

38. Valentin, H.; Triebig, G.: Gesundheitsrisiken durch Formaldehyd. Eine arbeitsmedizinische Bestandsaufnahme. *Pathologie* 6 (1985) 64-70
39. Weber-Tschopp, A.; Fischer, T.; Grandjean, E.: Reizwirkung des Formaldehyds auf den Menschen. *Int. Arch. Occup. Environm. Health* 39 (1977) 207-218

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. rer. nat. A. Basler
Direktor des Max-v.-Pettenkofer-Instituts
des Bundesgesundheitsamtes Berlin

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. H. M. Bolt
Leiter der Abteilung Toxikologie und Arbeitsmedizin, Institut für Arbeitsphysiologie, Dortmund

Dr. rer. nat. O. J. Grundler
Gewerbehygiene und Toxikologie, BASF
Ludwigshafen

Prof. Dr. med. F. Klaschka
Hautklinik und Poliklinik im Universitätsklinikum Steglitz, Berlin

Prof. Dr. med. G. Lehnert
Direktor des Zentralinstituts für Arbeitsmedizin der Universität Hamburg

Frau B. Molik
Medizinisches Institut für Umwelthygiene
der Universität Düsseldorf

Prof. Dr. med. F. Pott
Leiter d. Abt. Experimentelle Hygiene
Medizinisches Institut für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf

Frau Dr. rer. nat. E. Roßkamp
Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene
des Bundesgesundheitsamtes Berlin

Prof. Dr. med. G. Schäcke
Leiter des Instituts für Arbeitsmedizin der
Freien Universität Berlin

Prof. Dr. med. R. Schiele
Institut für Arbeitsmedizin und Poliklinik
für Berufskrankheiten der Universität
Erlangen

Prof. Dr. med. H.-W. Schlipkötter
(federführend)
Direktor des Medizinischen Instituts für
Umwelthygiene und des Instituts für
Hygiene der Universität Düsseldorf

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. D. Spiecher
Fachgebietsleiter Sterilisation/Desinfektion,
Robert-Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes Berlin

Dr. rer. nat. D. Steinhoff
Institut für Toxikologie, Pharma-Forschungszentrum Bayer AG, Wuppertal

Prof. Dr. med. H. U. Wanner
Institut für Hygiene und Arbeitsphysiologie,
Eidgenössische Technische Hochschule Zürich

Dr. rer. nat. P. Wardenbach
Bundesanstalt für Arbeitsschutz Dortmund

Auch für psychisch Kranke:

Patientennahe und gemeindennahe Versorgung

Zu dem Editorial von Professor Dr. med.
Rainer Tölle in Heft 10/1987

Suchtkranke scheuen Gemeindennahe

Den Ausführungen von Prof. Tölle über die wünschenswerte patientennahe und gemeindennahe Versorgung psychisch Kranker kann nur zugestimmt werden. So erstrebenswert die Gemeindennahe aus der Sicht der Therapeuten und Gesundheitspolitiker erscheint, sie wird von den betroffenen Patienten jedoch recht unterschiedlich akzeptiert.

Aufgrund von Erfahrungen an einer psychiatrischen Abteilung an einem Kreiskrankenhaus läßt sich sagen, daß vor allem Suchtkranke und neurotisch Kranke die Gemeindennahe scheuen. Sie bevorzugen für stationäre Behandlungen Einrichtungen außerhalb des Landkreises. Aber auch Patienten anderer Diagnosegruppen bringen bei Konsilien oder in der Ambulanz recht häufig ihre Bedenken zum Ausdruck, durch das Erkanntwerden in der wohnortnahen Psychiatrie Nachteile in Kauf nehmen zu müssen. Die Furcht vor der Stigmatisierung als psychisch Kranker wächst bei manchen Patienten offenbar mit der Gemeindennahe. Gemeindeferne Psychiatrieeinrichtungen erhalten möglicherweise einer Anzahl Patienten die Chance, anonym psychisch krank zu sein.

