabstrich und eine Biopsie entdeckt und diagnostiziert werden, wird die Konisation zur Behandlung dieser Vorstufen durchgeführt. **Dieser Eingriff erfolgt unter Narkose**. Sollte die darauffolgende Untersuchung im Mikroskop zeigen, dass es sich um eine Vorstufe von Krebs gehandelt hat, ist **mit dem Ausschneiden bereits eine Therapie erfolgt**.

Wenn der Krebs aber bereits in tiefer Gewebeschicht nachgewiesen ist, dann muss Ihr Arzt/Ihre Ärztin eine weiterführende Therapie einleiten.

Die Heilungschancen bei einem früh erkannten und therapierten Gebärmutterhalskrebs sind nahezu 100%.

Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt?

Gerade bei den Krebskardinalen der Frau gibt es seit vielen Jahren die Möglichkeit, durch einfache Untersuchungen eine äußerst wirksame Früherkennung zu erreichen. **Und Früherkennung kann Leben retten.**

In Österreich werden die Kosten für viele Vorsorgeuntersuchungen von den Sozialversicherungsträgern übernommen. Trotzdem gibt es viele Frauen, die nicht regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Als Grund dafür geben diese Frauen an, dass sie durch Doppel- und Dreifachbelastung (Beruf, Kinder, Haushalt) sich vorrangig um die Gesundheit der Familie kümmern und ihre eigenen hinterstellen.

Wir erinnern Sie per E-Mail...

Für diese Frauen hat die Österreichische Krebshilfe ein modernes Konzept entwickelt, das rechtzeitig und regelmäßig an mögliche Früherkennungsuntersuchungen per E-Mail und/oder per SMS erinnert. Dieser kostenlose Service der Krebshilfe trägt den Slogan:

**AUS LIEBE ZUM LEBEN.**  
Er funktioniert ganz einfach:



Über die Homepage der Österreichischen Krebshilfe [www.krebshilfe.net](http://www.krebshilfe.net) melden Sie sich in einem geschützten und anonymisierten Bereich an und tragen Ihren letzten Besuch beim Arzt ein. Ein automatisch generiertes Erinnerungsprogramm errechnet für Sie die nächst fälligen Untersuchungen und sendet Ihnen rechtzeitig ein Erinnerungsmaß (E-Mail und/oder SMS). So einfach ist das!

...und jetzt auch per SMS!

Dank der Unterstützung der Mobilkom Austria konnte dieser Service auch auf SMS erweitert werden.



Was „Frau“ tun sollte:

**Krebsabstrich (Gebärmutterhals)** ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich

**Krebsuntersuchung der Brust** durch die Ärztin ab dem 40. Lebensjahr einmal im Jahr (bei Risikofaktoren bis zum 30. Lebensjahr)

**Zellveränderungen der Brust** ab dem 20. Lebensjahr

**Mammografie** ab dem 40. Lebensjahr (je nach Risikofaktoren ab dem 35. Lebensjahr)

**Diagnostische Ultraschall** ab dem 40. Lebensjahr einmal jährlich

**Doppelstrahlung** ab dem 50. Lebensjahr alle 10 bis 15 Jahre

**Worstbestimmung** ab dem 50. Lebensjahr

**Bin ich in den besten Händen...?**

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Behandlung ist immer auch ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies ist immer dann gegeben, wenn ausreichend auf Ihre Fragen eingegangen wird und Sie die gewünschten Informationen erhalten. Egal ob es um eine Früherkennungsempfehlung oder die Behandlung einer Krankheit geht. Die Art und Weise wie Ihr Arzt mit Ihren Fragen umgeht und deren Beantwortung ist ein Qualitätskriterium und schafft Vertrauen (oder nicht).

Es liegt in der Natur der Menschen, dass es mitunter auch vorkommen kann, dass Sie mit Ihrem behandelnden Arzt einfach keine „Chemie“ haben. Wenn dies der Fall ist oder Ihr Arzt/Ihre Ärztin nicht in ausreichender Art und Weise auf Ihre Fragen eingeht, dann müssen Sie die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen.

**Sie haben das Recht, Fragen zu stellen. Es geht um Ihre Gesundheit, Ihr Leben.**

Lesen Sie mehr zum Thema „Frauen und Krebs“ in der neuen Krebshilfe-Broschüre – ab sofort kostenlos in ganz Österreich erhältlich



**NEU!**  
Broschüre  
Frauen  
und Krebs

• Tel. (01) 796 64 50 • E-Mail: [service@krebshilfe.net](mailto:service@krebshilfe.net)

**Die Österreichische Krebshilfe ist österreichweit für Sie da:**

**BURGENLAND**  
7202 Bad Neusiedl am See, Harigasse 4  
Tel.: (0670) 26 40 821  
E-Mail: [oe.krebshilfe.burgen@krebshilfe.net](mailto:oe.krebshilfe.burgen@krebshilfe.net)  
[www.krebshilfe-burgen.at](http://www.krebshilfe-burgen.at)

**KÄRNTEN**  
9020 Klagenfurt, Babushofstraße 24/4  
Tel.: (0463) 50 79 78  
Fax: (0463) 50 70 78-4  
E-Mail: [krebshilfe@krebshilfe.at](mailto:krebshilfe@krebshilfe.at)  
[www.krebshilfe-ktn.at](http://www.krebshilfe-ktn.at)

**NIEDERÖSTERREICH**  
2700 W. Neustadt, Wiener Straße 69  
Tel.: 090899-2253 oder 2279  
Fax: 090899-2281  
E-Mail: [krebshilfe@krebshilfe.net](mailto:krebshilfe@krebshilfe.net)  
[www.krebshilfe-noe.at](http://www.krebshilfe-noe.at)

**OBERÖSTERREICH**  
4020 Linz, Hanschstraße 13  
Tel.: (0732) 77 77 96-5  
E-Mail: [office@krebshilfe-ooe.at](mailto:office@krebshilfe-ooe.at)  
[www.krebshilfe-ooe.at](http://www.krebshilfe-ooe.at)

**SALZBURG**  
5020 Salzburg, Marmontstraße 13  
Tel.: (0662) 87 35 35  
Fax: (0662) 87 35 35-4  
E-Mail: [office@krebshilfe-sbg.at](mailto:office@krebshilfe-sbg.at)  
[www.krebshilfe-sbg.at](http://www.krebshilfe-sbg.at)

**STEEIRMARK**  
8042 Graz, Raasdorf-Haus-Biedersteinallee 15-17  
Tel.: (0316) 47 44 33  
Fax: (0316) 47 44 33-10  
E-Mail: [beratung@krebshilfe.at](mailto:beratung@krebshilfe.at)  
[www.krebshilfe.at](http://www.krebshilfe.at)

**TIROL**  
6020 Innsbruck, Sonnenbergstraße 9/1  
Tel. & Fax: (0512) 57 77 68  
E-Mail: [krebshilfe@krebshilfe.at](mailto:krebshilfe@krebshilfe.at)  
[www.krebshilfe-tirol.at](http://www.krebshilfe-tirol.at)

**VORARLBERG**  
6843 Hochzosen, Franz-Michael-Feldner-Straße 6  
Tel.: (05576) 73 072  
Fax: (05576) 79 8 48-14  
E-Mail: [service@krebshilfe-vbg.at](mailto:service@krebshilfe-vbg.at)  
[www.krebshilfe-vbg.at](http://www.krebshilfe-vbg.at)

**WIEN**  
1180 Wien, Theresienpark 46  
Tel.: (01) 604 70 48  
Fax: (01) 608 22 41  
Hotline: 0800 699 300  
E-Mail: [beratung@krebshilfe-wien.at](mailto:beratung@krebshilfe-wien.at)  
[www.krebshilfe-wien.at](http://www.krebshilfe-wien.at)

**DACHVERBAND**  
1066 Wien, Wallzeigergasse 4  
Tel.: (01) 796 64 50  
Fax: (01) 796 64 50-9  
E-Mail: [service@krebshilfe.net](mailto:service@krebshilfe.net)  
[www.krebshilfe.net](http://www.krebshilfe.net)

Anhang 14: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Vitamin D  
(Quelle: entnommen in einer Ordination in Wien)

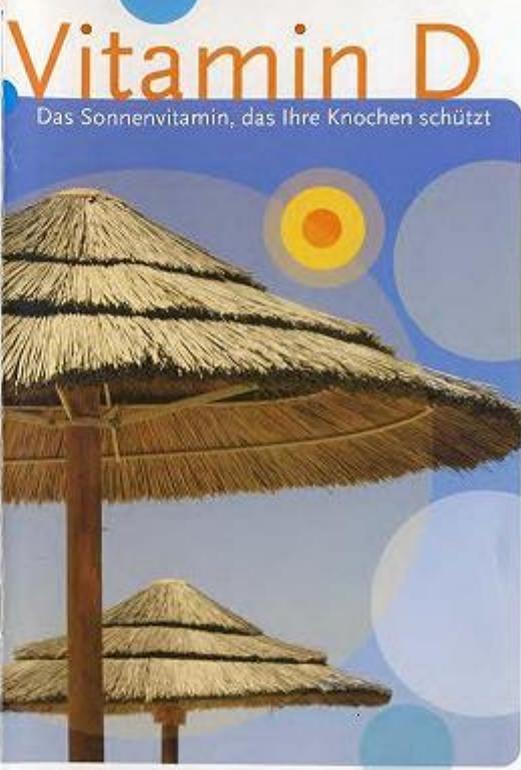
### Vitamin D und Kalzium im Überblick



- **Vitamin D** wird ausschließlich in der Haut mithilfe von Sonnenlicht gebildet.
- **Vitamin D** ist ein Versorgungsbaustein für Knochen und Muskeln, aber auch für andere wichtige Zellsysteme im Körper.
- **Kalzium** trägt dazu bei, dass unsere Knochen „fest“ bleiben.
- **Vitamin-D- und Kalziummangel** begünstigen beide die Entstehung einer Osteoporose.
- Bei **Osteoporose** können schon gewöhnliche Alltagsbelastungen einen Knochenbruch bewirken.
- Die **„Zauberformel“** für gesunde Knochen lautet: Viel Bewegung, ein vernünftiger Umgang mit der Sonne, kalzium- bzw. Vitamin-D-betontes Essen, wenig Alkohol, keine Zigaretten, ausreichend Schlaf.
- Bei vielen Patienten empfiehlt der Arzt/die Ärztin die regelmäßige Einnahme von **Vitamin-D-Tropfen**, entweder alleine oder zusammen mit **Kalzium** in Form eines Kombinationspräparates.

# Vitamin D

Das Sonnenvitamin, das Ihre Knochen schützt



### Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis, Impressum	2
Vorwort Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig, Graz	3
Vitamin D: Das „Sonnenvitamin“	4, 5
Kalzium und Vitamin D: Die „Knochenzwillinge“	6
Die Folgen von Vitamin-D-Mangel	7, 8
Osteoporose: Wenn Knochen brüchig werden	9, 10, 11
Vitamin D und Kalzium im Überblick	12



Impressum  
 Herausgeber: Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig  
 Redaktion: Dr. Ulrike Kresswetter  
 Mit finanzieller Unterstützung von Novartis Pharma GmbH, Brunner Str. 55, 1235 Wien.  
 ISBN 978-3-902494-04-4

### Vorwort



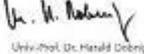
Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Ich freue mich, Ihnen diese neue Broschüre über Vitamin D und Kalzium vorstellen zu können. Als Präsident der „Österreichischen Gesellschaft zur Erforschung des Knochens und Mineralstoffwechsels“, aber auch als Arzt, der sich seit vielen Jahren praktisch und wissenschaftlich mit der Osteoporose und ihren Ursachen beschäftigt, legt mir das „Kalzium und Vitamin D“-Thema besonders am Herzen.

Weiße Teile der österreichischen Bevölkerung sind – wie in vielen Ländern dieser Welt – mit Kalzium und/oder Vitamin D unterversorgt. Dabei sind diese elementaren Versorgungsbausteine nicht nur für einen gesunden Knochen und die Muskulatur wichtig, sie steuern auch eine ganze Reihe anderer wichtiger Stoffwechselfvorgänge in unserem Körper.

Besonders bei älteren Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, ist dieser Mangel eklatant, wie auch eigene Untersuchungen gezeigt haben. Kein Wunder, wenn man bedenkt, wie selten ältere Menschen an die Sonne kommen, sicherlich oft bedingt durch chronische Krankheiten und körperliche Gebrechen. Aber auch rund ein Drittel der gesunden ÖsterreicherInnen hat gerade in den Wintermonaten – zu niedrige Vitamin-D-Spiegel.

Alle Erwachsenen in Österreich sollten eine tägliche Zufuhr von 1.000 Einheiten Vitamin D<sub>3</sub> zumindest in den Monaten Oktober bis März, anstreben. Eine solche Zufuhr ist absolut sicher und deckt den Grundbedarf ab. Kranke und gehbehinderte Personen, die kaum oder gar nicht ins Freie kommen, sollten das ganze Jahr über täglich 2.000 Einheiten Vitamin D<sub>3</sub> zu sich nehmen.

  
 Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig,  
 Spezialist für Hormon- und Knochenstoffwechsellinanzungen  
 an der Medizinischen Universität Graz

## Vitamin D: Das Sonnenvitamin

Wieso brauchen ausgerechnet unsere Knochen Sonne? Ganz einfach, weil wir für die Festigkeit unseres Knochengewebes ausreichend Vitamin D benötigen. Dieses sorgt für eine optimale Mineralisation und beeinflusst dadurch wesentlich den „Härtegrad“ der Knochen.

Bis vor kurzem schien Vitamin D lediglich notwendig, um eine Rachitis (Knochenerweichung) bei Kindern abzuwenden. Heute gehen Experten davon aus, dass für eine gute Infektabwehr, ein gesundes Gefäßsystem, normale Blutdruckwerte und eine kräftige Muskulatur ebenfalls ausreichend hohe Vitamin-D-Spiegel erforderlich sind. Zudem reguliert Vitamin D Wachstum und Teilung verschiedener Körperzellen und kann sogar der Krebsentstehung entgegenwirken.



4

5

### Die Sonne – unser wichtigster Vitamin-D-Produzent

**Sonnenbestrahlung der menschlichen Haut** führt zur Bildung von Vitamin D<sub>3</sub>. Von etwa April bis September gibt es in unseren Breiten ausreichend UV-B-reiches Sonnenlicht, vor allem zwischen 10 und 14 Uhr, also bei hohem Sonnenstand, kann dann genügend Vitamin D in der Haut gebildet werden. Bei älteren, gehbehinderten oder berufstätigen Menschen, die sich selten in der Sonne aufhalten, kann auch in dieser Jahreszeit ein Vitamin-D-Mangel bestehen.

In den Monaten Oktober bis März hingegen bedingt der flache Sonnenstand eine Filterung des UV-B-Anteils. In der kalten Jahreszeit wird daher auch bei Aufenthalt an der Sonne kaum Vitamin D produziert. Geht man mit wenig gefüllten Vitamin-D-Speichern in diese Monate, wird man unweigerlich in einen Vitamin-D-Mangelbereich „abrutschen“.

**Sonnenbestrahlung von Pflanzen** führt zur Bildung von Vitamin D<sub>2</sub> und erreicht den Menschen über die Nahrungskette (siehe auch Seite 8). Damit können aber im Schnitt nur 10 bis 20 Prozent unseres Vitamin-D-Bedarfes gedeckt werden, da der Vitamin-D<sub>2</sub>-Gehalt unserer Nahrungsmittel durchwegs sehr niedrig ist. Manche Nahrungsmittel enthalten zwar auch Vitamin D<sub>2</sub>, jedoch meist in zu geringen Mengen.

Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig: „Vitamin D wird in Pflanzen oder in unserem Körper ausschließlich über das Sonnenlicht gebildet. Alle Regionen, die nördlich einer gedachten Linie von Mittelitalien liegen, sind geografisch benachteiligt. Hier wird in den Monaten Oktober bis März auch bei sonnigem Wetter nur unzureichend Vitamin D gebildet!“



## Kalzium und Vitamin D: Die „Knochenzwillinge“

Der menschliche Knochen benötigt für den Erhalt seiner Festigkeit Kalzium und andere Mineralstoffe. Nur bei ausreichender Kalziumversorgung kann der Knochenaufbau optimiert und dem Knochenabbau entgegengesteuert werden. Der Knochenabbau setzt üblicherweise in der zweiten Lebenshälfte ein. Daher ist besonders ab dem 50. Lebensjahr auf eine ausreichende Zufuhr von Kalzium über die Nahrung zu achten (siehe auch Seite 11). Allerdings geht dies nicht ohne Hilfe von Vitamin D. Speziell bei geringem Kalziumangebot in der Nahrung brauchen wir Vitamin D als „Transportgehilfen“ im Darm, der die Aufnahme von Kalzium optimiert. Darüber hinaus trägt Vitamin D auch entscheidend dazu bei, den Einbau von Kalzium, aber auch von Phosphat, in die grundsätzlich faszige und weiche Knochengrundsubstanz zu fördern und diese „auszuhärten“ („Mineralisation“ des Knochens).

