

Verminderung der Summe in dem Topf, aus dem wir alle schöpfen. Wollen das die in der Bundesrepublik niedergelassenen Ärzte?

Dr. med. Mathias Bertram, Heimweg 6, 2000 Hamburg 13

### Stellungnahme des Autors:

Der genannte Artikel wurde geschrieben, um auf die Sorgen und Fragen der ambulanten tätigen Ärzte in der DDR hinzuweisen. Für die Stadt Leipzig ist festzustellen, daß bisher nur etwa 16 Prozent der Poliklinikärzte einen Antrag auf eigene Niederlassung gestellt haben. Dies ist letztlich auch nicht verwunderlich, weil zu viele Dinge noch nicht geklärt sind: Gebührenordnung, Finanzierungen, Räumlichkeiten, etc.

Wie bereits erläutert, wird es in einer Übergangsphase auch weiterhin Polikliniken mit angestellten Ärzten für die ambulante medizinische Grundbetreuung geben.

Mein ehemaliger Leipziger Semesterkollege Dr. Müller-Bühl hat ganz offensichtlich den Artikel nicht richtig gelesen, denn an keiner Stelle desselben steht eine Bemerkung, die darauf schließen läßt, daß „räumlich einander zugeordnete Ärzte in eigener Praxis einen Verwaltungsapparat mit Verwaltungschef“ benötigen. Es wird aber unverändert erforderlich sein, daß in einer Klinik angestellte Ärzte – und dies habe ich so dargestellt – einen leitenden Arzt benötigen. Dies ist doch auch in der Bundesrepublik so! Ärzteverbände können doch nicht die Leitung einer Klinik mit der unmittelbaren Interessenvertretung gegenüber dem Rechtsträger übernehmen.

Und wenn ein solcher Arzt von seinen Mitarbeitern für eine begrenzte Amtszeit gewählt ist, kann ich dies nur als die demokratischste aller Leitungsstrukturen bezeichnen. Der Vater des Kollegen Müller-Bühl hat doch die gleiche Funktion an der Poliklinik des Bezirkskrankenhauses

Leipzig/St. Georg über Jahre zur Zufriedenheit aller ausgefüllt. Ob ich selbst, wie Müller-Bühl Junior unterstellt, Existenzangst bezüglich meines eigenen Arbeitsplatzes habe, wird wohl kaum den breiten Leserkreis in Deutschland interessieren.

Dr. med. Michael Burghardt, Leipzig

### SÜDAFRIKA

Zu dem Leserbrief „Ungleichheit bestätigt“ von Dr. Winfried Beck in Heft 12/1990:

### Widerspruch

Die Meinung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise ihres Sprechers darf in der Öffentlichkeit nicht unwidersprochen bleiben:

1. Es gibt keine südafrikanische Nation. Die RSA besteht aus einer Vielzahl von Völkern und Stämmen. Den mitteleuropäischen Begriff der Nation, der zur Zeit en vogue ist, nach Afrika exportieren zu wollen, ist Kulturimperialismus.

2. Die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung Südafrikas müssen mit denen der umgebenden Staaten verglichen werden. Dies zu negieren bedeutet, den Staaten Schwarzafrikas, die ohne weiße Vorherrschaft oder Unterstützung auskommen, bestimmte Kompetenzen abzusprenken. Dieser versteckte Rassismus darf nicht schweigend hingenommen werden.

3. Die RSA ist ein Entwicklungsland. Nur wer die schwarze Bevölkerungsmehrheit außer acht läßt, kann Südafrika in die Erste Welt katapultieren. Es sollte das Anliegen aller demokratischer und friedliebender Ärzte sein, die Ärzte Südafrikas unabhängig von ihrer Hautfarbe nicht ins wissenschaftliche Abseits zu drängen. Die gesamte Bevölkerung Südafrikas hat ein Recht auf optimale medizinische Betreuung.

Dr. N. Warszawski, Fichte-str. 2 B, 87 Würzburg ▷

# Hoechst



**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 200 mg Ofloxacin. **Anwendungsgebiete:**

Bakterielle Infektionen, verursacht durch Ofloxacin-empfindliche Erreger: Akute, chronische und rezidivierende Atemwegsinfektionen (Bronchitis), verursacht durch Haemophilus influenzae oder andere gram-negative und multiresistente Erreger sowie durch Staphylococcus aureus. Da Pneumonie im ambulanten Bereich überwiegend durch Pneumokokken verursacht werden, ist Tarivid in diesen Fällen nicht das Mittel der ersten Wahl. Die Anwendung von Tarivid kann aber bei sogenannten Problemkeimen (z. B. Escherichia coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus, Pseudomonas, Legionella, Staphylococcus) angezeigt sein.