Eine tolerantere und neutralere Einstellung der Bevölkerung würde

die gemeindennahe Versorgung fördern. Da bleibt aber noch viel zu tun. Die Ängste der Gesunden vor den psychischen Krankheiten und deren negativen Folgen für den Umgang mit den Kranken führen ein hartnäckiges Leben und werden wohl noch manche Psychiatrieform überdauern.

Dr. med. Manfred Hüllemann
Rankweg 13
7290 Freudenstadt 1

Zunahme bei den Einweisungen

Die Psychiater brauchten sich keine Sorgen zu machen, solange sich die anderen Leute die Sorgen selbst machten. Tölle vermittelt den Eindruck, als ob der „weit effektiverer Einsatz“ einer verbesserten Versorgung dieses Bonmot widerlegt hätte: „Die Zeiten der Gesundheit oder des relativen Wohlbefindens werden länger, die Krankenhauseinweisungen seltener, die stationären Verweildauern kürzer.“

Tatsächlich nahm jedoch die Zahl der Einweisungen zu, während sich die Verweildauer verkürzte, nahm die Zahl der Zwangseinweisungen dort zu, wo komplementäre Dienste eingerichtet wurden, nahmen aber beide Zahlen ab, wo sich Nervenärzte niederließen.

Bezüglich der Einsparung von Betten in Großkrankenhäusern sagt Tölle nicht, in welchen Einrichtungen die Patienten jetzt unter welcher Diagnose zu suchen und zu finden sind. Er sagt nicht, daß der Betreuungsumfang psychisch Kranker zumindest gleich hoch geblieben sein muß (denn es ließen sich keine Kosten einsparen), und daß zusätzliche stationäre Einrichtungen für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Behinderte eröffnet wurden.

Die bislang keineswegs nachweisbare „Verbesserung in der psychiatrischen Versorgung“ führte in den westeuropäischen Staaten zu demselben Begriffen der Enttäuschung: „nuova cronicità“, „new long time“, „neuer Langzeitpatient“.

Um nun nicht der Kunst zu verfallen, stets neue Gründe für stets neue Aktivitäten zu finden, erscheint vor einer Lobpreisung der „verbesserten“ psychiatrischen Versorgung eine fundierte wissenschaftliche Evaluation dringender denn je. Wir Psychiater haben uns also tatsächlich gerade jetzt Sorgen zu machen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Harald Rauchfuss
Neurologe und Psychiater
Bahnhofstraße 38
8530 Neustadt a. d. Aisch

Schlußwort

Ob die gemeindenahe Versorgung von den Patienten akzeptiert werde, fragen die Kollegen. Zu antworten ist: bestimmt von den schwerer psychisch Kranken, insbesondere von den Psychose-Kranken. Sie waren und sind zum Teil immer noch durch Versorgungsmängel am meisten benachteiligt, und für sie sind die Vorteile der neuen Versorgungsstrukturen am größten.

Es trifft nicht zu, daß die Einweisungshäufigkeit zur stationären Behandlung generell zugenommen habe, allenfalls gilt das für bestimmte Gruppen von Kranken, zum Beispiel mit alkoholbedingten Psycho-

sen. Die wiederholten Aufnahmen dieser Kranken haben ihren Grund natürlich nicht in der gemeindenahe Versorgung, sondern (abgesehen von der Zunahme des Alkoholismus) im Gegenteil in einem Mangel an patientnahen Entwöhnungsangeboten. Die Behauptung von Dr. Rauchfuss, Zwangseinweisungen hätten zugenommen, wo komplementäre Dienste eingerichtet wurden, trifft nicht zu. Daß aber durch Niederlassungen von Nervenärzten in der Praxis die psychiatrische Versorgung verbessert werden kann, ist selbstverständlich richtig.