Vitamin D beeinflusst aber nicht nur den Knochenstoffwechsel, sondern hat auch eine wichtige Bedeutung für die Muskelfunktion. Aus Studien ist bekannt, dass die ausreichende Versorgung mit Vitamin D die Muskelkraft und damit auch Körperbalance und Reaktionszeit verbessert. Eine ausreichende Vitamin-D-Versorgung vermindert daher auch das Risiko für Stürze, die oft wiederum Anlass für Knochenbrüche und Verletzungen sein können. Daher sollten besonders ältere Menschen darauf achten, ausreichend Vitamin D zu sich zu nehmen.

Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig: „Unsere Knochen und unsere Muskulatur benötigen beides: Kalzium und Vitamin D. Das fördert einen optimalen Knochenaufbau in der Jugendzeit, bremst den Knochenmassenverlust im Alter, stärkt die Muskulatur und reduziert die Stürzhäufigkeit!“



6

## Die Folgen von Vitamin-D-Mangel

Eine Folge des Vitamin-D-Mangels bei Kindern ist die Rachitis. Diese Knochenkrankheit mit typisch verformten Knochen, Minderwuchs und Infektanfälligkeit ist in Österreich dank der Verschreibung von Vitamin-D-Tropfen im ersten Lebensjahr selten geworden.

Vitamin-D-Mangel beim Erwachsenen kann eine Reihe von Erkrankungen verursachen oder begünstigen. In dieser Broschüre wollen wir uns auf Erkrankungen des Knochens beschränken.

Die wichtigste direkte Folgeerkrankung eines Vitamin-D-Mangels und damit einer nicht ausreichenden Mineralisation des Knochens im Erwachsenenalter ist in schweren Fällen die Osteomalazie und in leichteren Fällen die Entwicklung einer Osteoporose.

Im Erwachsenenalter steht die Osteoporose an erster Stelle aller Knochenkrankheiten. Sie geht häufig mit einem Vitamin-D-Mangel einher und führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für Knochenbrüche. Laut „Österreichischem Osteoporosebericht 2007“ haben in unserem Land etwa 700.000 Menschen eine Osteoporose. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Osteoporose zu erkranken, nimmt mit dem Alter zu, besonders dann, wenn bereits Großeltern oder Eltern eine solche hatten. Frauen haben generell ein höheres Erkrankungsrisiko als Männer – aber Achtung: Männer können sehr wohl auch an Osteoporose erkranken!



Die Wechseljahre der Frau führen zu markanten Änderungen des Hormonhaushalts. Durch den Abfall der Geschlechtshormone werden die knochenbauenden Zellen aktiv, und trotz großem Abbau der Knochenmasse werden die Knochen aufbauenden Zellen ganz gerade in den ersten fünf bis sieben Jahren nach dem Wechsel relativ viel an Knochenmasse verloren. Kommt im höheren Lebensalter dann ein Vitamin-D-Mangel hinzu, versucht der Körper, durch das Nebenschilddrüsenhormon Parathormon das Kalziumdefizit abzubauen, ein Vorgang, der den Knochenabbau im Alter wesentlich mit unterstützt.

Dazu kommt, dass es mit zunehmendem Alter schwieriger wird, Vitamin D in ausreichender Menge zu bilden. Bei gleicher Sonnenbestrahlung kann die Haut eines jüngeren Menschen mehr Vitamin D produzieren als die Haut eines älteren Menschen.

Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig: „Vitamin-D-Mangel begünstigt vermutlich eine ganze Reihe wichtiger Erkrankungen, unter anderem die Entstehung einer Osteoporose.“



## Osteoporose: Wenn Knochen brüchig werden

### Was ist Osteoporose?

Osteoporose ist eine Erkrankung, die alle Knochen betrifft. Die Knochenmasse nimmt an Masse ab, und sowohl die Knochenbälkchen (sog. Mikroarchitektur) als auch die Knochenrinde, die für die Stabilität und Belastbarkeit verantwortlich sind, werden dünner und verändern sich im Laufe der Zeit. Ein osteoporotisch veränderter Knochen ist daher nicht mehr so „fest“ wie ein gesunder Knochen und bricht leichter. Schon gewöhnliche Alltagsbelastungen, wie z.B. das Heben einer Einkaufstasche oder bei fortgeschrittener Erkrankung sogar ein Husten, können bei osteoporotisch veränderten Knochen einen Bruch bewirken. Besonders typische Brüche treten an den Wirbelkörpern, am Oberschenkelhals und am Unterarmknochen auf.

### Kann man Osteoporose verhindern?

Nicht jede Osteoporose lässt sich verhindern, denn manche Risikofaktoren wie familiäre Vorbelastung, Alter oder bestimmte Erkrankungen können wir nicht beeinflussen. Sehr wohl können wir die Rahmenbedingungen optimieren und unsere Knochen unterstützen, möglichst lange gesund und damit tragfähig und stabil zu bleiben!

### Was kann man gegen Osteoporose machen?

#### Gesund durchs Leben

Viel Bewegung, gesundes Essen, wenig Alkohol, keine Zigaretten, ausreichend Schlaf. Diese „Wunderformel“ schützt nicht nur Herz, Gefäße und Gehirn, sondern auch die Knochen. Apropos Bewegung: Schon in der Kindheit wird der Grundstein für gesunde Knochen im höheren Lebensalter gelegt. Bewegungsfreudige Kinder bauen mehr Knochenmasse

auf als andere. Wie wäre es mit regelmäßiger Bewegung gemeinsam mit z.B. Ihrem Enkelkind? Davon profitieren Sie beide!

**Gesund ernähren – Vitamin D und Kalzium**  
Wichtig: Unsere „Knochenzwillinge“ sind die Basis in der Osteoporosebehandlung und müssen zusätzlich zu einer eventuell notwendigen medikamentösen Therapie in ausreichender Menge eingenommen werden. Wir sollten daher bei unserer Ernährung darauf achten, dass wir jeden Tag Kalzium in ausreichendem Maße zuführen und zumindest in den Sommermonaten einen gesunden Umgang mit der Sonne pflegen. Lebensmittel, die besonders viel Vitamin D und Kalzium enthalten, sind im Kasten angeführt.

Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig: „Eine Daumenregel, die leicht zu merken ist, besagt, dass ein gutes Glas Milch (oder Buttermilch oder Ähnliches), 1 Joghurt und 2–3 Scheiben Hartkäse, gemeinsam mit einer guten Mischkost den Tagesbedarf an Kalzium decken.“

Wenn Sie sich richtig ernähren und auf die „notwendige Dosis“ Sonnenlicht (etwa 15 bis 20 Minuten täglich für ein größeres Hautareal) achten, ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie ausreichend versorgt sind. In vielen Fällen wird Ihr Arzt/Ihre Ärztin die regelmäßige Einnahme von Vitamin-D-Tropfen, entweder alleine oder zusammen mit Kalzium in Form eines Kalzium/Vitamin-D-Kombinationspräparates, empfehlen.



## Ausgewählte Lebensmittel, die viel Vitamin D oder Kalzium enthalten

	Vitamin D	Kalzium
Lebertran	+	
Fisch	+	
Joghurt		+
Sauerrahm		+
Milch		+
Topfen		+
Käse		+
Hühnerei		+

### Medikamentöse Therapie

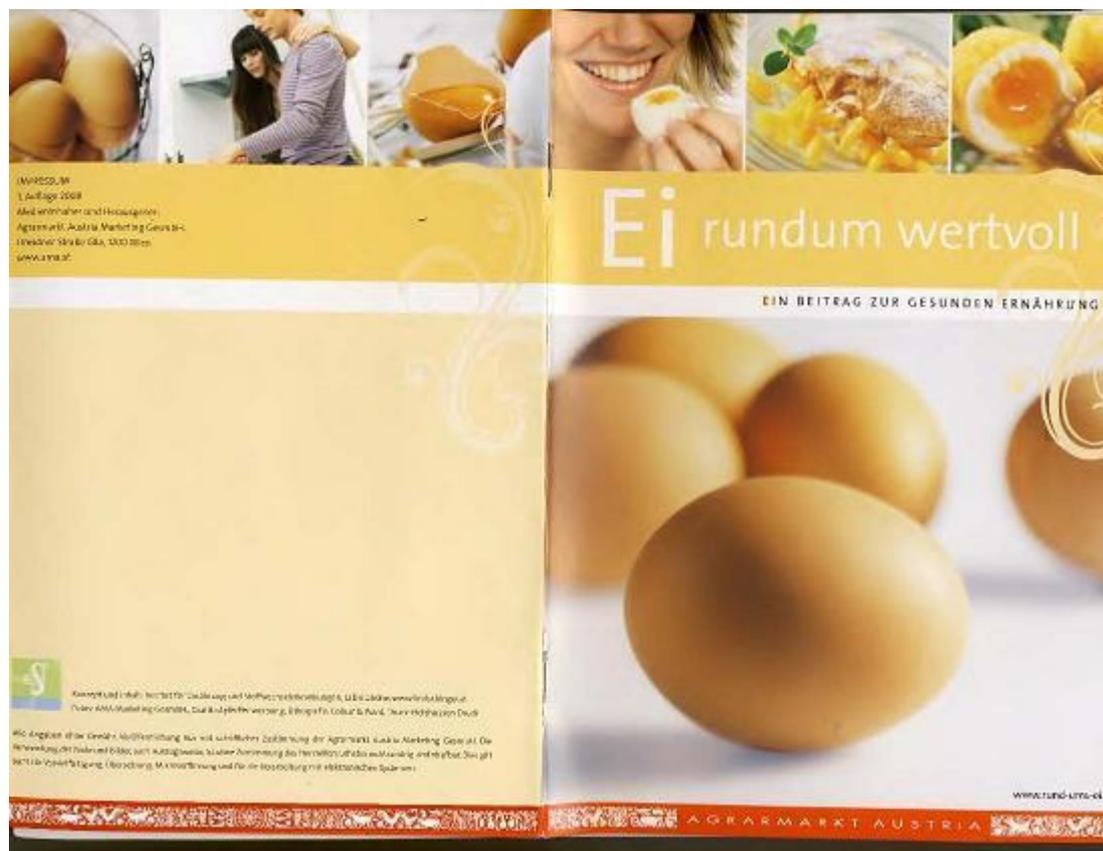
Heute gibt es eine Vielzahl von wirksamen Therapien, die die Knochenmasse und Knochenstruktur bewahren bzw. sogar verbessern können. Große Studien zeigen, dass diese Medikamente Knochenbrüche im Ausmaß von etwa 50 Prozent verhindern können.



Univ.-Prof. Dr. Harald Dobnig: „Bei einer Osteoporose ist der Knochen nicht mehr so fest und stabil wie ein gesunder Knochen. Neben einer medikamentösen Therapie und ausreichender Bewegung spielt eine gesunde Ernährung mit ausreichend Kalzium und Vitamin D eine sehr wichtige Rolle. Viele Patienten nehmen regelmäßig zu einer kalziumreichen Ernährung Vitamin-D-Tropfen oder auch ein Kalzium/Vitamin-D-Kombinationspräparat zu sich.“

## Anhang 15: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Ei-Beitrag zur gesunden Ernährung

(Quelle: [http://www.ama-marketing.at/home/user/12/Eier/Ei\\_Broschuere\\_endkorr.pdf](http://www.ama-marketing.at/home/user/12/Eier/Ei_Broschuere_endkorr.pdf))





„Das weiß ein jeder, wer's auch sei, gesund und stärkend ist das Ei!“  
(Wilhelm Bush)

- Ei(n) Beitrag zur gesunden Ernährung 02
- Alles klar? Die heißesten Fragen rund ums Ei 03
- Hier's Schick & gesunder Vorrat 05
- Das AMA-Ei-Catcher 07
- Ernährungsinfos 08
- Fruchtlos? (Sting)\* 14
- Gesunde Food 16
- Fruchtlos? 18
- Eggcellent - Ei-Rezepte 20
- D-Globe 24

## Henne oder Ei?

Was war zuerst da? Die Beantwortung dieser Frage beschäftigt die Menschheit nicht erst seit Charles Darwin – bisher ohne Resultat. Klar ist hingegen, dass das Ei seit jeher als Symbol für Fruchtbarkeit und Leben gilt.

**W**en wundere(n) sich bei all den wertvollen Inhaltsstoffen, die im Ei stecken. Denn es ist von Natur aus ein richtiger „Energiecocktail“ für den Nachwuchs – also ein „Lebensmittel“ im besten Sinne. So macht es sich durch höchste Eiweißqualität, jede Menge wichtiger Nährstoffe, Spurenelemente, Vitamine und vieles mehr aus. Im Ei steckt also drinnen, was der menschliche Körper braucht. Selbst das oft kritisierte Cholesterin ist letztendlich für lebenswichtige physiologische Aufgaben notwendig.

Die vorliegende Broschüre wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Ernährung und Stoffwechsellinien der Leibniz-Universität unter der Leitung von Internisten und Ernährungswissenschaftlerinnen Prof. Dr. Martina Lindacher erstellt. Sie bietet einen Überblick über die Bedeutung und den Stellenwert des Eies in einer bedarfsgerechten modernen Ernährung.

Weitere finden Sie kompetente Antworten auf häufig gestellte Fragen, viele praktische Tipps und zahlreiche köstliche Rezepte.

Ihr AMA-Marketing Team



### Das Ei stärkt...

- > Knochen
- > Immunsystem
- > Augen
- > Stoffwechsel
- > Haut
- > Zellen
- > Verdauung
- > Sauerstofftransport im Blut



## Ei(n) Beitrag zur gesunden Ernährung

Das Ei hat's in sich! Eier enthalten zahlreiche wertvolle Inhaltsstoffe und stellen daher auf einem gesunden Speiseplan nicht fehlen. Die gesunde Nährstoffpalette reicht von Eiweiß mit höchster biologischer Wertigkeit, lebensnotwendigen (essentiellen) Aminosäuren, essenziellen Fettsäuren, Vitamin A, E, K, Folsäure, Biotin bis hin zu Eisen und Zink und ist somit auch eine richtig gesunde Vitaminherbe. Immerhin enthält ein Ei auch alles, was ein Köhler zum Stier in ein gesundes Leber braucht!

**Good News**  
In aktuellen Studien wurde gezeigt, dass das im Ei enthaltene Lecithin die Cholesterinaufnahme im Darm hemmt, was bedeutet, dass nur ein Teil des Nahrungscholesterins ins Blut aufgenommen wird.

**Eier, zwei oder drei!**  
Generell empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung 3 Eier pro Woche. Kommt es bei bestimmten Anlässen wie beispielsweise Diäten oder bei bestimmten Zuständen (z.B. bei Tieren) pro Woche, ist laut neuesten Erkenntnissen Ihre Herz-Kreislaufrisiko geringer. Ansonsten sollten Sie sich pro Tag drei Cholesterinwerte nicht beeinflussen, da ein gesunder Körper seinen Cholesterinbedarf selbst steuert. Achten Sie darauf, wertvolle pflanzliche Öle (z.B. Olivenöl), ballaststoffreiche Lebensmittel und Fisch in Ihren Speiseplan einzubauen, denn diese können Ihren Cholesterinwert positiv beeinflussen.



## Alles (Ei)klar? Die heißesten Fragen rund ums Ei

**Muss ich aufgrund erhöhter Cholesterinwerte auf Eier verzichten?**  
Erhöhter Cholesterinwert (Stoffwechselstörung) im Blut gilt als Risikofaktor für Herz- und Kreislauferkrankungen. Cholesterin wird täglich im Körper selbst produziert wie auch über die Nahrung aufgenommen. Da nur ein kleiner Teil des Nahrungscholesterins absorbiert wird, haben diese Menschen auch ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen. Zu Unrecht, wie Sie sehen werden.

