

Arzneimittel-Richtlinien

te des Diagnose-Therapie-Geflechtes nicht vernachlässigen.

▷ Es gebe (noch) keine allgemeinverbindliche allgemeinmedizinische Lehrmeinung, so daß es folglich auch keine Verordnungs- und Listenstandards geben sollte.

▷ Arzneimittel-Listen hätten allesamt den Nachteil, das gesamte Erfahrungswissen der Praxis „wegzuplanen“.

▷ Arzneimittel-Listen könnten zudem jede Kreativität und anwendungsbezogene Forschung und Exploration bremsen.

▷ Arzneimittel-Listen ließen schließlich den Ideenreichtum und die Anwendungsvielfalt verkümmern.

Arzneimittel-Listen seien für den Kassenarzt nur dann tolerabel, wenn deren Grundlage klar und unbestritten ist. Bis dahin sei aber noch ein langer, dornenvoller Weg zu beschreiten. Harald Clade

ZITAT

Die neue Sozialreligion

„Wir haben es . . . mit einer Glaubenskrisen zu tun, mit einer Sozialreligion, für die der Weg zur Seligkeit eine sozialpolitische Einbahnstraße darstellt. Die Priester dieser Sozialreligion nehmen es übel, an die Vernunft erinnert zu werden, an das, was machbar ist, und an das, was in die Irre führt.“

Prof. Dr. rer. pol. Bruno Mollitor, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität Würzburg, vor der Bundeshauptversammlung 1981 des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) am 13. November 1981 in Köln

TAGUNGSBERICHT

Nachsorge von Suchtkranken: Wie lassen sich die Rückfälle verhindern?

Rudolf A. Zierholz

Schwerpunktthema der wissenschaftlich-praktischen Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) war in diesem Jahr der weitgefächerte Themenkreis der Nachsorge. 16 Arbeitsgruppen mit 29 Untergruppen tauschten Erfahrungen aus. Insgesamt wurden bei der Tagung (vom 26. bis 28. Oktober in Osnabrück) rund 750 Teilnehmer gezählt: 350 Besucher stellten die Abstinenz- und Selbsthilfegruppen, 300 waren Sozialarbeiter und Pädagogen, 50 Ärzte und 50 Psychologen.

Im Grußwort von Bundesgesundheitsminister Antje Huber fiel auf, daß nicht nur das bei Fragen der Suchtkrankenrehabilitation obligate Lob für Freundeskreise, Abstinenz- und Selbsthilfegruppen gesendet wurde, sondern tatsächlich auch auf die besonderen Probleme der bisher bestenfalls improvisiert betriebenen Nachsorge eingegangen wurde. Hieraus ergaben sich während des Tagungsablaufs immer wieder fast deckungsgleiche Übereinstimmungen mit Frau Huber. In vielen Diskussionen zeigte sich, daß „die eigentlichen Schwierigkeiten erst beginnen, wenn die nötig scheinenden Hilfsangebote bedarfsgerecht gestaltet werden sollen, um das für den gesamten Bereich der Nachsorge gültige gemeinsame Ziel auch erreichen zu können: nämlich, den Rückfall zu verhindern!“

Daraus entwickelte sich, wie vorprogrammiert, die von vielen Teilnehmern während des Ablaufs der Tagung mehrfach gestellte Frage: „Warum sind wir bei so viel Übereinstimmung trotzdem noch immer nicht in der Lage, den motivierten

und behandlungswilligen Suchtkranken ohne die leidigen bürokratischen Verzögerungen (rechtzeitig in die für ihn geeignete Behandlung bringen zu können?“ Dabei wurde nicht selten Unmut über diese Diskrepanz zwischen den vielen gutgemeinten amtlichen Absichtserklärungen und der Alltagswirklichkeit in der Suchtkrankenberatung und -behandlung geäußert.

Die bei früheren DHS-Tagungen oft erhobene Forderung nach dem Abbau von Wartezeiten im klinischen Bereich wurde in Osnabrück noch akzentuierter für die Nachsorge gestellt. Dabei hieß es, mit manchmal deutlich spürbarem Mißfallen im Unterton; daß man die Fehler der Gigantomanie in manchem Klinikbetrieb nicht wiederholen dürfe in der Organisation effizienter Nachsorgeeinrichtungen.