Wo die Patienten, die nicht mehr hospitalisiert sein müssen, bleiben, ist eine weitere wichtige Frage. Gewiß sind mit dem Bettenabbau in den psychiatrischen Großkrankenhäusern zu viele chronisch psychisch Kranke in Heime verlegt worden. Unnötigen Hospitalisierungen im Krankenhaus oder im Heim entgegenzuwirken, ist gerade eine der Aufgaben der gemeindenahe psychiatrischen Versorgung. Mehr Patienten, als man bisher meinte, können in Wohnheimen, Wohngruppen usw. leben und ambulant oder zeitweilig teilstationär ärztlich versorgt werden.

Dr. Rauchfuss schreibt auch von den „neuen Langzeitpatienten“. Es ist aber zweifelhaft, ob es die überhaupt gibt. Langzeitpatienten, also chronisch Kranke, gab es in bestimmten psychiatrischen Diagnosegruppen immer, und es hat auch nicht den Anschein, daß diese Verläufe in absehbarer Zeit ganz vermieden werden können. Es ist aber durchaus möglich, die Zahl dieser chronischen Verläufe zu reduzieren, das Ausmaß von Residualzuständen und Hospitalisierungsschäden hintanzuhalten und insbesondere für die chronisch Kranken ein differenziertes Behandlungsspektrum anzubieten.

Auch wenn das psychiatrische Behandlungsangebot gemeindenahe sein soll, bleibt selbstverständlich die freie Arztwahl und die freie Krankenhauswahl erhalten. Auch wegen unterschiedlicher Therapie-schwerpunkte der Kliniken und Krankenhäuser müssen Alternativen offen bleiben.

Wenn Dr. Hüllemann auf Patienten hinweist, die gerade nicht in der Nähe ihres Wohnortes, sondern lieber fernab behandelt werden wollen, beschreibt er zweifellos häufige Beobachtungen. Es ist jedoch zu fragen, ob dem so sein muß: warum möchten manche Patienten lieber einen Psychiater in einiger Entfernung aufsuchen? Sicherlich, weil es noch an der von Dr. Hüllemann selbst angeführten „toleranten und neutralen Einstellung der Bevölkerung“ fehlt. Vielleicht aber auch, weil gerade manche Ärzte dem Patienten den Weg zum nächst erreichbaren Psychiater nicht gerade leicht machen. Noch einmal: selbstverständlich bleibt es dem Patienten überlassen, den Psychiater oder das Psychiatrische Krankenhaus anderenorts aufzusuchen. Er soll nur nicht hierzu gezwungen sein, weil es in seiner Nähe keine entsprechende Einrichtung gibt.

Es trifft zu, daß die stationäre Behandlung von Suchtkranken und Neurosepatienten in weit abgelegenen Kurkliniken und Sanatorien angeboten wird. Aber nur ein Teil der Patienten wünscht diese Entfernung, viele müssen sie in Kauf nehmen, weil es in der Nähe kein Angebot gibt oder weil der Kostenträger ein fernab gelegenes Haus bestimmt hat. Dabei ist auch zu bedenken, daß ein wesentlicher Teil dieser Kranken ambulant behandelt werden kann, wenn es ein entsprechendes gemeindenahe Angebot gibt. An dieser Stelle lassen sich auch Kosten einsparen.

Im übrigen aber ist es nicht das primäre Ziel der gemeindenahe psychiatrischen Versorgung, die Kosten zu reduzieren, sondern die Behandlung zu verbessern. Insbesondere die schwer psychisch Kranken, die von der Behandlung am Wohnort besonders profitieren, waren zu lange Zeit eine benachteiligte Patientengruppe (an der unzulässig Kosten gespart wurden!), als daß gerade bei ihnen der Rotstift angesetzt werden müßte.

Professor Dr. med. Rainer Tölle
Klinik für Psychiatrie
Albert-Schweitzer-Straße 11
4400 Münster