**Was muss ich bei der Zubereitung bezüglich der Salmonellengefahr beachten?**  
Der Hygiene gilt im Umgang mit Eiern besondere Aufmerksamkeit. Die höchste Priorität hat eine richtige Zubereitungstipps:



- **Salmonellen** befinden sich vor allem auf der Innenseite der Eierschalen und sind nicht wasserlöslich.
- **Teile es frisch!**  
Nur frische Eier kaufen und sofort als möglich verbrauchen. Für Speisen, die roh oder halbroh zubereitet werden (wie z.B. bei Tiramisu), sollten Sie unbedingt auf die Packung achten. Wenn Sie es nicht sofort verbrauchen, sollten Sie es im Kühlschrank lagern. Bei der Lagerung sollten Sie es nicht mit anderen Lebensmitteln lagern, die auch roh verzehrt werden können (z.B. Salat, Obst).  
• **Manche mögen's heiß!**  
Bei Temperaturen unter 48°C vermehren sich Salmonellen gut.

**TIPP**  
Das Ei enthält mehr als 1000 Nährstoffe. Ein Ei enthält 7g Fett, 6g Eiweiß, 1g Kohlenhydrate, 1g Ballaststoffe, 1g Natrium, 1g Kalium, 1g Magnesium, 1g Zink, 1g Eisen, 1g Selen, 1g Phosphor, 1g Kupfer, 1g Mangan, 1g Nickel, 1g Bor, 1g Vanadium, 1g Chrom, 1g Molybdän, 1g Silizium, 1g Zinn, 1g Cadmium, 1g Nickel, 1g Kupfer, 1g Mangan, 1g Zink, 1g Eisen, 1g Selen, 1g Phosphor, 1g Kalium, 1g Natrium, 1g Magnesium, 1g Calcium, 1g Fluor, 1g Iod, 1g Biotin, 1g Folsäure, 1g Vitamin A, 1g Vitamin B1, 1g Vitamin B2, 1g Vitamin B6, 1g Vitamin B12, 1g Vitamin C, 1g Vitamin E, 1g Vitamin K, 1g Vitamin PP, 1g Vitamin H, 1g Vitamin M, 1g Vitamin N, 1g Vitamin O, 1g Vitamin P, 1g Vitamin Q, 1g Vitamin R, 1g Vitamin S, 1g Vitamin T, 1g Vitamin U, 1g Vitamin V, 1g Vitamin W, 1g Vitamin X, 1g Vitamin Y, 1g Vitamin Z.

# Qualität

Gibt es Qualitätsunterschiede bei weißen, braunen und grünen Eiern?

Gibt es Qualitätsunterschiede bei Eiern bezüglich Ernährung- und Haltungbedingungen? Freigeläufte enthalten deutlich mehr essentielle Omega-3-Fettsäuren (z.B. in Eierschale) wie auch Vitamin A und Folsäure aus Böden- oder Fütterung. Dies wird durch die natürlichen Futterquellen (verschiedene Kräuter und Gräser), ganz ohne künstliche Zusätze, begründet. Entscheiden Sie sich selbst, ob Sie Eier aus Baden, Hessen- oder Bioböden kaufen möchten. Mit 2009 ist Österreich die Fütterung verboten – nicht aber in den anderen EU-Ländern. Achten Sie also jetzt ganz besonders darauf, woher Ihr Ei kommt!

Gibt es Qualitätsunterschiede bei weißem, braunem und grünem Ei? Bezüglich der Inhaltsstoffe gibt es keine Unterschiede, egal ob Sie braune, weiße oder grüne Eier bevorzugen. Es ist auch ein Mythos, dass braune Hühner braune Eier legen. Die Schalenfarbe hängt von der Rasse und nicht von der Farbe der Hühner ab. Gewisse Hühnermassen wie z.B. „Asusca“ legen Eier mit grülicher Schale – besonders praktisch zu Ostern!

Hilft mir das Ei beim Abnehmen? Auch bei der Gewichtsabnahme unterstützt Sie das Ei als hochwertige Eiweißquelle. Die Eiweißbausteine bewirken eine Stimulation des Appetits – was das Abnehmen natürlich um einiges erleichtert. Weiter wirkt eine ausreichende Eiweißaufnahme dem anaerobsten Muskelabbau und dem damit verbundenen Jo-Jo-Effekt entgegen – dann Sie wollen ja Fett- und nicht Muskelmasse verlieren! Kein anderes im Handel erhältliche Eiweiß hat eine ähnlich hohe biologische Wertigkeit wie das „Eiweiß vom Ei“.



## Harte Schale & gesunder Kern!

1 EINER WIEGT CA. 60 GRAMM UND BEINHALTET:

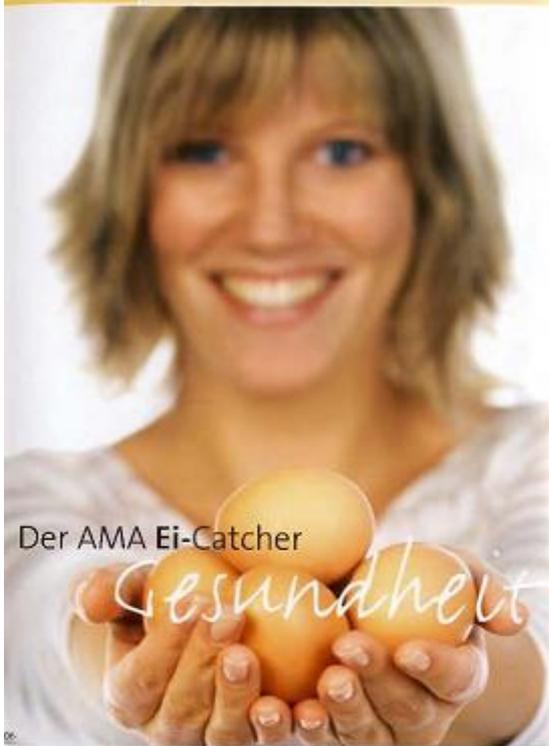
Stärke	14 µg	Vitamin D	2 µg
Fett	7 g	Magnesium	9 mg
Folsäure	15 µg	Vitamin E	1,2 mg
Eiweiß	6 g	Eisen	2 mg
Vitamin B12	1,2 µg	Vitamin K	32 µg
Kohlenhydrate in Spuren		Zink	1 mg
Natrium	76 mg	Niacin (Äquivalent)	2 mg
Cholesterin	277 mg	Schwefel	105 mg
Kalium	89 mg	Phosphor	138 mg
Vitamin A	0,2 mg	Pantothensäure	87 µg
Calcium	95 mg	Jod	6 µg

1 EIKLAR MIT 18 GRAMM BEINHALTET:

4 g Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate in Spuren, 0 g Cholesterin, 34 µg Niacin (1 mg Äquivalent), 53 µg Pantothensäure, 3 µg Biotin, 6 µg Folsäure, 65 mg Natrium, 59 mg Kalium, 4 mg Calcium, 5 mg Magnesium, 8 mg Phosphor, 68 mg Schwefel, 3 µg Jod

1 DOTTER MIT 22 GRAMM BEINHALTET:

7 g Fett, 4 g Eiweiß, Kohlenhydrate in Spuren, 277 mg Cholesterin, 0,2 mg Vitamin A, 1,2 µg Vitamin B12, 2 µg Vitamin D, 1,2 mg Vitamin E, 32 µg Vitamin K, 34 µg Niacin (1 mg Äquivalent), 876 µg Pantothensäure, 11 µg Biotin, 29 µg Folsäure, 8 mg Natrium, 90 mg Kalium, 51 mg Calcium, 4 mg Magnesium, 130 mg Phosphor, 37 mg Schwefel, 2 mg Eisen, 1 mg Zink, 1 µg Jod



Der AMA Ei-Catcher  
Gesundheit

Die Abbildung zeigt Ihnen, wie viel Prozent der empfohlenen Tageszufuhr an wichtigen Nährstoffen Sie mit nur einem Ei aufnehmen und welche Funktionen diese Nährstoffe haben.



Ernährung



Die biologische Wertigkeit gibt an, wie viel körpereigenes Eiweiß aus 100 g Nahrungsprotein gebildet werden kann. Das Hühnerei hat den Wertigkeit von 100 %!

## Eiweiß und biologische Wertigkeit

Nicht nur das im Ei enthaltene biologisch hochwertige Eiweiß spricht für den regelmäßigen Eierverzehr. Diese Proteine und lebensnotwendigen Aminosäuren (Eiweißbausteine) stärken Ihr Immunsystem, dienen als Transportmittel wichtiger Stoffe im Blut und sind für den Aufbau von Muskulatur und Zellen unabdingbar.

**Eiweiß**

Das Ei



## ZUM THEMA CHOLESTERIN

Sie haben aus Sorge über Ihre Cholesterinwerte auf Eier verzichtet? Dann können Sie, wie wieder auf den Speiseplan zu setzen. Fakt ist: Zahlreiche Studien zeigen keine Verbindungen zwischen dem Cholesterin und einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen.

Cholesterin ist eine fettähnliche Substanz, die im Körper täglich erzeugt und auch mit der Nahrung aufgenommen wird. Es erfüllt im Körper wichtige Funktionen, wie die Beteiligung am Zellwachstum, als Bestandteil von Hormonen und der Gallenflüssigkeit.

**Das „gute“ und das „böse“ Cholesterin**  
**LDL** (low density lipoprotein) gilt auch als „böses“ Cholesterin, es transportiert Cholesterin zu den Körperzellen. Ein Überschuss kann sich an Gefäßwänden ablagern und somit das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen erhöhen!

**HDL** (high density lipoprotein) wird auch als „gutes“ Cholesterin bezeichnet, es dient als Transporter für Cholesterin von den Arterien zurück zur Leber, dem Ort der Beseitigung – somit kann HDL die Gefahr von Arteriosklerose sogar verringern.

Nicht Cholesterin, sondern gesättigte Fettsäuren sowie auch Transfettsäuren (Fertigprodukte, gehärtete Fette) erhöhen den Spiegel an „schlechtem“ LDL-Cholesterin. Eier enthalten nur wenige gesättigte Fettsäuren und KEINE Transfettsäuren.

**LECITHIN**  
 ...erhöht Erheblich und diese dient wiederum dem Transport von Cholesterin. Weitum bekannter ist es als ideale Nervenahrung, die ihr Gehirn zu Höchstleistungen anregt. Es dient als Botenstoff zur Übermittlung aller wichtigen Informationen und Nervenimpulse.

Ernährung

## Fettsäuren

### ZUM THEMA FETTSÄUREN

**Das gute Fett**  
 Das Hühnerei liefert essentielle Fettsäuren, welche lebensnotwendig sind und vom Körper selbst nicht aufgebaut werden können. Insbesondere hervorzuheben sind die Omega-3 Fettsäuren – wie man weiß, sind diese nämlich nur in Fischen enthalten! Mit diesen „gesunden“ Fettsäuren läuft die Gehirne und ihr Nervensystem wie geschmiert!

**Die gesättigten Fettsäuren** kommen vorwiegend in tierischen Fetten (Schmalz, Erdnussfett, Grassmehl, Schmalz, ...) und in versteckter Form in tierischen Lebensmittel, wie Fleisch und Wurstwaren sowie in Milch und Milchprodukten vor. Aber auch pflanzliche Öle wie Kokosöl und Palmölöl, enthalten einen hohen Anteil an gesättigten Fettsäuren. Diese können den Cholesterinspiegel ungünstig beeinflussen und sollten bei erhöhten Blutwerten reduziert werden.

**Einfach ungesättigte Fettsäuren** kommen vorwiegend in Olivenöl, Rapeseöl, Haselnussöl und Erdnussöl vor und senken den LDL-Cholesterinspiegel. Jedoch wird der HDL-Cholesterinspiegel nicht beeinflusst.

**Die mehrfach ungesättigten Fettsäuren** sind zum größten Teil in Sonnenblumenöl, Mohnöl, Distelöl, Kürbisöl, Kürbisöl oder Weizenkeimöl enthalten. Im Gegensatz zu den einfach ungesättigten Fettsäuren reduzieren sie den Gesamtcholesterinspiegel, aber auch das gute HDL.

**Transfettsäuren** wirken sich doppelt negativ aus, indem sie das LDL-Cholesterin steigern und gleichzeitig das HDL-Cholesterin um bis zu 15 % senken können. Sie sind in geringem Ausmaß in Milchfett enthalten, weshalb Sie fettarme Milchprodukte bevorzugen sollten. Auch bei der Herstellung von Instantnudeln entstehen aus mehrfach ungesättigten Fettsäuren Transfettsäuren. Reich an Transfettsäuren sind Süßwaren, Backwaren (Brotkrumen), Nuss-Nougat-Öl, Fertigsuppen, Fertigsaußen und fettreiche Snacks wie Chips oder Pommes frites.

**Das Ei ist transfettsäurefrei!**

Das Ei

## Vitamine & Mineralstoffe

**VITAMIN A > Sehfähigkeit**  
 Vitamin A gibt eine wichtige Funktion für den Sehvermögen aus. Im Dotter enthaltenes Lutein und Zeaxanthin schützen vor einer zehnjährigen Abnahme der Sehfunktion. Dank dem Ei haben Sie den Durchblick. Weibchen unterstützen Vitamin A die Infektivität und die Gesundheit der Schilddrüse. Während einer Schwangerschaft und Stillzeit ist der Bedarf erhöht!

**VITAMIN E > Oxidative Stressfreiheit**  
 Vitamin E hält Ihre Haut jung, entschärft freie Radikale und schützt somit vor Gefäßschädigungen, blutartigen Erkrankungen und vorzeitiger Alterung.

**VITAMIN D > Knochenfestigkeit**  
 Vitamin D verstärkt Sie die Festigkeit Ihrer Knochen und Zähne. Es wird größtenteils in der Haut unter Einwirkung von UV-Einstrahlung gebildet, doch auch teilweise mit der Nahrung zugeführt. Die Funktionen reichen von der Regulation des Calcium- und Phosphatstoffwechsels über die wichtige Rolle im Knochenstoff und der Zahntwicklung. In den letzten Monaten können Sie „sonnig“ in Hartmann sein.

**EISEN > Blutzirkulation**  
 Eisen ist mangelgefährlich das häufigste Spurenelement im menschlichen Körper. Es fungiert als wesentlicher Bestandteil der Blutbildung und besitzt eine entscheidende Funktion als Sauerstofftransporter von der Lunge ins Gewebe. Insofern werden als „Eisenhelfer“ – die Speicherform von Eisen im Körper. Der und Fleisch dienen als Hauptlieferanten von Eisen, in Kombination mit Vitamin C verbessert sich die Eisenaufnahme im Darm. Weibchen pflanzliche und tierische Lebensmittel gemeinsam verzehrt, erhöht sich die Eisenaufnahme enorm.



Aussehen wie aus dem Ei gepellt. Biotin etwa zählt zur Gruppe der wasserlöslichen Vitamine und ist auch als Vitamin H oder Schönheitsvitamin bekannt.

# Schönheit



**ZINK** > Abwehrkräfte-Steigerung

Zink unterstützt Ihr Immunsystem, kämpft gegen freie Radikale und schützt Ihre Gefäße. Ein Zinkmangel macht Ihren Stoffwechsel träge und führt zu Hautproblemen und Haarausfall. Zu dem bedeutsamen Zinklieferanten zählen neben Fleisch und Milchprodukten wiederum Eier. Ihr Körper kann Zink aus tierischen Lebensmittel besser verwerten als aus pflanzlichen.

**FOLSAURE** > Zellteilung

Folsäure ist ein wichtiger Bestandteil bei der Zellteilung und Wundheilung. Eine mangelnde Folsäurezufuhr wirkt schädlich auf den Kreislauf ein. Der Grund dafür ist die homocystein-senkende Wirkung von Folsäure. Die Aminosäure Homocystein gilt als kardiovaskulärer Risikofaktor, der mit Hilfe von Folsäure und Vitamin B12 entschärft werden kann. Besonders vor und während einer Schwangerschaft muss auf ausreichende Folsäureversorgung geachtet werden.

**SCHWEFEL** > Allergie

Schwefel sorgt für den typischen Geruch von verdorbenen Eiern. Er ist ein wichtiger Bestandteil von Aminosäuren (Eiweißbausteine) und Vitaminen der B-Gruppe. Außerdem hält er Ihren Stoffwechsel auf Trab. Neben Fleisch und Milchprodukten sind auch Getreidearten gute Lieferanten für die Schwefelzufuhr.

**BIOTIN** > Schönheit

Biotin zählt zur Gruppe der wasserlöslichen Vitamine und ist auch als Vitamin H oder Schönheitsvitamin bekannt. Es übernimmt wichtige Funktionen im Fettstoffwechsel aus. Biotin-Mangel äußert sich als Wachstumstörungen, Müdigkeit, Haarausfall, Hauterkrankungen und erhöhte Cholesterinwerte. Biotin macht also nicht nur schön, sondern aufgrund seines positiven Einflusses auf die Cholesterin- und Blutzuckerwerte auch gesund.