Lobende Anerkennung fand, daß sich inzwischen manche Verwaltungsbeamten in die Front von Ärzten, Therapeuten, Praktikern und Betroffenen verständnisvoll eingereiht haben und ernsthaft für die unbürokratische Lösung der für den suchtkranken Patienten noch bestehenden Schwierigkeiten bei seiner Suche nach dem richtigen Nachsorgeplatz eintreten; denn es ist inzwischen auch eine leider immer wieder bestätigte Binsenweisheit, daß Wartezeiten sehr oft der Anlaß zu Rückfällen werden.

Durch den besonders bei Ärzten überhandnehmenden Zeitaufwand für die Begründung der speziellen Behandlungsnotwendigkeit des Suchtkranken leidet die eigentliche therapeutische Aufgabe des Arztes,

Nachsorge für Suchtkranke

weil dadurch für das beim Suchtkranken besonders nötige Einzelgespräch zur Stärkung seines Selbstvertrauens und zur Erhaltung der Motivation nicht mehr genügend Zeit bleibt. Diese Rückfallursache sollte eigentlich ein ernst zu nehmender Anlaß für die zuständigen Behörden sein, den Papierkrieg abzubauen. Das wäre ein sehr praktischer Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Überhaupt wäre es, wie nicht nur diese Überlegung zeigt, ratsam, wenn die erfahrenen Praktiker in jedem Fall vor dem Erlaß von Verfügungen gehört würden, damit nicht unnötige Verluste durch eine falsch angelegte Absicht zur Kostendämpfung entstehen.

So wird zum Beispiel bei der versuchten „Einsparung der Nachsorge“ bei chronisch Alkoholkranken die Kurzzeitentgiftung in den Landeskrankenhäusern zum „Patent“ für zahllose Rückfälle. Nach einhelliger Expertenmeinung wird dabei mit ungeeignetem Mittel und am falschen Objekt zu sparen versucht und genau das Gegenteil erreicht: nämlich die Eskalation der Kosten, die inzwischen denselben Gesetzmäßigkeiten zu folgen scheint, wie es der Suchtkranke selbst in seinem *Circulus vitiosus* demonstriert.

Woher kommen die berichtigten „Drehtürfälle“

Wenn jetzt immer mehr „Drehtürfälle“ entstehen, liegt das ganz wesentlich daran, daß die Krankenkassen seit einigen Jahren höchstens noch für 14 Tage die Entgiftung bezahlen. Selbst der tüchtigste Arzt oder Sozialarbeiter eines Landeskrankenhauses kann in so kurzer Zeit nur durch Zufall oder Glück einen individuell passenden Nachsorgeplatz für die zur Rückfallverhütung notwendige nahtlose Weitergabe des Patienten finden. Deshalb stellt der rechtzeitig gefundene Nachsorgeplatz noch immer eine absolute Ausnahme von der Regel dar, und man ist in der Nachsorge noch weit davon entfernt, das Stadium der Improvisation verlassen zu können.

Bis sich das ändert, werden noch die meisten chronisch Suchtkranken – und insbesondere die Alkoholiker – mit Kurzzeitentgiftung zu Drehtürpatienten mit immer weniger Selbstwertgefühl. Aus dieser Klientel entstehen die kaum noch besserungsfähig scheinenden Rückfallkranken, von denen viele zu einer lebenslangen Last für den Steuerzahler werden, sobald sie ein Dauerpflegefall geworden sind. Diese Überlegungen wurden in den Gruppen immer wieder vorgebracht, sobald beim Thema Nachsorge auch das Stichwort „Kostendämpfung“ ins Spiel kam; denn mit jeder Ausweitung der psychischen, körperlichen und geistigen Schädigung wird die Nachsorge nicht nur schwieriger und zeitaufwendiger, sondern leider auch immer teurer.