Chronische und rezidivierende Infektionen von Hals, Nase und Ohren, insbesondere wenn sie durch gram-negative Keime einschließlich Pseudomonas oder durch Staphylococcus verursacht sind. Damit ist Tarivid nicht indiziert bei der akuten Angina tonsillaris.

Infektionen der Weichteile und der Haut, des Bauchraumes einschließlich des kleinen Beckens, der Niere, der ableitenden Harnwege und der Geschlechtsorgane, Gonorrhö. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Ofloxacin oder andere Chinoloncarbonsäurederivate. Nicht bei Epileptikern anwenden. Tarivid soll Kindern und Jugendlichen in der Wachstumsphase sowie Schwangeren und Stillenden nicht verabreicht werden, da keine Erfahrungen über die Sicherheit der Anwendung bei diesen Gruppen vorliegen und aufgrund von Ergebnissen aus Tierversuchen Gelenkknorpel-schädigungen beim noch nicht erwachsenen Organismus nicht völlig unwahrscheinlich sind. Anwendungsbeschränkung: Bei Vorschädigung des ZNS mit erniedrigter Krampfschwelle, wie z. B. nach Schädelhirnverletzungen, entzündlichen Prozessen im ZNS-Bereich oder Schlaganfall, soll Tarivid nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Allergische Erscheinungen, insbesondere Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut. In Einzelfällen Petechien, hämorrhagische Bullae und Papeln als Ausdruck einer Vasculitis. Selten Symptome wie Gesichtödem, Zungenschwellung, Glottisödem, Tachykardien, Atemnot bis hin zum bedrohlichen Schock, teilweise schon nach Ersteinnahme (Tarivid sofort absetzen). In Einzelfällen Photosensibilität. Gelegentlich Störungen im Bereich des Nervensystems, z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, intensive Traumerlebnisse bis zum Alptraum, muskuläre Koordinationsstörungen, Parästhesien in den Gliedmaßen. Sehstörungen wie Doppeltsehen und Farbsehen. Geschmacks- und Geruchsstörungen (können in seltenen Fällen irreversibel sein). Halluzinationen und psychotische Reaktionen wie Unruhe, Erregungszustände, Angstzustände, Verwirrtheit. Diese Reaktionen traten teilweise schon nach Ersteinnahme auf (Tarivid sofort absetzen). Selten Gelenk- und Muskelschmerzen. In Einzelfällen Blutbildveränderungen (Leukopenie, Agranulozytose, Thrombozytopenie, Anämie), vorübergehender Anstieg der Leberenzyme und/oder des Bilirubins sowie Einschränkung der Nierenfunktion, z.B. Anstieg des Serumkreatinins. Es kann zu Beschwerden im Magen-Darm-Bereich kommen (Schmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall). Bei Auftreten von schweren und anhaltenden Durchfällen ist an eine pseudomembranöse Kolitis zu denken, die sofort behandelt werden muß. In solchen Fällen ist Tarivid sofort abzusetzen und eine geeignete Therapie (z.B. Vancomycin oral, 4 x 250 mg täglich) einzuleiten. Peristaltikhemmende Präparate sind kontraindiziert. Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch von Tarivid kann das Reaktionsvermögen soweit verändert sein, daß die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Wirkungsabschwächung bei gleichzeitiger Gabe von mineralischen Antazida. **Wirkungsweise:** Bakterizid durch Hemmung der bakteriellen DNS-Gyrase. **Dosierung:** Je nach Indikation erhalten Patienten 2 x 1/2 bis 2 x 1 Filmtablette pro Tag im Abstand von 12 Stunden. In schweren Fällen kann die Dosis auf 2 x 1 1/2 bis 2 x 2 Filmtabletten erhöht werden. **Dosierung bei eingeschränkter Nierenfunktion:** Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Initialdosis von Tarivid wie bei Nierengesunden. Die Erhaltungsdosis sollte wie folgt erniedrigt werden:

Kreatinin-Clearance	Serum-Kreatinin	Erhaltungsdosis
50 – 20 ml/min	1,5 – 5 mg/dl	1 bzw. 1/2 Tabl./Tag
< 20 ml/min	> 5 mg/dl	1/2 Tabl. alle 2 Tage

Hämodialyse und Peritonealdialyse: 1/2 Tablette alle 2 Tage. **Anwendungsdauer:** Bis zum Vorliegen weiterer Erfahrungen ist eine Behandlungsdauer von 2 Monaten nicht zu überschreiten. **Handelsformen und Preise:** Filmtabletten zu 200 mg mit Bruchrinne; N1: 10 Filmtabletten 43,55 DM; N2: 20 Filmtabletten 81,90 DM; Krankenhauspackungen. Hoechst Aktiengesellschaft, 6230 Frankfurt am Main 80. LI 209 994