**NIACIN** > Grundweiche Stoffwechselfunktionen

Niacin zählt zu der Gruppe der B-Vitamine und ist für viele Stoffwechselfunktionen unabdingbar. Es ist auch für die Regeneration von Haut, Schleimhäuten, Muskulatur und DNA wichtig.



# Functional Eating®

Prof. Dr. Meiyad Lindschinger hat das Modell der sieben neuen Ernährungsstufen entwickelt, welches auf die geänderten Bedürfnisse der modernen Menschen eingehen – denn durch veränderte Lebenssituationen entstehen unterschiedliche Bedürfnisse, die individuell angepasste Ernährungsformen verlangen. Dieses Modell betont die Individualität des Menschen auch in der Ernährung und die richtige Kombination der Lebensmittel anhand von unterschiedlichen Zielgruppen. Der Gesundheitszustand der (Ziel-)bewussten Ernährung soll durch Functional Eating® „mit jedem Bissen“ näher gebracht werden.

- 1. **BALANCED FOOD:** für eine generell ausgewogene Gesundheit
- 2. **BRAIN FOOD:** für eine verstärkte geistige Leistungsfähigkeit
- 3. **BEAUTY FOOD:** für mehr Schönheit, nach innen und außen
- 4. **EROTIC FOOD:** für ein sinnliches und erotisches Genussvergnügen
- 5. **POWER FOOD:** für eine Optimierung des physischen Leistungsvermögens
- 6. **SOUL FOOD:** für einen gelassenen Umgang mit Stress
- 7. **NEW FOOD:** für eine sinnvolle Abwechslung

## Das Hühnerei – ein natürliches, funktionelles Lebensmittel

Das Ei nimmt bei folgenden 4 Säulen einen besonderen Stellenwert ein.

**BALANCED FOOD**

**Ei, bist du ausgeglichen!**  
Aufgrund seiner wertvollen Inhaltsstoffe dient das Hühnerei nicht nur als Vitamin- sondern auch als Cholesterinlieferant und sollte daher ein fester Bestandteil einer ausgewogenen Ernährung sein.

**BRAIN FOOD**

**Ei, bist du geschult!**  
Das im Ei enthaltene Lecithin wird in den Nervenfasern und im Gehirn zu Acetylcholin umgewandelt und hilft somit bei Gehirn in Schwingung und Leistungsfähigkeit.

**BEAUTY FOOD**

**Ei, bist du schön!**  
Wenn Sie das obere Hühnerhäutchen genießen, genießen Sie auch ein Ei. Das enthaltene Biotin und Vitamin E wirken als Schutzkollagen vor innen.

**POWER FOOD**

**Ei, bist du stark!**  
Aufgrund seines biologisch hochwertigen Eiweißes dient das Ei als idealer Energie-Lieferant. Besonders sportlich aktiven Personen von der Ausdauer herfordernden Probleme zum Aufbau und Erhalt von Muskelmasse sowie zur effektiveren Regeneration.





## Gender Food

Als Gender Food werden jene Lebensmittel bezeichnet, die speziell auf die Bedürfnisse von Frauen und Männern abgestimmt sind – also eine geschlechterspezifisch angepasste Ernährung.

Durch die körperlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern kommt es auch zu unterschiedlichen Nährstoffbedürfnissen. Beispielsweise haben Männer, da sie generell größer und schwerer sind, einen höheren Energiebedarf, der mit einer gleichwertigen Ernährung verbunden ist. Auch die Funktion einzelner Stoffwechselorgane ist bei beiden Geschlechtern unterschiedlich, da auch der Hormonstatus bei Mann und Frau anders ist als bei Frauen, kommt es ebenfalls zu einem veränderten Nährstoffbedarf.

Im Rezeptteil finden Sie bei jedem einzelnen Vorschlag auch einen eigenen Gender Food-Tipp!

## Der kleine, feine Unterschied

### FRAU

Schwangerschaft und Stillzeit bedeuten auch einen veränderten Nährstoffbedarf. Höherer Bedarf an Vitaminen A, B, Folsäure, Eisen, essentiellen Aminosäuren und Antioxidantien zu decken und liefern einen wertvollen Beitrag zur ausreichenden Versorgung mit Nährstoffen für Mutter und Kind. Bei einem Kinderwunsch kann das im Ei enthaltene Zink die Fruchtbarkeit unterstützen. Das enthaltene Lecithin ist für die Gehirnentwicklung des Embryos umgeborene Säuglinge wichtig, das während der Schwangerschaft und der Stillzeit die Lechtharnstoffkonzentration häufig aufrecht erhält.

### MANN

Ein Zinkmangel beim Mann führt zu einem niedrigen Testosteronspiegel, welcher die Fruchtbarkeit negativ beeinflussen kann. Durch das im Ei enthaltene Zink erhöht sich die Spermienanzahl – das Ei gilt nicht umsonst als ein Fruchtbarkeitsgenie.

Nebenbei ist der Nährstoffbedarf nicht nur vom Geschlecht, sondern auch vom Alter (den unterschiedlichen Lebensphasen) abhängig.

### KIND

Viel gepunktet mit essentiellen Nährstoffen dient das Ei als wichtige „Nährstoffbombe“ während der Kindheit. Das enthaltene Eiweiß dient als Baustoff, Vitamin D stärkt die Knochen, Folsäure und Eisen unterstützen das Wachstum des Kindes. Und ganz nebenbei – schmeckt das Ei!

### SINDERN

Mit dem Alter ändern sich die Nährstoffbedürfnisse. Ein schwächeres Immunsystem bedeutet einen Mehrbedarf an Vitamin B und C sowie Zink. Eine Abnahme an Magnesium führt zu einem erhöhten Bedarf an Vitamin B, Folsäure, Eisen und Zink. Durch erhöhten oxidativen Stress kommt es zu einem Mehrbedarf an Beta-Carotin, Vitamin E und Selen. Vitamin D stärkt die Knochen und unterstützt die Mobilität im hohen Alter. Durch Laufen und Zeckenstich kann ein beeinträchtigtes Sehvermögen vorgebeugt werden. All diese Nährstoffe liefert das Naturwunder „Ei“.

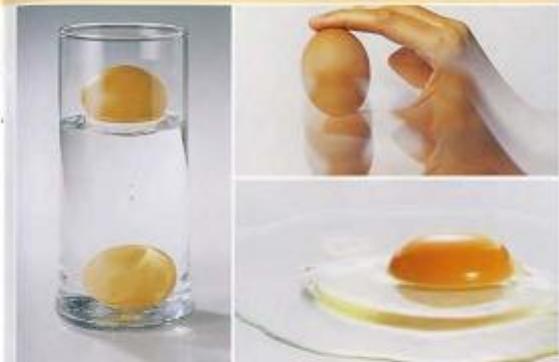
Gender Food



## Frischetipps

Lagern Sie Eier kühl, trocken, lichtgeschützt und mit der stumpfen Seite nach oben. Feuchtigkeit beeinträchtigt die Schutzfunktion der Schale.

Lebensmittel mit starkem Geruch wie Käse nicht neben Eiern lagern. Eier können Fremdgerüche annehmen.



### So gehen Sie auf Nummer sicher...



#### SCHÜTTELTEST:

Hören Sie beim Schütteln ein Schwappen, ist das Ei nicht mehr ganz frisch.



#### SALZWASSERTEST:

Geben Sie 1 El Salz in ein Glas Wasser. Frische Eier sinken sofort zu Boden, ein bereits veraltetes Ei hat eine größere Luftkammer und schwimmt oben.



#### AUFSCHLAGTEST:

Bei frischem Ei ist es leicht, wenn der Dotter schön hochgewölbt ist. Sollte er flatterig flach sein und das Eiklar läuft auseinander, sollten Sie das Ei zur Sicherheit durchgaren.



#### LICHTTEST:

Halten Sie das Ei vor eine Tageslampe. Der Dotter sollte sich immer in einem trüben Lager befinden, egal, wie Sie das Ei halten.



70

## Frühstück

Frühstückes einmal ganz anders ...  
**Eierbrötchen**



Milch mit Eiern und Salz verrühren, und Semmelbröseln oder Toast dazu werfen. Öl in Pfanne erhitzen und die Gebäckchen darin auf beiden Seiten goldgelb backen und nach Gusto belegen.

**2 Portionen**  
2 Stk. Vollkornmehl  
8 Scheiben geröstetes  
oder 4 Stk. Vollkornbrot  
2 E  
100 ml Milch  
1 Prise Salz  
1 St. Öl

### GENDER FOOD-TIPP:

Plant mit Paradeiser (Lycopin), mit Maccaroni (Calcium) belegen und Knoblauch und vor dem Anrichten mit Basilikum garnieren.

Schinken (Eisen), Lauch und Frühlingszwiege (Calcium) mit gebackten Kartoffeln (Zink, Phosphor) mild bestreuen.

## Mittagessen

Ein Ei gegen den großen Hunger ...  
**Eier im Schlafrock**



Waffelpapier, Alufolie und gut ausgedrücktes Handtuch heiß machen, abstreifen, schälen und rundum etwas salzen. Topfen mit 1 Ei, Butter, Schinken, Serr, Zwiebel, Knoblauch, Petersile, Salz und Pfeffer gut verühren. Backpapier auf 180°C vorheizen und Backblech mit Backpapier belegen. Pflanzöl erwärmen, in 4 Quadranten schneiden, mit flüssiger Butter bestreuen, mit Waffelpapier belegen, diesen salzen und pfeffern und danach mit der Topfenmasse bestreuen. Je ein Ei auf ein Topfenquadrat legen und umhüllen, mit Wasser Butter bestreuen, auf das Backblech legen und ca. 10-15 Minuten backen. Anschließend mit Rahmkäse bestreuen und nochmals kurz (2-3 Minuten), bis der Käse geschmolzen ist, überbacken.

**8 Portionen**  
1 Pkg. fertiger Pflanzöl (800 g)  
4 Eier  
60 g Parmesan  
100 g Schinken  
200 g Butter  
1 kleine Zwiebel  
1 Knoblauchzehen  
3 Stk. Petersile  
2 Stk. Serr  
2 Stk. Pfeffer  
2 Stk. Salz  
1 Stk. Pfeffer  
1 Stk. Pfeffer  
1 Stk. Pfeffer  
1 Stk. Pfeffer

### GENDER FOOD-TIPP:

Milch eignet sich als fettsäurereicher Tipp. Grünes Gemüse wie z.B. grüner Salat oder Spinat, abwechslungsreich mit viel gebackter Dinkelweiz (sehr guter Vitamin E und Zink Lieferant) bestreuen.

Beifügen von Mineralien wie z.B. Eisen (Zink, Calcium) belegen, mit sauren (Calcium, Zink, Calcium) bestreuen und energiegelau backen.



## Beisatz

Und der Tag wird zum Feiertag ...  
**Eier-Nuss-Plätzchen**

Eier mit Zucker und Honig schaumig rühren, Zitronensaft zugeben, zerkleinerte Nüsse und gehackte Toastkrumen unterheben. Masse ca. 15 Minuten kalt stellen. Backblech mit Backpapier belegen und die Nussmischung auf diese setzen. Bei ca. 180°C für 10-15 Minuten backen.

ca. 20 Stück  
2 Eier  
100 g Zucker  
100 g Honig  
2 Stk. Bio-gehackte  
Toastkrumen  
100 g Zitronensaft  
200 g zerkleinerte Nüsse  
Ölöl

### GENDER FOOD-TIPP:

Gebe Sie zu Aloe oder Walnüssen (Vitamin, Fett).

Verfeinern Sie mit getrockneten Amandeln und etwas Walnüssen (Zink).

## Snack

Für den kleinen Hunger ...  
**Ei-Sandwich**



Das kochen, schälen und klein hacken. Mit Topfen, Sauerrahm, Senf und Gurken verfeinern, mit Salz und Pfeffer abschmecken. Inweiche 1 Scheibe Toast mit etwas Butter bestreichen, mit Salatblatt und einer Paradeiserhälfte belegen und mit dem Aufstrich abschmecken.

**2 Portionen**  
2 Eier  
100 g Topfen  
1 Esslöffel  
1 El. Sauerrahm  
1 TL Senf  
1 TL gehackte Dill  
Salz, Pfeffer  
4 Scheiben Vollkornbrot  
4 Scheiben Paradeiserhälfte  
Krautessigsauce

### GENDER FOOD-TIPP:

Die kleine Mischung (50 g) eignet sich sehr für (Calcium, Phosphor) zu trinken. Ein Apfelkuchen (Zink) ist hier besonders gut geeignet.

## Abendessen

Träumen sieht nichts mehr im Weg ...  
**Gemüseomelett**



Zucchini waschen, schälen und in dünne Streifen schneiden. Zwiebel fein würfeln. Öl in einer beschichteten Pfanne erhitzen und Zwiebel darin anbraten, Zucchini zugeben und mitbraten. Eier in einer Schüssel verquirlen, Parmesan zugeben und mit Salz, Pfeffer und Knoblauch würfeln. In-Masse über Zucchini gießen und bei wenig Hitze stocken lassen. Druckt vom Herd entfernt lösen, wenn es auf der Unterseite goldbraun ist, dann wenden, bis die zweite Seite ebenfalls goldbraun ist. Kann warm oder kalt gegessen werden.

**4 Portionen**  
200 g Zucchini  
1 kleine Zwiebel  
30 g Parmesan  
2 Stk. Eiweiß  
1 Ei  
Salz, Pfeffer  
1 El. Knoblauch

### GENDER FOOD-TIPP:

Als Gemüse eignet sich auch (Fenchel oder Lauch) (Kalium, Vitamin C).

Zurück mit Knoblauch (Zink) für (Calcium) zu trinken (Calcium, Zink, Eisen) verwenden.

# Ei-Glossar



**ACETYLCHOLIN** ist ein Botenstoff (Neurotransmitter) im Gehirn und lenkt die Nervenzellen auf Informationen.

**ADRENALIN** und **CORTISOL** sind Hormone des Stresshormons. Adrenalin bewirkt eine Verringerung der Verdauung, Cortisol senkt die Immunabwehr.

**ARTERIOSKLEROSE** ist eine langsam fortschreitende Schädigung oder Verengung (Einengung) durch Ablagerung von z.B. Cholesterin an den Innenwänden von Blutgefäßen. Arteriosklerose führt zu Herz-Kreislauferkrankungen.

**BALNUTZSTOFFE** sind unverdauliche Nahrungs-

bestandteile (Ballaststoffe, Cellulose), die hauptsächlich in pflanzlichen Lebensmitteln (Getreide, Obst, Gemüse) vorkommen. Die Faser der Ballaststoffe wird im Darm entweder zu kurzkettigen Fettsäuren abgebaut (Nahrung für Darmbakterien) oder quillt im Darm auf und regelt somit die Verdauung an.

**CHOLESTERIN** ist eine fettlösliche Substanz, welche im Körper wichtige Funktionen übernimmt (z.B. Grundbaustein von Gallensäure). Es wird im Körper selbst, vorwiegend in der Leber, produziert, aber auch mit der Nahrung aufgenommen. Der Cholesterinspiegel gibt die Gesamtkonzentration im Blut an. Erhöhte Cholesterinwerte können zu Herz-Kreislauferkrankungen führen.

**ESSIGTIGEL** bewirkt Mückenabwehr. Dagegen sind Nahrungsmittelzusätze, die Mücken nicht selbst produzieren können und müssen somit über die Nahrung zugeführt werden (wie die essentiellen Aminosäuren).

**FERRITIN** ist die Speicherform von Eisen im Körper.

**FREE RADICALS** werden auch als freie Radikale oder oxidativen Bestandteile bezeichnet.

Stoffe, die im Körper, aber diese Stoffe sind auch im Darm, die die Verdauung fördern (z.B. Bifidobakterien). Diese Stoffe sind auch im Darm, die die Verdauung fördern (z.B. Bifidobakterien). Diese Stoffe sind auch im Darm, die die Verdauung fördern (z.B. Bifidobakterien).

**GENDER FOOD** ist ein geschlechtsspezifisch angepasstes Ernährungskonzept, welches die Vorteile von Lebensmitteln und deren Nährstoffen für die Frau und den Mann in der Lebensphase berücksichtigt.

**IMMUNSYSTEM** wird die biologische Abwehrsystem des Körpers gegen krankmachende Stoffe (Viren, Bakterien, Pilze) bezeichnet.