Frau Minister Huber hatte die Frage gestellt, „wie Nachsorge inhaltlich zu gestalten ist, ob sie erlernbar und lehrbar ist“, und sie stellte dabei fest, daß es „darüber fast gar keine Informationen gibt“. Wie diese Fachtagung der DHS zeigte, stimmt das nicht. Es gab viele Anregungen. Aber man wunderte sich auch darüber, daß die zuständigen Stellen selbst sich bisher so wenig um die bereits funktionierenden Nachsorgeeinrichtungen kümmern. Dort hätte sich bereits die Frage beantworten lassen, was erlernbar und lehrbar ist – und dort vor Ort gibt es fast alle Informationen, die nötig sind.

Die DHS-Tagung sollte als Brücke dazu aufgefaßt werden; denn wer hätte es vorher glauben wollen, daß 26 Prozent aller an Beratungsstellen empfohlenen Suchtkranken von Ärzten kommen, aber nur 1 Prozent von den Seelsorgern? Rudolf A. Zierholz

Anschrift des Verfassers:

Rudolf A. Zierholz
Zentrum für
Selbstrehabilitation e. V.
Faßbacher Hof
4090 Leverkusen-Edelrath

BEKANNTMACHUNGEN

Bundesärztekammer

Fortbildungsfilme 1981

Asthma bronchiale. Hersteller und Verleih: Sandoz AG, Nürnberg, Herstellungsjahr: 1981, Filmlänge: 330 m, Laufzeit: 30 Min., Format: 16 mm, Lichtton, farbig. *Wissenschaftlicher Autor:* PD Dr. H. Magnussen, Bonn.

Der Film zeigt die jüngsten Erkenntnisse, die im Bereich der Pathophysiologie, Prophylaxe und Therapie des Asthma bronchiale erzielt worden sind.

Arterielle Hypertonie IV. Therapie der Hypertonie in der Praxis. Hersteller und Verleih: C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim, Herstellungsjahr: 1979, Laufzeit: 18 Min., Filmlänge: 206 m, Format: 16 mm, Lichtton, Magnetton, farbig. *Wissenschaftliche Autoren:* Prof. Dr. Bock, Essen, Prof. Dr. Hitzberger, Wien, Prof. Dr. Spitz, Wien, Prof. Dr. Weiss, Kiel.

Patienten mit Blutdruckwerten, die in Ruhe ständig systolisch über 165 und diastolisch über 90 mm Quecksilbersäule liegen, sollten antihypertensiv behandelt werden. Bei labiler Hypertonie sollten von Fall zu Fall eine antihypertensive Therapie erwogen werden. Dabei werden wichtige Risikofaktoren, wie erbliche Belastung, Nierenerkrankungen, Adipositas, Diabetes mellitus, erhöhte Serumlipidwerte und Nikotinabusus, zu berücksichtigen sein. Auf die prognostische Bedeutung des Alters bei Hochdruckbeginn wird hingewiesen. Der Frage der Berufsfähigkeit des in Behandlung stehenden Hypertonikers wird an typischen Beispielen nachgegangen. Die einzuhaltenden Lebensbedingungen, insbesondere die wünschenswerten Eß- und Trinkgewohnheiten des Hypertonikers, werden beschrieben.

Die Kniegelenkarthroplastik mit dem Geomedic-Kniegelenk. Hersteller und Verleih: Orthop. Klinik der Universität Gießen, Herstellungsjahr: 1978, Laufzeit: 23 Min., Filmlänge: 255 m, Format: 16 mm, Magnetton, farbig. *Wissenschaftliche Autoren:* Prof. Dr. H. Rettig, Dr. Auff'm Ord, Dr. Pfeifer.

Der Film zeigt die Operationstechnik bei Implantation eines Kniegelenks. Verwendet wird im vorliegenden Fall das Geomedic-Kniegelenk.

Neue Dimensionen in der Antibiotika-Therapie. Hersteller: MSDI – Rahway, Verleih: MSD Sharp & Dohme GmbH, Bad Aibling, Herstellungsjahr: 1980, Filmlänge: 250 m, Laufzeit: 22 Min., Format: 16 mm, Lichtton, farbig. *Wissenschaftliche Autoren:* Prof. H. C. Neu, Prof. W. Schumacher, Chicago, Prof. W. Ledger, New York.

Der Film behandelt im einzelnen: Beta-Laktamase, Stabilität von Betalaktam-