**KARDIOVASKULÄR** bezieht sich auf Herz und Gefäßsystem.

**LUTEINIZANTHIN** bilden zur Gruppe der Carotinoide und sind sehr wichtig für die Funktion und den Aufbau des Sehsinns.

**COLECALCIFEROL** werden ungenutzte Vitamine und fettlösliche Vitamine. Sie sind in der Gruppe der mehrfach ungesättigten Fettsäuren und sind lebenswichtig. Sie sind lebenswichtig. Sie sind lebenswichtig. Sie sind lebenswichtig.

**OXIDATIVER STRESS** entsteht bei einem Ungleichgewicht zwischen freien Radikalen (Oxidantien) und der körpereigenen Abwehrmechanismen (Antioxidantien) und führt zu Stoffwechsellstörungen.

**TESTOSTERON** ist das wichtigste männliche Sexualhormon, das bei beiden Geschlechtern vorkommt, sich aber in Konzentration und Wirkung unterscheidet. Seine Funktionen reichen von der Entwicklung der männlichen Geschlechtsorgane und -merkmale über Knochenwachstum bis hin zu Muskelkraft.

## Literaturverzeichnis

Ajzner, A. (2002). *Food Marketing Research*. (2nd ed.). London: Sage.

Ames, B. N., & Harman, D. (1993). *Free Radicals in Human Aging: A Defense for Free Radicals in Human Aging*. *Journal of Gerontology*, 48(1), 9-16.

Choi, S. H., & Lee, S. H. (2008). *Effect of Acupuncture on Blood Pressure in Hypertensive Patients*. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 11(2), 123-128.

Frederick, T. A., Allen, T. A., Nivola, S. C., Vincent, G. L., Scully, P. A., & Rasmussen, G. H. (2008). *Consumption of 'One Day One Glass' Beverages and Blood Pressure in Older Adults with and without Metabolic Syndrome*. *Journal of Nutrition*, 138(1), 103-108.

Hu, F. B., Zeng, M. J., Chen, C. D., Manson, J. E., Borker, A., Collins, G. A., et al. (1998). *A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women*. *Journal of American Medical Association*, 279(15), 1307-1314.

Jiang, Y., Hu, F. B., & Ross, S. S. (2001). *Egg Consumption and the Development of Cardiovascular Disease in Men*. *Journal of Nutrition*, 131(1), 20-25.

Kim, H. J., & Lee, S. H. (2008). *Effect of Acupuncture on Blood Pressure in Older Adults with and without Metabolic Syndrome*. *Journal of Nutrition*, 138(1), 103-108.

Lee, S. H., & Choi, S. H. (2008). *Effect of Acupuncture on Blood Pressure in Hypertensive Patients*. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 11(2), 123-128.

Micha, D. S., Bellizzi, K. A., Bogan, C. L., Gribben, H. S., Shih, R. E., Baran, L. A., et al. (2005). *Effect of Diet on Blood Pressure in Adults with and without Metabolic Syndrome*. *Journal of Nutrition*, 135(1), 103-108.

National Health and Medical Research Council. (1990). *Dietary Guidelines for Older Australians*. Canberra: NMRC, Commonwealth of Australia.

National Health and Medical Research Council. (1990). *Dietary Guidelines for Older Australians*. Canberra: NMRC, Commonwealth of Australia.

National Health and Medical Research Council. (1990). *Dietary Guidelines for Older Australians*. Canberra: NMRC, Commonwealth of Australia.

Anhang 16: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Verstopfung (Quelle: <http://www.apotheker-oberndorf.at/downloads/verstopfung.pdf>)



Mag. Anita Frauwallner,  
Präsidentin der Österreichischen  
Gesellschaft für Probiotische Medizin  
und CEO Institut AllergoSan

” Aufgrund zahlreicher Rückmeldungen von Menschen mit Stuhlträgheit hier jene Kombination, mit der die meisten unserer Kunden Erfolg hatten:

- 1) Morgens vor dem Frühstück 1 gehäuften Kaffeelöffel **OMNI BIOTIC 6**
- 2) Nach dem Mittag- und Abendessen 1 Portion **Caricel**
- 3) Entweder vormittags oder nachmittags als Jause 1 Beutel **Praebiotic 3**

Gleichzeitig denken Sie bitte an die folgenden Maßnahmen:

- 1) Stündlich 1 Glas Wasser trinken!
- 2) Täglich nach dem Frühstück 5 Minuten Klostraining!
- 3) Zumindestens 3x wöchentlich 30 Minuten konstante Bewegung

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg!

*Anita Frauwallner*



Institut AllergoSan pharmazeutische Produkte  
Forschungs- und Vertriebs GmbH  
A-8040 Graz, Schwedlstraße 8A  
Telefon: 0316 / 405 305, Fax: 0316 / 405 305 20  
E-Mail: mail@allergosan.at

www.allergosan.at

www.darmgesundheits.at

## VERSTOPFUNG? SO HABEN SIE ERFOLG!



### Tipps zur Verstopfung – So haben Sie Erfolg!

Immer mehr Menschen suchen einen Ausweg aus dem Teufelskreis Abführmittel – Durchfall – erneute Verstopfung. In der Apotheke stehen heute viele Mittel aus der Naturheilkunde zur Verfügung, welche ohne Gewöhnungseffekt und ohne behandlungsbedürftige Nebenwirkungen eingesetzt werden können.

Medizinisch spricht man nur dann von Verstopfung (= Obstipation), wenn es pro Woche zu weniger als drei Stuhleerungen kommt. Die Stuhlmenge ist dann zusätzlich noch meist gering, der Stuhl hart und nur schwer abzusetzen. Dazu kommen oft noch Schmerzen und Blähungen.

In der Folge finden Sie mögliche Beschwerdebilder und die dabei zu empfehlenden Nahrungsergänzungsmittel. Alle diese Tipps und auch die Produkte können und sollen sogar miteinander kombiniert werden. Denn selten gibt es nur eine Ursache für die Verstopfung. Sie ist zumeist das Produkt aus verschiedenen Problemen und Zivilisationschäden.

#### Ursachen für Verstopfung

##### a) allgemein

- zu wenige Ballaststoffe
- zu wenig Flüssigkeit oder hoher Flüssigkeitsverlust (starkes Schwitzen)
- Veränderung der Ernährung
- Bewegungsmangel
- Stress
- Schwangerschaft
- Vorbereitung einer ungenügenden Darmflora-besiedlung



##### b) Medikamente

- Abführmittel
- Schmerzmittel
- Psychopharmaka
- Antiepileptika
- Parkinson-Mittel
- Gallenab binder
- Kalzium- und Eisensupplementierungen



#### e) Erkrankungen

- Diabetes
- Schilddrüsenprobleme
- Morbus Parkinson
- Hämorrhoiden
- chronische Divertikulitis



Um eine jahrelange Verstopfung loszuwerden, braucht man etwas Geduld, aber die Mühe lohnt sich!

Überlegen Sie was die Ursache für Ihre Darmträgheit gewesen sein könnte.

#### Möglichkeit 1

Verstopfung nach längerer Krankheit, speziell nach Antibiotikagabe.

#### Empfehlung: OMNI BIOTIC 6

**Begründung:** Probiotische Bakterien benötigen wir in hoher Zahl in unserem Darm, da nur sie die Nahrung für unseren Körper verwertbar machen können. Ist durch spezielle Medikationen die Bakterienflora des Darms reduziert, beginnen Gärungs- oder Fäulnisprozesse, welche die Darmtätigkeit verlangsamen. Je nach Bakterienart können hochdosierte Probiotika zu einer Erhöhung der Stuhlfrequenz, einer Verbesserung der Stuhlkonsistenz sowie zu einer Beschleunigung der Darmverweilzeit von Nahrung führen. **1 – 2 x täglich 1 Kaffeelöffel!**



#### Möglichkeit 2

Älterer oder auch ganz junger Mensch, sehr schlank, nimmt wenig Nahrung zu sich.

#### Empfehlung: lösliche Ballaststoffe – PRAEBIOTIC 3

**Begründung:** Gerade bei älteren Menschen und bei Teenagern, die unbedingt dünn sein wollen, ist sowohl die Stoffwechsellage als auch die Nahrungszufuhr stark eingeschränkt. Lösliche Ballaststoffe erhöhen das Stuhlvolumen und üben verstärkten Druck auf die Darmwände aus, was zu einer verstärkten Darmbewegung führt. Probiotika fördern zusätzlich das Wachstum von Darmbakterien, denen sie als Nahrung dienen. **Täglich 1 Beutel**



#### Möglichkeit 3

Fast Food fair: zu süß und zu fett, aber ohne Vitamine und Ballaststoffe.

**Empfehlung:** fermentierte Kräuterextrakte zur Darmsäuerung – **MIKROSAN**

**Begründung:** In Hamburgern, Leberkäse und Limonaden sind Emulgatoren, Süßungsmittel und Konservierungsstoffe enthalten, welche die Darmtätigkeit verlangsamen können. Rechtsregulate aus Verdauungsfördernden Kräutern, z.B. Olivenblättern, Basilikum, Fenchel oder äng Zhi unterstützen den Darm in seinem Reinigungsprozess und bei der Verdauungsregulierung.  
3 x 30 ml



#### Möglichkeit 4

Schlafstörungen, speziell zwischen 1 und 3 Uhr.

**Empfehlung:** Unterstützung der Lebertätigkeit – **PHÖNOHEPAN**

**Begründung:** Der Darm steht in enger Wechselwirkung mit einer funktionierenden Lebertätigkeit. Laut chinesischer Organuhr verursacht eine Fehlfunktion der Leber häufiges Aufwachen zwischen 1 und 3 Uhr. Zur Anregung der Leber- und damit auch der Darmtätigkeit eignen sich speziell homöopathische und spagyrische Mittel. Diese werden **kurz vor dem Zubettgehen 2 x innerhalb von 30 Minuten angewendet** (z.B. Phänohepan 50 Tropfen).

#### Möglichkeit 5

Wechsel zwischen Verstopfung und Durchfall, Reizdarmbeschwerden.

**Empfehlung:** Phytotherapeutika aus Pfefferminze und Papaya – **CARICOL**

**Begründung:** Bei Personen mit Reizdarmsyndrom steigern die Beschwerden je hektischer die Ernährung ist. Studien zeigen beste Wirkung durch krampflösendes Pfefferminzöl sowie die verdauungsregulierenden Enzyme der Papaya.  
**2 Stück Packs täglich nach dem Essen**



#### Versuchen Sie folgende Regeln einzuhalten:

##### Regel 1

Stündlich 1 Glas Wasser trinken

Leichter geht es, das einzuhalten, wenn Sie sich einfach den Wecker jede Stunde stellen, damit er sie erinnert oder lassen Sie Ihr Handy klingeln.



**Vergessen Sie nicht:** Trinken Sie schluckweise und bewuszt!

Wenn Sie das ernsthaft versuchen, werden Sie sich bereits innerhalb von zwei Wochen an **das regelmäßige Trinken** gewöhnt haben. Sie werden gar nicht mehr verstehen, dass das bisher nicht geklappt hat!

##### Regel 2

Täglich 30 Minuten Bewegung wie Stiegensteigen, Schwimmen oder einfach flott spazieren gehen!

Wer sich zu wenig bewegt und kaum trinkt, macht auch den Darm lähm. Schon vor tausenden Jahren wussten chinesische Ärzte, dass Verdauung Energie benötigt. Ohne Energie können die wertvollen Stoffe nicht aus der Nahrung gefiltert werden, man fühlt sich müde, lustlos und „schwer“.

**Sauerstoff schafft Energie in die Zellen. Machen Sie daher täglich eine „Sauerstoff-Mehr-Schritt-Therapie“ durch Bewegung an frischer Luft.**

Wenn es gar nicht umsetzbar ist, kann man auch mit täglich 100 mg **META CARE Coenzym Q10** nachhelfen.



##### Regel 3

So viele Faserstoffe wie möglich

Zucker, Fett und Alkohol fördern die Darmläufigkeit, während Ihre Faserstoffe in frischem Obst, Gemüse und Vollkornprodukten entgegenwirken.

**Schritt 3 gegen Ihre Verstopfung ist somit die langsame Umstellung Ihrer Ernährung auf mehr Faserstoffe.** Ich betone langsam! Ideal wäre es, wenn Sie zuerst einmal sämtliche Süßigkeiten durch Obst ersetzen könnten.



Und denken Sie beim Einkaufen daran – **keine Mahlzeit ohne eine große Portion Gemüse!** Heurige Kartoffeln mit grünem Salat, Zuchinaufauf mit Nüssen und Sesam, Gemüsesuppen statt Kackertessen – es gibt genug, das die Verdauung sanft in Schwung bringt.

##### Regel 4

Massieren Sie sich in Schwung

Wenn der Stoffwechsel in Ihrem Körper funktioniert, dann beginnt auch der Verdauungskreislauf zu funktionieren.

**Erste Maßnahme:** Parken Sie Ihr Auto so weit weg von Ihrer Wohnung wie möglich oder gehen Sie jeden Morgen 1 Tramway-Station zu Fuß und steigen Sie erst bei der zweiten in den Bus oder die U-Bahn ein.

**Zweite Maßnahme:** Massieren Sie Ihren Bauch morgens etwa 5 Minuten lang mit beiden Händen im Uhrzeigersinn während Sie noch im Bett liegen. Walken Sie ihn richtig durch, so tief wie Sie nur können.

**Dritte Maßnahme:** Unterstützen Sie Ihren Stoffwechsel nach jeder Mahlzeit mit einer großen Tasse Tee aus der Ritzgurke (lat. Momonica charantia). Dieser **CHARANTEA Tee** kurzelt den Stoffwechsel, die Verdauung und die Fettverbrennung an – somit haben Sie leichter Stuhl und Sie verlieren auch noch ein paar Kilo überflüssiges Gewicht.



##### Regel 5

Nehmen Sie sich für die Verdauung so viel Zeit wie fürs Essen.

Ob wir es wahrhaben wollen oder nicht: **Unter Stress und Zeitdruck kann unser Körper nicht richtig reagieren.** Wenn die Verdauung strickt, sollten wir uns wieder mehr Zeit nehmen für den Stuhlgang.

Überlegen Sie einmal, wie es früher war – vor jünger Zeit, als die Verstopfung begann. Wann hat es am besten geklappt? Bei den meisten Menschen ist das die Zeit nach dem Frühstück. Dazu sollten Sie auch jetzt wieder zurückkehren. Stehen Sie 10 Minuten früher auf, um keinesfalls in Zeitstress zu geraten, essen Sie in Ruhe und kauen Sie gut. Setzen Sie sich nach dem Frühstück auf die Toilette – auch wenn Sie keinen Drang verspüren. Bleiben Sie

dort für mindestens 5 Minuten und konzentrieren Sie sich auf Ihren Darm, aber bleiben Sie gelassen! Denn in den ersten Tagen wird es nicht klappen. **Um den Darm zu erziehen, brauchen wir neben Zeit auch Regelmäßigkeit.** Nach einem Monat werden Sie am Ziel sein!

##### Regel 6

Kontrollieren Sie die Notwendigkeit Ihrer Medikamente.

Wer längere Zeit unter Verstopfung leidet, sollte mit seinem Arzt sprechen, um medizinische Ursachen wie Hämorrhoiden oder Divertikel auszuschließen.

Eine gute Anlaufstelle für seriöse Hilfe ist auch Ihre Apotheke. **Verstopfung kann bei vielen Medikamenten nämlich als Nebenwirkung auftreten:** für Schmerz- und Beruhigungsmittel ist es typisch, ebenso für Medikamente bei Morbus Parkinson und Diabetes.

**Während der Schwangerschaft und in den Wechseljahren kann durch die hormonelle Umstellung – aber vor allem durch Eisenpräparate – eine intensive Verstopfung ausgelöst werden.**

Der Apotheker kennt viele naturheilkundliche Möglichkeiten, und berät gerne und individuell, ob nun ein Papayamas, ein Extrakt aus der Mariendistel oder ein Tee die Verstopfung lösen wird.



##### Regel 7

Lassen Sie sich nicht entmutigen.

Wenn Sie feststellen, dass Sie es trotz aller Mühe nicht ohne zusätzliche natürliche Mittel wie eingeweichten Leinsamen oder Pflaumen schaffen oder dass es Ihnen nur dann gut geht, wenn Sie täglich eine bestimmte Nahrungsergänzung einnehmen, dann stellt sich mancher die Frage: **„Darf man Mittel wie Probiotika oder Papayamas ein Leben lang einnehmen?“**

**Und die Antwort heißt eindeutig – Ja!**

Da viele Menschen die **Neigung zur Verstopfung** bereits genetisch festgelegt haben, brauchen sie eben ein bisschen mehr Sorgfalt und Unterstützung. **Natürliche und gesunde Mittel wie hochdosierte Probiotika aus der Apotheke unterstützen Ihre Vitalität und die tägliche Entgiftung Ihres Körpers.**

Anhang 17: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - Krebs vorbeugen  
(Quelle: [http://www.praxis-sievering.at/pdf/Folder\\_Krebs.pdf](http://www.praxis-sievering.at/pdf/Folder_Krebs.pdf))

### VORWORT

**BEI DER GEBÜRTE MITFRAUEN UND MÄNNER!**

Krebsläden sind in Österreich die zweithäufigste Todesursachengruppe und für gut ein Viertel aller Todesfälle verantwortlich. Der Kampf gegen den Krebs muss daher für uns alle ebenfalls Priorität haben. Dazu ist es notwendig, Maßnahmen zu ergreifen, um dann noch mehr Neuerkrankungen vermeiden zu können.

Indem wir etwas auf eine bewusste Lebensführung achten, zu gesunder Ernährung greifen, die Finger von Zigaretten & Co. lassen und unseren Körper ausreichend bewegen, senken wir das Risiko, an Krebs zu erkranken.

Für die nächsten Jahre wird erwartet, dass sich die zweithöchste Adipositas (Fettleibigkeit)-Epidemie auf die Häufigkeit von Krebserkrankungen auswirken wird. So hängt zum Beispiel Dickdarmkrebs mit Ernährung und körperlicher Aktivität zusammen.

Trotz unseres intensiven Engagements, die dazugehörige Bevölkerung zu einer Nichtraucherin zu machen, ist Lungenkrebs nach wie vor einer der häufigsten Tumore. Zudem wird diese Krebsart häufig am stärksten von einem Risikofaktor hervorgerufen. Ich appelliere daher an die Wienerinnen und Wiener, auf den Gift zum Glanzstrahl zu verzichten bzw. sich die möglichen Folgen bewusst zu machen.

Mit dieser Broschüre werden wir uns daher an all jene, die sich gemäß den Motto „Frühzeitig, Regelmäßig, Krebs vorbeugen“ über die Vermeidung von Krebserkrankungen informieren und rechtzeitig versorgt wollen. Helfen Sie mit – im Kampf gegen den Krebs!

Hilf/ich/ist  
für **MR. Dr. Walter Daxner**  
PRÄSIDENT DER NÖSISCHEN KREBSKOMMISSION

### HIER FINDEN SIE RAT UND HILFE

**HAUPTDIAGNOSE**

Schicken Sie Ihren Körper Aufmerksamkeit, hören Sie auf seine Signale und reagieren Sie darauf. Das allein kann schon kostbare Zeit sparen im Wetlauf gegen die Krankheit.

**VORSORGE**

Durch weitestgehende Maßnahmen, Änderung kontraproduktiver Lebensgewohnheiten und Vermeidung bekannter Risikofaktoren lässt sich in vielen Fällen eine Krebserkrankung verhindern.

**FRÜHERKENNUNG**

Durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen können Hinweise auf Krebserkrankungen erkannt werden. Je früher Krebserkrankungen entdeckt werden, umso größer ist die Chance auf Heilung. Denn der Sieg über die Krankheit hängt in wesentlichen davon ab, in welchem Stadium das Krebsgeschwür entdeckt wird.

**BERATUNGSSTELLE WIEN**

1160 Wien, Theresienstrasse 46  
Tel. (01) 408 72 40  
Fax: (01) 408 72 41  
Kontaktperson: Helene: 0600 690 900  
E-Mail: [beratung@krebshilfe-wien.at](mailto:beratung@krebshilfe-wien.at)  
Web: [www.krebshilfe-wien.at](http://www.krebshilfe-wien.at)

Das Internet Service der Ärztekammer, [www.praxis.at](http://www.praxis.at) können Sie gleich mit Patienten und Ärzten teilen. Die auf Beratung und Finanzierung von Krebs erkrankten sind. Bitte die nötigen Informationen liefern, auch die Informationen der Ärztekammer für Wien unter Tel. 0170771 (Mo.-Fr., 9-18 Uhr) geben Auskunft.

### FRÜHZEITIG, REGELMÄSSIG. KREBS VORBEUGEN

**BESUCH DURCH VORSORGE**

Alles über die Vorsorge und Früherkennung von Krebs und die präventiven Maßnahmen zum Schutz davor.

### DIAGNOSE „KREBS“

Pro Jahr werden in Österreich rund 19.500 Männer und 19.000 Frauen mit einer Krebserkrankung konfrontiert. Jährlich sterben rund 5000 Frauen und 10.000 Männer an Krebs. Damit sind Krebserkrankungen für etwa ein Viertel der jährlichen Todesfälle in Österreich verantwortlich.

Die häufigste Krebserkrankung bei Männern etwa ist Prostatakrebs (23,5%), gefolgt von Lungenkrebs (14%) und Krebserkrankungen des Dickdarms (14,7%).

Die Krebserkrankung hingegen ist am häufigsten bei den Lungenkrebsfällen (24%), gefolgt von Tumoren des Dickdarms (14,7%) und dem Prostatakrebs (12,5%).

**WELCHE RISIKOFAKTOREN ERHÖHEN DAS KREBSRISIKO?**

Unsere Lebensweise spiegelt sich in der Krebslast und beeinflusst die Häufigkeit bestimmter Risikofaktoren. Noch bevor die Wissenschaft nicht alle möglichen Gründe für eine Krebserkrankung, doch es ist bewiesen, dass die Ursachen in rund einem Drittel der Fälle beeinflusst werden können. Die Häufigkeit von Krebs kann durch gezielte Interventionen reduziert werden – Prävention und Früherkennung retten Leben.

Viele Faktoren, die das Krebsrisiko erhöhen, verursachen auch andere Krankheiten: Tabak, Fehlnahrung, Bewegungsmangel, Fettleibigkeit, Alkohol, Schadstoffe am Arbeitsplatz, Umweltgifte und Krankheitserregere.

Auch Infektionen können Krebserkrankungen verursachen, etwa der Leber durch das Hepatitisvirus, das Magen durch Helicobacter pylori und des Gebärmutterhalses (Zervix) durch das Humanpapillomavirus.

### PRÄVENTION ODER FRÜHERKENNUNG?

**PRÄVENTION – VORBEUGUNG**

- Die meisten Krebserkrankungen sind nicht angeboren, sondern im Laufe des Lebens erworben. Jeder hat die Chance, mögliche Erkrankungen aktiv vorzubeugen. Auf diese Weise kann auch die Entstehung chronischer Krankheiten vermieden werden. Dadurch können sie sich durch fortgesetzte bestimmte Krankheiten verhindern. In der Fachsprache nennt man dies „**Primärprävention**“.
- Bei Lungenkrebs ist die Primärprävention vollständig. Nicht rauchen kann das Risiko, daran zu erkranken, um 95% reduzieren. Um Bluthochdruck zu vermeiden, sollte übermäßige Sonneneinstrahlung vermieden werden. Bei Brust-, Gebärmutterhals-, Dickdarm- sowie Prostatakrebs hingegen gibt es keine eindeutig wirksame Primärprävention.

**FRÜHERKENNUNG**

- Wer regelmäßig zu Früherkennungsuntersuchungen geht, erkennt an der „**Sekundärprävention**“ ist. Wenn eine Krankheit früh erkannt wird, sind die Behandlung- und Heilungsmöglichkeiten besonders gut.
- Für die Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Dickdarmkrebs ist die Wirksamkeit gut belegt. Dagegen ist noch nicht nachgewiesen, dass Screening für Prostatakrebs und Mägen die Sterblichkeit senken. Bei Lungenkrebs hingegen gibt es bis die Wirksamkeit der Früherkennung keine Beweise.

### EUROPÄISCHER KODEX ZUR KREBSBEKÄMPFUNG

Viele Krebserkrankungen können vermieden werden, wenn wir uns für eine gesündere Lebensweise entscheiden:

- Rauchen Sie nicht! Wenn es Ihnen nicht gelingt, mit dem Rauchen aufzuhören, rauchen Sie nicht in Anwesenheit von Nichtrauchern!
- Vermeiden Sie Übergewicht!
- Bewegen Sie sich täglich intensiv!
- Essen Sie abwechslungsreich, mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag und weniger tierische Fett!
- Wenn Sie Alkohol trinken, beschränken Sie Ihren Alkoholkonsum auf zwei Getränke pro Tag, wenn Sie männlich sind, und auf ein Getränk pro Tag, wenn Sie weiblich sind.
- Vermeiden Sie übermäßige Sonnenbestrahlung! Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche.

**BEVÖLKERUNGS-VORSORGEPROGRAMME** zur Vermeidung von Krebserkrankungen oder zur Verbesserung der Heilungschancen:

- Frauen über 25 Jahre sollten an Programmen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) teilnehmen.
- Frauen über 50 Jahre sollten an Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs teilnehmen.
- Männer und Frauen über 50 Jahre sollten an Programmen zur Früherkennung von Darmkrebs teilnehmen.
- Alle sollten an Programmen zur Hepatitis-B-impfung teilnehmen.

Die Programme sollten Qualitätskontrollen unterliegen, die den europäischen Richtlinien entsprechen.

Anhang 18: Patienteninformationsbroschüre auf Deutsch - müde Augen  
 (Quelle: <http://www.xn--patienten-broschren-lbc.at/scripts/getfile.php?fid=5692>)

J&J, ich bestelle 3010114 (Gesamtwert: Anzahl auch abfragen)

www.oco-vision.com  
MD, Mark van Breda

Art:  
OcoVISO plus®  
Seriennummer: 17-19  
A-6063 Rum

Packungseinheit zu 30 Stück (= 1 Monatsbedarf) um € 20,90 inkl. Versandkosten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ (bitte in Blockbuchst.)  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefaxnummer: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift:

OcoVISO plus® – Wir behalten Ihre Sehkraft im Auge

Gut für die Augen  
"Augengesundheit"

**Beta-Karotine** in grünem oder orangefarbenem Gemüse und Obst wie Kürbis, Karotte, Spinat, Pflanzöl, Aprikose, Mango aber auch in Farneleuchtstoffen

**Lykopen** in rot gefärbtem Obst und Gemüse wie Tomaten, Wassermelonen, Gurke, rote Grapefruit

**Vitamin C** in Zitrusfrüchten, Erdbeeren, Kiwi, Kohl

**Vitamin E** in Pflanzenölen wie Weizenkeimöl, Sojabl

**Zink** in Mehl, grünen Bohnen, Spinat, Korbkohl, Orangen, Pfirsich, Mango

**Koenzym Q10** in Sardinen, Spinat

**Polypheeno** in Weizenkleien, Zitronen, Orangen, Grapefruit, Beeren, Rotwein, grünem Tee ohne Milch, Samenölen, Weizenkeimölen, Paprika

**Selen** in Innereien, Fleisch und Fisch, aber auch in Nüssen, Hülsenfrüchten und Getreide

**Zink** in Fleisch, Schalentieren und Käse

**Phytinsäure** in Getreideprodukten wie Nudeln, Brot

**Augenmuskultraining**

**Ruhezustand** von Bildschirmen

**Sonnenschutzbrillen**

**Kräuter** wie Augenrost, -keilsalbe, Küchenschelle, Kamille

Schlecht für die Augen

**Alle Einwirkungen von Oxidation**, die die Bildung freier Radikale fördern

- Alkohol
- Tabak
- Umweltverschmutzungstoffe
- der Nahrung beigemengte künstlich Zusatzstoffe: Süßholzwurzel, Nitrite, Phosphat und Polyphosphat
- regelmäßige, starke sportliche Betätigung
- Stress
- Ultraviolette Strahlen (Sonnenstrahlung, Bildschirmerhellung von TV-Geräten und Computern)

**ständiger Wechsel zwischen natürlichem und künstlichem Licht**

**unzureichende oder geringe Flüssigkeitsaufnahme**

**unzureichende „Augenerholung“**

**hoher Blutdruck und hohe Cholesterinwerte**



Müde Augen?

OcoVISO plus®

von Lohse und von Gerdorf

Empfohlen bei:

- Linsenangel
- verminderter Sehschärfe
- trockenen Augen
- eingeschränkter Sicht

## Behalten Sie Ihre Sehkraft im Auge

OcuVISO plus® ist eine wertvolle tägliche Nahrungsergänzung zur Leistungserhaltung Ihres Auges, mit hilft bei der Verbesserung der Sehschärfe in Ferne und Nähe, und bietet wertvolle Unterstützung bei belastenden Bedingungen und bei überanstrengten Augen.

### Wenn der Augenblick der Schwäche kommt

Die Bedeutung der Augen wird uns leider erst klar, wenn sie nicht mehr so gut funktionieren, wie sie sollen. Dann ermüden sie schneller, sie brauchen Verspannungen und Kräftigungsübungen z. B. Zudem können sich die Augen immer schwächer an veränderte Lichtverhältnisse anpassen, dadurch nimmt die Lichtempfindlichkeit ab. Das wahrscheinlich häufigste ist allerdings, wenn die Sehkraft nachlässt, was spätestens ab dem 50. Lebensjahr ein natürlicher Vorgang ist, aber durch Ernährungsgewohnheiten eine ungünstige Ernährung, hohen



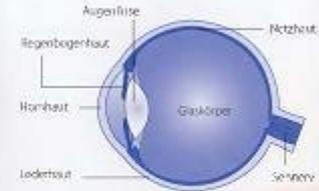
Hirndruck und Stoffwechsellagen wie Diabetes oder hohen Cholesterinspiegel (bes. Meurigt wird. Einen der wichtigsten Einflüsse auf die Sehkraft haben die sogenannten „oxidativen“ oxidativen sind Substanzen, die die Bildung freier Radikale fördern. Freie Radikale sind Moleküle, die durch chemische Reaktionen entstehen und im Körper unter gesunden Umständen (z.B. zur Wundheilung) benötigt werden. Wenn sie aber in bestimmtem Maß überleben, wirken sie schädlich und führen zu Abfallprodukten und Destabilisierungsvorgängen in Körperzellen und Körpergeweben, zu denen im Besonderen auch die sensiblen Augen gehören. Der Organismus verfügt über ein internes System an Oxidationsmitteln wie Superoxid Dismutase, Katalase, Glutathion Peroxidase), das einen Überschuss an freien Radikalen abgebaut kann. Leider ist dieses System nur begrenzt wirksam und verliert nicht alle Angriffe ab, weshalb Bedeutung einer zusätzlichen Zuführung sogenannter „Antioxidantien“ mit der Ernährung erklärt.

**Kann man die Auswirkung freier Radikale sehen?**  
Ja, schneiden Sie einfach einen Apfel in zwei Hälften. Nach kurzer Zeit färben sich die Schnittflächen des Apfels durch den Einfluss aus Licht und Sauerstoff braun. Nur wenn Sie unmittelbar nach dem Zerschneiden des Apfels ein starkes Antioxidans wie z.B. Vitamin C-Pulver auf die Schnittflächen streuen, können Sie das Braunwerden und somit die Zerstörung der Apfelsäuren verhindern.

### Sehen Sie Ernährung mit anderen Augen: OcuVISO plus® fördert und erhält Ihre Sehkraft

Beginnen Sie so früh wie möglich Ihren Augen – neben dem bestmöglichen äußeren Schutz – den bestmöglichen inneren Schutz durch Ernährung zu geben. Aufgrund komplexer und komplizierter Strukturen (siehe Abbildung) aus unterschiedlichen Geweben und die Augen nicht nur sehr empfindlich, sondern benötigen auch zahlreiche unterschiedliche Nährstoffe (siehe Tabelle).

Besonders bei älteren Menschen oder unter Bedingungen hoher Beanspruchung wie Bildschirmarbeit, ständig schwankenden Lichtverhältnissen zwischen natürlichem und künstlichem Licht, Nachtruhe- oder Stress (es neben der täglichen Pflege der Augen besonders wichtig, wenn man Nährstoffe zuführt, die die Sehkraft und damit das Sehen in der Nähe, der Ferne, das Sehen in der Dämmerung und Dunkelheit, sowie die Feuchtigkeit der Augen erhalten.



Vor allem die Zellen der Netzhaut und im Speziellen die der Makula benötigen für ihre Funktion hochkonzentrierte Vitamine: Lutein, sowie Zeaxanthin und Antioxidantien zu ihrem Schutz. Hochkonzentrierte Fettsäuren erhalten die Funktion der Zellen, so auch jene der Sehzellen in den Augen. Die in den Sehzellen enthaltene Docosahexaensäure wird im Alter durch oxidativen Stress geschädigt. Dies kann zur Schädigung der Retina führen. Antioxidantien helfen, mit freien Radikalen fertig zu werden. Antioxidantien können mit freien Radikalen eine Verbindung eingehen und sie „neutralisieren“, indem die Radikale zu stabilen, nicht giftigen Stoffwechselprodukten umgewandelt werden. Sie wirken so Oxidationsvorgängen entgegen und sorgen für ein natürliches Gleichgewicht im Körper. Wenn man eine neben der durch tägliche Zufuhr ausreichender Menge, noch stärkere und sogar therapeutische Wirkung erzielen möchte, muss man von diesen Substanzen weit größere Mengen als mit der täglichen Ernährung zu sich nehmen. Zahlreiche Studien belegen die Bedeutung der Rolle der Antioxidantien.

Anhang 19: Patienteninformationsbroschüre auf Polnisch – pneumokoki  
(Quelle: entnommen in einer Ordination in Rzeszów/Polen)

<p><b>Co to są zakażenia pneumokokowe?</b></p> <p>Zakażenia pneumokokowe są to infekcje wywołane przez bakterię <i>Streptococcus pneumoniae</i>, nazywaną również pneumokokiem. Dotychczas zidentyfikowano 90 różnych szczepów tej bakterii, z których 23 odpowiadają za 90% lub więcej wszystkich inwazyjnych zakażeń pneumokokowych.<sup>1</sup></p> <p><b>Najczęstszymi chorobami spowodowanymi przez pneumokoki są:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pneumokokowe zapalenie płuc;</li> <li>• oraz inwazyjne zakażenia pneumokokowe np. takie jak bakteremia i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.</li> </ul> <p><b>Czy zakażenia pneumokokowe są groźne?</b></p> <p><b>Tak, zakażenia spowodowane przez pneumokoki są bardzo groźne i mogą być przyczyną śmierci.</b></p> <p><b>Okola?*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-7% osób, które zachorują na pneumokokowe zapalenie płuc umiera (procent ten jest wyższy w grupie osób starszych)</li> <li>• 20% osób, które zachorują na bakteriamię umiera (do 60% w grupie osób starszych)</li> <li>• 30% osób, które zachorują na pneumokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych umiera (do 80% w grupie osób starszych)</li> </ul>	<p><b>Kto jest najbardziej narażony na zakażenia pneumokokowe?</b></p> <p><b>Każdy może ulec zakażeniu pneumokokowemu.</b> Jednak są grupy osób szczególnie zagrożonych.</p> <p>Należą do nich:<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby w wieku 65 lat i powyżej</li> <li>• małe dzieci</li> <li>• osoby z chorobami przewlekłymi, takimi jak: choroby układu krążenia, choroby płuc i wątroby, zaburzenia czynności nerek, oczu, osoby z obniżoną odpornością oraz osoby z chorobą nowotworową</li> </ul> <p><b>Czy można ochronić się przed zakażeniami pneumokokowymi?</b></p> <p><b>Tak. Można ochronić się przed zakażeniami pneumokokowymi poprzez odpowiednie szczepienie ochronne. Po zastosowaniu polisacharydowej szczepionki pneumokokowej, Twój organizm otrzyma skuteczną broń, mogącą zabezpieczyć Cię przed 88%<sup>3</sup> bakterii pneumokokowych, opornych na działanie penicyliny.</b></p> <p>Należy przypomnieć, że stosując oporność bakterii na działanie antybiotyków utrudnia skuteczne leczenie.<sup>4</sup> Dlatego szczepienie ochronne przeciw zakażeniom pneumokokowym jest szczególnie ważne.</p>	<p><b>Czy szczepienie jest skuteczne?</b></p> <p><b>Tak. Szczepienie ochronne szczepionką polisacharydową przeciw pneumokokowi jest skuteczne: zapobiega 51-89%<sup>5</sup> osób przed inwazyjnymi zakażeniami pneumokokowymi.</b></p> <p><b>Czy szczepienie jest bezpieczne?</b></p> <p><b>Tak. Szczepienie jest bezpieczne.</b> Można go podjąć, nie powodując niepożądanych reakcji poszczepiennej, jak zaszczepienie czy b w miejscu iniekcji, jednak są one łagodne i mają zwykle charakter przejściowy.<sup>6</sup></p> <p><b>Jak długo trwa ochrona po szczepieniu?</b></p> <p><b>U osób dorosłych w wieku 65 lat i starszych z reguły stosuje się jednorazowe szczepienie przeciw pneumokokowi. Jednak w przypadku osób z grup podwyższonego ryzyka, z obniżoną odpornością, szczepienie przypominające może być potrzebne po upływie 5 lat od poprzedniego szczepienia. Warto dodać do 10 r. szczególnie narażony na inwazyjne zakażenia pneumokokowe pogłębione szczepienie może być rozważane po upływie 3 lat od podania poprzedniej dawki.<sup>7</sup></b></p>
--	--	---

**Kto powinien się zaszczepić?**

Szczepienie polisacharydową szczepionką przeciw zakażeniom pneumokokowym zalecane jest **od 65 lat lub więcej** albo dla osób na co najmniej jedną z wymienionych chorób:

- cukrzycę
- przewlekłą chorobę płuc,
- choroby układu krążenia,
- zaburzenia czynności nerek,
- zaburzenia czynności wątroby,
- chorobę nowotworową,
- chorobę alkoholową,
- masz obniżoną odporność.<sup>1</sup>

**Kiedy najlepiej się zaszczepić?**

Szczepienie przeciw pneumokokowi może być wykonane **w dowolnym czasie w ciągu roku.**

Z uwagi na dodatkowe korzyści, może być wykonane w jednym czasie ze szczepieniem przeciw grypie.<sup>2</sup>

Zakażenia pneumokokowe mogą być przyczyną wielu bardzo groźnych chorób.

Teraz możesz im zapobiec.

Więcej informacji znajdziesz na stronie internetowej: [www.e-grypa.pl](http://www.e-grypa.pl)

lub pod numerem:  
**0 801 120 130**

Ważny zapisany numer infolinii jest wolny, dzwoniąc ponownie do infolinii nie ponosisz kosztów. Zgodnie z numerem operacyjnym.

Szczepienie wymaga konsultacji z lekarzem.

Opisane na podstawie:  
1. Fedson DS, Muzar DM. Pneumococcal polysaccharide vaccine. *Chronic Dis & Public Health*. Wacław: 2005: 120-124.  
2. Center for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. *The Pink Book*. 7th ed. 2000. p. 229-237.  
3. CDC. Recommendations and Reports. Preventing pneumococcal disease - recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2000; 49: 46-48.  
4. Kishore GS, et al. Increasing prevalence of multidrug-resistant pneumococcal pneumoniae in the United States. *N Engl J Med* 2000; 343: 1917-24.  
5. Auber JG, et al. Pneumococcal polysaccharide vaccine efficacy in prevention of invasive pneumococci. *JAMA*. 1993; 270: 109-13.  
6. Christensen B, et al. Efficacy of a tetra-valent intervention with influenza and pneumococcal vaccination in adults aged 65 years or older - a randomized study. *Lancet*. 2001; 357: 1808-13.

**sanofi pasteur**  
The worldwide leader in vaccines and biologics

Sanofi Pasteur Sp. z o.o., Dział Rybnicki 17, 43-200 Rybnicko, Pol.  
Tel.: +48 32 280 81 00, Fax: +48 32 280 81 01, www.sanofi-pasteur.pl

**NIE GRAJ O ŻYCIĘ  
ZASZCZEP SIĘ  
NIE GRAJ O ŻYCIĘ**

**ZDROWIE  
TO NIE  
RULETKA**

Masz 65 lat lub więcej?  
Pneumokoki są dla Ciebie groźne!

Szczepienie wymaga konsultacji z lekarzem

Anhang 20: Patienteninformationsbroschüre auf Polnisch - atopowe zapalenie skóry  
(entnommen in einer Apotheke in Rzeszów/Polen)

**Postępowanie dietetyczne w AZS**

Probiotyki (bakterie kwasu mlekowego) to żywe drobnoustroje, które podane w odpowiedniej dawce wywierają korzystny wpływ na zdrowie gospodarza. Podawane dzieciom do 2. roku życia uzupełniają skład mikroflory jelitowej zasiedlającej przewód pokarmowy i wpływają na rozwój i dojrzewanie układu immunologicznego. Na podstawie badań klinicznych wykazano, że szczepki bakterii *Lactobacillus casei* i *Lactobacillus paracasei* podawane dzieciom do 2. roku życia, co najmniej przez 3 miesiące, mają szczególne znaczenie w łagodzeniu objawów atopowego zapalenia skóry. U tego typu pacjentów dieta eliminacyjna daje poprawę tylko u połowy dzieci, a dodatkowo zastosowanie bakterii kwasu mlekowego skutkuje spadkiem dolegliwości u ponad 95% dzieci.\*

Dr n. med. Aleksandra Szlachetka

\* Źródło: Żukowska, A. Gwoździł, E. Krawiec, K. Świątek, J. Młyn, Z. Lisowski, *Pracownicy Wydziału Gastroenterologii, Hepatologii i Żylnożylnictwa* 2016, 10, 7

**Latopic®** stosuje się w postępowaniu dietetycznym w atopowym zapaleniu skóry. Jedna szaszetka (porcja) **Latopic®** zawiera: 1 miliard bifidobakterii, wyjątkowo dobranej, żywych bakterii kwasu mlekowego, w następujących proporcjach: 50% *Lactobacillus paracasei* LOCK 0919, 25% *Lactobacillus casei* LOCK 0908, 25% *Lactobacillus casei* LOCK 0900, multodektryna, kwas askorbinowy. **Preparat nie zawiera białka mleka, laktozy i glutenu.** Przemączony jest dla niemowląt, dzieci i osób starszych. **Latopic®** jest dietetycznym środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia medycznego. Nie może być stosowany jako jedyne źródło pożywienia. Produkt powinien być przyjmowany pod nadzorem lekarza. Nie stosować po upływie terminu.

Dawkowanie: podawać 1 raz dziennie 1 szaszetkę rozpuszczoną w niewielkiej ilości letniego płynu.

Zalecany czas stosowania: 3 miesiące.



Producent: BMS BIOMED S.A., Al. Sosnowa 8, 30-224 Kraków  
e-mail: marketing@biomed.pl, www.latopic.pl



**Pierwszy krok  
w atopowym zapaleniu skóry**

- ✓ *Lactobacillus paracasei* LOCK 0919
- ✓ *Lactobacillus casei* LOCK 0908
- ✓ *Lactobacillus casei* LOCK 0900
- ✓ jedyne probiotki szczepki w AZS
- ✓ skuteczność i bezpieczeństwo stosowania potwierdzone badaniami



**Poradnik  
Atopowe  
zapalenie skóry**

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą, nawrotną, zapalną chorobą skóry, która towarzyszy nasilony i uporczywy świąd, a zmiany skórne mają typowy obraz i lokalizację. Zazwyczaj współwystępuje z innymi chorobami atopowymi (astma oskrzelowa, katar sierny, alergiczne zapalenie spojówek) u chorego lub jego rodziny. Choroba może rozpocząć się w każdym wieku, ale najczęściej zaczyna się w dzieciństwie lub we wczesnym dzieciństwie. Szacuje się, że obecnie na AZS choruje 10-15% populacji, a roczna zapadalność u dorosłych w krajach wysoko uprzemysłowionych wynosi 1-3%.

W przebiegu AZS odgrywają rolę zarówno czynniki immunologiczne, jak i czynniki niealergiczne. U podłoża AZS leżą liczne, nie do końca wyjaśnione, interakcje pomiędzy czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Czynniki genetyczne odgrywają zasadniczą rolę w etiopatogenezie AZS, chociaż nie udało się zidentyfikować jednego genu odpowiedzialnego za atopię. Ryzyko wystąpienia atopii u dzieci zdrowych rodziców wynosi 5-15%, jeżeli choroba występuje u jednego z rodziców to prawdopodobieństwo rozwoju objawów atopii u dziecka wynosi 30-40%, a w przypadku dodatkowego wywiadu alergicznego u obidwu rodziców prawdopodobieństwo wzrasta do 60-80%. Częstość występowania choroby atopowej u bliźniąt jednojajowych wynosi ponad 70%, natomiast u dwujajowych około 20%.

Na wystąpienie oraz przebieg AZS ma wpływ szereg różnorodnych czynników zewnętrznych, takich jak:

- klimatyczne,
- zanieczyszczenie środowiska,
- psychogenne,
- drażniące,
- powietrzno-pochodne,
- pokarmowe.

Warunki klimatyczne działają bezpośrednio na skórę człowieka wpływając na barierę skórno-naskórkową, poprzez stopień wilgotności powietrza, temperaturę i nasłonecznienie, np. wysoka temperatura otoczenia pogarsza przebieg choroby w wyniku nadmiernej produkcji potu, co drażni skórę. Ponadto warunki klimatyczne determinują rozwój flory i fauny w danym regionie, a to z kolei decyduje o obecności potencjalnych alergenów.

Zanieczyszczenie środowiska ma znaczący wpływ na rozwój i ciężkość występowania chorób alergicznych. Związki chemiczne powstające ze spalania substancji stałych, pestycydów, herbicydów uszkadzają naturalne mechanizmy obronne, co ułatwia przenikanie alergenów do organizmu człowieka.

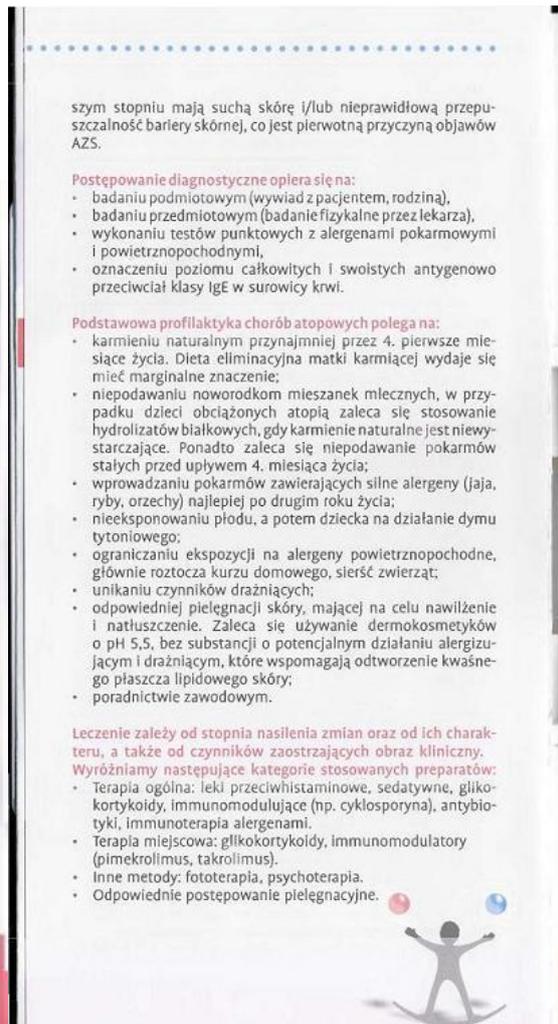
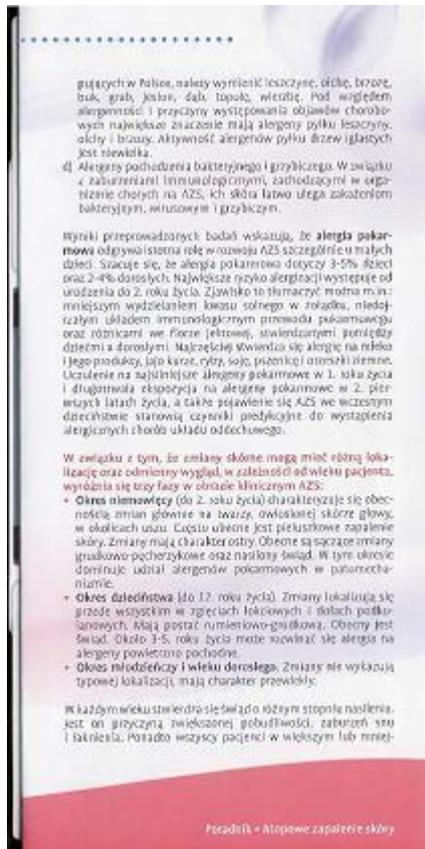
Prawdopodobnie zanieczyszczenia środowiska, u osób predysponowanych do rozwoju AZS, mogą mieć wpływ na wystąpienie płowych objawów chorobowych, a następnie na przebieg kliniczny.

Na podstawie obserwacji stwierdzono, że czynniki psychiczne odgrywają niezwykle istotną rolę w patomechanizmie AZS. Wszelkie sytuacje stresowe wpływają na pogorszenie objawów chorobowych. W związku z tym, niezwykle ważny jest dla chorego tzw. „klimat emocjonalny” czyli stabilność rodziny, wzajemne relacje pomiędzy członkami rodziny, stosunki w szkole czy w pracy.

Czynniki drażniące takie jak: mydła, detergenty, twarzą woda, wycieki obecne w środowisku domowym i w pracy, H2SO4 ochlana barwiąc skórno-naskórkową w wyniku czego powodują wystąpienie zmian skórnych, a następnie wpływają na zaostrzenie objawów chorobowych. Na podstawie badań stwierdzono, że u 40% dzieci z AZS następuje pogorszenie stanu klinicznego pod wpływem szamponów i mydeł w płynie. U części pacjentów występuje alergja kontaktowa na metale. W związku z tym, bardzo istotne dla pacjentów z atopią jest poradnictwo w zakresie wyboru zawodu. Należy unikać zawodów, w których panuje narazem na działanie alergenów kontaktowych: plikarz, fryzjer, murarz, ogrodnik.

Kluczową rolę w patogenezie AZS odgrywają alergeny powietrzno-pochodne. Ciężkość nadwrażliwości na tego typu alergeny wynosi 50-90%. Do głównych alergenów powietrzno-pochodnych zalicza się:

- a) Roztwórca kurzu domowego, dla których charakterystyczne są warunki sprzyjające do rozwoju. Był to w dużych ilościach w systemach grzewczych, wentylacyjnych, materacach, dywanach, meblach tapicerowanych, roślinach ozdobnych. Kurz powoduje zaostrzenie choroby dostając się do organizmu drogami oddechowymi lub poprzez bezpośredni kontakt ze skórą. Roztwórca są źródłem ponad 50. gatunków wywołujących reakcję alergiczną. Ryzyko rozwoju AZS u dzieci jest praktycznie zawsze proporcjonalnie do stopnia ekspozycji na alergeny rozkładu kurzu.
- b) Alergeny pochodzenia zwierzęcego obecne są w śleńcu, nasłóku, wydzielinach i wydalinach. Nie ma jednoznacznych opinii czy obecność zwierząt w domu, a w szczególności kota, ma wpływ na ujawnianie się wyprysku atopowego.
- c) Alergeny pyłku roślin zwłaszcza pyłki roślin wiatrosylnych, których średnica wynosi 20-45µm i które mogą być przenoszone przez wiatr na duże odległości. Spośród alergenów pyłku chwastów, na szczególną uwagę zasługują: bylica, babka i kamota. Z alergenów pyłku krzewów i drzew wystę-



Anhang 21: Patienteninformationsbroschüre auf Polnisch - aspiryna na serce (entnommen in einer Ordination in Rzeszów/Polen)





## PAMIĘTAJ O REGENERACJI WĄTROBY

Przemyślni chemicy, które przebiegają w komórkach wątroby, związane są nie tylko z syntezą wielu związków o podstawowym znaczeniu dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, ale również stanowią sprawny biochemiczny układ detoksykacyjny chroniący organizm przed działaniem obcych we krwi toksyn. Komórki wątroby modyfikują szkodliwe substancje, które dostają się do organizmu człowieka, np. z pożywieniem, jako leki lub na skutek zanieczyszczenia środowiska, aby chronić ustrój narazony na ich toksyczne działanie. Wątroba, którą cechuje wysoka sprawność regeneracji, posiada również mechanizmy obronne, które mają na celu ochronę jej komórek. Niestety, na skutek zwiększonego lub przewlekłego działania niektórych czynników chemicznych, toksyn lub przewlekłych zakażeń mikrobiologicznych może dojść do poważnych, niejednokrotnie trwałych uszkodzeń wątroby, które stają się powodem upośledzenia ważnych procesów związanych z jej funkcjonowaniem. Gdy dochodzi do rozwoju takiej sytuacji, mamy do czynienia z toksycznym uszkodzeniem wątroby.

Do czynników szczególnie niebezpiecznych dla komórek wątroby zaliczamy:

- ⊕ przewlekłe nadużywanie alkoholu etylowego lub jednorazowe nadmierne spożycie;
- ⊕ stosowanie niektórych leków, zwłaszcza nieumiejętne, lub pojawienie się interakcji pomiędzy poszczególnymi preparatami, alkoholem lub narkotykami;
- ⊕ leki, których przedawkowanie (bezpieczne w dawkach zalecanych) stanowi znaczne zagrożenie toksycznym uszkodzeniem wątroby, to:
  - paracetamol (Panadol, APAR, Codipar oraz wiele preparatów złożonych, np. Gripex, Farvex). W USA przedawkowanie paracetamolu stanowi drugą od do częstotści przyczynę zgonów spowodowanych zatruciami polekowymi;
  - pochodne kwasu acetylosalicylowego (Aspiryna, Polopiryna, Upsarin itp.), niestanowiące większego zagrożenia dla wątroby u osób dorosłych stosowane u dzieci do 12. roku życia powodują niebezpieczeństwo groźnych dla życia powikłań;
  - niektóre cytotoksyki (np. metotreksat);
  - witamina A w dużych i przewlekłych dawkach;
  - diklofenak;
- ⊕ zatrucia toksycznymi o różnym pochodzeniu: czterochlorek węgla, fosfor, chloroform, nitropropan, metale ciężkie, środki ochrony roślin, niektóre środki konserwujące;
- ⊕ zatrucia grzybami, a zwłaszcza muchomorem sromotnikowym (*Amanita phalloides*);
- ⊕ zakażenia wirusowe i bakteryjne, a także pierwotniakowe oraz robaczyce.

Kobiety są bardziej wrażliwe na uszkodzenia polekowe niż mężczyźni. Leczenie toksycznych uszkodzeń wątroby jest zadaniem bardzo trudnym i przewlekłym. Podstawowym postępowaniem w terapii jest eliminacja dalszej ekspozycji na toksyny, właściwe leczenie współistniejących chorób, które mogą być przyczyną uszkodzenia wątroby. Natomiast w okresie rekonwalescencji niezbędne jest stosowanie diety oszczędzającej wątrobę, całkowity zakaz picia alkoholu, który jest i tak niebezpieczną toksyną dla wątroby, oraz odpoczynek, zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Wskazane jest podawanie leków wspomagających regenerację wątroby, np. niezbędnych fosfolipidów z nasion soi, które wbudowywane są w uszkodzone błony komórek wątroby, zapewniając właściwą ochronę i przywracając ich prawidłowe funkcjonowanie.

W czasie rekonwalescencji przeciwwskazane jest stosowanie diet odchudzających, niedoborowych, jak również nadmiernych kalorycznie w stosunku do potrzeb organizmu.

Dieta powinna dostarczyć większych niż przeciętne ilości, bo ok. 1,5 g/kg masy ciała, pełnowartościowego białka. Zapotrzebowanie na energię powinny pokrywać węglowodory złożone, których ilość wahać się może od 50 do 55% energetyczności diety. Ponieważ toksyczne uszkodzenie wątroby przebiega często z nadeczeniem tłuszczowym komórek wątroby oraz nierazko z zaburzeniami we wchłanianiu tłuszczów, ich zawartość w diecie musi podlegać szczególnej kontroli. Przyjmuje się, że ilość tłuszczu powinna dostarczyć nie więcej niż 25% dobowego zapotrzebowania kalorycznego. Oznacza to, że należy unikać produktów spożywczych, które naturalnie są bogatofatyczne (np. schab, herbatniki, czekolada), a w przypadku naturalnych źródeł tłuszczu używać ograniczonych ilości naturalnych produktów, jak masło, oleje czy oliwa. W początkowym okresie leczenia uszkodzenia wątroby chorzy mogą wymagać suplementacji składnikami mineralnymi (potas, magnez, cynk, selen) oraz witaminami z grupy B, C, E i K, jednakże o wyborze dawek i preparatów powinien decydować lekarz prowadzący.

Energia z tłuszczu: 22%  
Tłuszcz ogółem: 46 g  
Energia z nasyconych kwasów tłuszczowych: <7%  
Energia z białka: 19%  
Energia z węglowodanów: 58%

Błonnik pokarmowy: 27 g  
Cholesterol pokarmowy: 143 mg  
Witamina C: 182 mg  
Witamina A: 1800 mcg ekw. retinolu

Dr hab. n. med. Miłogost Kubacka-Regierkowska

**OSOBY W OKRESIE REKONWALESCENCJI PO TOKSYCZNYM USZKODZENIU  
WĄTROBY – POZIOM ENERGETYCZNOŚCI DIETY – 1800 KCAL**

PRODUKTY	ZALECANE	NIEZALECANE
 Produkty zbożowe	pieczywo (jarno, graham, chrupkie, kostowe) płatki, drobne kasze do dalszego ugotowania, ryż biały, makarony drobne	zabawy, pchełczonka, białko świeże, pieczywo francuskie, pieczywo cakiemice, granki na tłuszczu, grube kasze, zafaszcza gryszczyki, pęczak, ohyży, mufli
 Potrawy mięsne	makarony, kaszki, lenkie pierogi, lania kaszki, kopytka	kluski i makarony obsmażane, kluski francuskie, placki smażone, naleśniki smażone na tłuszczu
 Potrawy z ziemniaków	ziemniaki purée, gotowane i pieczone bez tłuszczu	kotlety i placki ziemniaczane, frytki, salarki
 Sosy	warzywne i warzywno-owocowe, z dodatkiem mleka, masta lub drobnej śmietanki	na tłustych wykach mięsnych, na zasmażkach, majonezowe, grzybowe
 Mięsa i wędliny	chude mięsa gotowane i duszone bez tłuszczu, pieczone w pergaminie lub folii aluminiowej (kurczak, indyk, cielęcina, królik, chuda woławina); chude wędliny, szynki i polędwice, wędliny drobiowe	smażone i pieczone z tłuszczem, duszone i obsmażane na tłuszczu, wędzona, śliki, móżg, mekki, kaczka, gęś, wiotrowina, tłusta wołowina; paszety, słoniny, kaszanki, tłuste kiełbasy, baleroni, boczek
 Ryby	chude gatunki, np. dorsz, gotowane lub duszone bez tłuszczu z warzywami, pieczone w folii lub na grillu, ryby w parzaku	tłuste gatunki, np. losos, makrela, smardze, pieczone i duszone, wędzone, konserwowe
 Mleko i przetwory mleczne	mleko 0,5%, białe chude sery, twarogi, kefir, jogurt, chuda śmietanka	mleko tłuste, zbyt kwaśne przetwory mleczne, sery topione, sery twarogowe tłuste, sery ślisko, śmietany powyżej 9% tłuszczu
 Warzywa	marzech, pietruszka, seler, buraki, szpinak, porzeczka bez skórki, szelista, cykoria, dynia, cukinia, kabaczki	warzywa sypkocowe (fasola, groch, soja, soczewica), wszystkie kapuśy, kolofor, rzodkiewka, bruślow, cebula, czosnek, por, papryka
 Owoce	jabłko, śliwki, brzoskwinie, porzeczka, maliny, jagody, brzoźwinie, banany, morele, pomarańcze, mandarynki, winogrona bez skórki i pestek, arbuzy – wszystkie owoce muszą być dojrzałe	nieodrośnięte owoce, porzeczki, agrest, grzeczki
 Ciasta i desery	ciasto opaszkowe i drożdżowe, kisiele, galantki, budynie, kompoty	torry, ciasta kruche, tarta śmietankowa, lody, desery z alkoholem, ciasta francuskie, ciasta z kebabem
 Tłuszcze	masto lub margaryny miękkie, jeśli są etykieta twierdzone, oleje roślinne	smalec, tł. słonina, margaryny twardy (skochki, boczek)
 Napoje	slaba herbata, solne warzywno, korbacje mleczne, kakao z mleka niesłodzocowego, herbata ziołowa, woda mineralna nagiżowana	kawa, mocna herbata, napoje gazowane, wszystkie napoje zikalolowe

**Przykładowy dzienny jadłospis:**

**I śniadanie 450 kcal**

Zupa mleczna:  
– mleko spożywcze 0,5% tłuszczu 250 g – 1 szklanka  
– ryż biały 20 g  
Kisielka:  
– chleb pszeniczny 80 g – 2 kromki  
– szynka z piersi kurczaka 40 g  
– maszynka 10 g – 2 łyżeczki  
– soki 20 g – 2 duże łyżki

**II śniadanie 180 kcal**

Bułka z białoczekiem  
– twarogek zielony 50 g  
– bułka pszenna zwykła 25 g – 1/2 sztuki  
– masło 5 g – 1 łyżeczka

**Obiad 540 kcal**

Zupa krem jarmużowa z grzankami:  
– włoszczyzna 120 g  
– oliwa z oliwek 4 g – 1 łyżeczka  
– ziemniak 50 g – 1 mały  
– mąka 10 g – 2 łyżeczki  
– jogurt naturalny 20 g – 1 łyżka  
– grzanki bułka pszenna 20 g – 1 kromka  
Cielęcina pieczona w folii 100 g, oliwa z oliwek 4 g – 1 łyżeczka  
Ziemniaki pieczone w skórze 150 g – 3 małe  
Szpinak purée 100 g, oliwa z oliwek 4 g – 1 łyżeczka  
Pomidor bez skórki 100 g – 1 duży

**Podwieczorek 270 kcal**

Jabłko pieczone 150 g – 1 średnie  
Maslenko 250 g – 1 szklanka  
Bułka masłowa 40 g – 1/2 sztuki

**Kolacja 360 kcal**

Kopytka 200 g  
Burek purée 150 g

Dziękuję, dr med. Halina Kozłowska-Przybyłowska, mgr Halina Pawłowska-Wojcik  
Zakład Geriatrii, Neurologii, Wzrostki i Rehabilitacji Medycznej

## **Abstract (English)**

Today's society has different expectations from communication between doctor and patient than it had in the past centuries. People want to be informed about their illness and participate in the decision making process about possible treatment. Studies show that lack of information can be a main cause of low compliance. Effective communication skills are therefore requirement for every doctor. This is a particularly important issue when doctors treat patients from a foreign country. Language barrier and being in a stressful situation can negatively affect the communication between doctor and patient. In such situations patient information materials can endorse and complete the communication process between doctor and patient.

This master thesis focused on text-type conventions for patient information materials in Polish and German. The analysis of package leaflets and patient information leaflets shows which text-type conventions should be considered in a translation process. Another aim of this analysis was to present various aspects of translation of medical information for non-experts. The principal conclusion was that text-type conventions for patient information materials cannot be ignored due to the informative function of this text type. In order to translate the mentioned text type correctly, every translator should be familiar with its conventions.

## **Lebenslauf**

### **Persönliche Daten**

Name Agnieszka Szpara  
Geburtsdatum, -ort 26.03.1986, Rzeszów (Polen)  
Staatsbürgerschaft Polnisch  
E-Mail [agaszpara@yahoo.de](mailto:agaszpara@yahoo.de)

### **Schulbildung**

2010 - 2012 Masterstudium Übersetzen an der Universität Wien, Zentrum für Translationswissenschaft, Sprachenkombination: Polnisch, Deutsch, Englisch  
2005 - 2009 Bachelorstudium Transkulturelle Kommunikation an der Universität Wien, Zentrum für Translationswissenschaft, Sprachenkombination: Polnisch, Deutsch, Englisch  
2002 - 2005 Lyzeum Nr. 2 in Rzeszów (Polen)  
1999 – 2002 Gymnasium Nr. 6 in Rzeszów (Polen)  
1993 – 1999 Grundschule Nr. 6 in Rzeszów (Polen)

### **Berufserfahrung**

2011-2012 – Nebentätigkeiten als Sprachtrainerin für Polnisch und Englisch am Sprachinstitut WWT-World Wide Teaching  
2011 – Nebentätigkeiten als Interviewerin am Marktforschungsinstitut Triconsult

### **Sprachenkenntnisse**

Polnisch: Muttersprache  
Deutsch: sehr gute Kenntnisse  
Englisch: sehr gute Kenntnisse

### **Sonstige Kenntnisse**

EDV-Kenntnisse: MS-Office, SDL Trados (Grundkenntnisse)  
Führerschein Kategorie B

### **Interessen**

Sprachen und andere Kulturen, Reisen, Bücher, Schwimmen