

kommunalen Trägern und Diensten.

Jeder Gebietsarzt kann eigentlich nur fordern, daß diese Arbeit geleistet wird, damit besonders seine schwer betroffenen psychiatrischen Patienten, die außer der ärztlichen Behandlung notwendigen Hilfen der Wiedereingliederung, auch tatsächlich vor Ort erhalten können.

Dem Kommentator fehlt sichtlich der Bezug zur psychiatrischen Praxis, sonst wüßte er, daß es eine Gruppe besonders betroffener psychiatrischer Patienten gibt, die aus Krankheits- und zunehmend sozialen Gründen keine vertrauensvolle dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung haben, sondern aufgesucht werden müssen, mühsam motiviert und unterstützt, etwas für sich zu tun, etwa ärztliche Behandlung aufzusuchen. Dies ist schon aus fehlender Finanzierung für niedergelassene Ärzte kaum machbar. Um diese Menschen kümmern sich sozialpsychiatrische Dienste, meist bei Kommunen oder freien Trägern angesiedelt. Sie sind wahrlich keine Konkurrenz für die niedergelassenen Ärzte, sondern notwendige Ergänzung und zur Zusammenarbeit gerne bereit.

Glücklicherweise ist diese Zusammenarbeit vor Ort gut – ganz anders als der Kommentar vermuten läßt – zumindest zeigt mir das meine jetzt 12jährige Tätigkeit im Psychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Köln.

Dr. Inge Theisohn-Schwedhelm, Ärztin für Psychiatrie – Psychotherapie, Grevenstraße 91, 5000 Köln 91

Keine Kenntnis der Erfahrungspraxis

Der Verfasser des Kommentars sagt für die betroffenen Patienten wie für die engagierten Reformer erstaunliche Dinge. Er möchte die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung vor Schaden

bewahren und vor allem die „vertrauensvolle dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen“ und er konzipiert, daß das durch eine enge Zusammenarbeit mit Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegern und heilpädagogischen Berufsgruppen möglich sei. Er greift damit auf Erfahrungen aus multiprofessionellen Teams zurück, ohne diese jedoch verstanden zu haben. Denn in welchem dieser Teams würde die Sozialarbeiter-Patienten-Beziehung, die Schwestern-Patienten-Beziehung und die Psychologen-Patienten-Beziehung sich reduzieren lassen auf eine Zulieferungsbühne für die „Arzt-Patienten-Beziehung“. Der Kommentator ist also entweder ein psychiatrischer – weder nach links noch nach rechts schauender – Einzelkämpfer aus Klinik oder Praxis oder vielleicht eher ein Verbandsfunktionär, der sich um diese Einzelkämpfer Sorgen macht.

Dieser Einsatz hat in sich seine Berechtigung. Bedauerlich ist, daß sein Kommentar nicht getrübt wird mit Wissen aus den zahlreichen Veröffentlichungen zur Psychiatrie-Reform. Er hat auch wohl keine Kenntnis der breiten Erfahrungspraxis moderner Psychiatrie aus den Niederlanden, den skandinavischen Ländern, aus Frankreich und England, um die wichtigsten zu nennen.

Selbst die einzige Quelle, die der Kommentator benutzt, die „Nervenarztstudie 1988“, zitiert er willkürlich und einseitig. So verschweigt er zum Beispiel, daß die psychiatrische Versorgung nur zu etwa einem Drittel von den Nervenärzten geleistet wird. Würde er sich die Ergebnisse der „Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich“ angesehen haben, würde er wissen, daß das Versorgungsdefizit bei den Nervenärzten noch wesentlich größer ist. Er scheint auch nicht

die Arbeiten zu kennen, welche die gute Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Nervenärzten und sozialpsychiatrischen Diensten und Kliniken beschreiben und aus denen zu entnehmen ist, daß das Klientel jeweils sehr unterschiedlich ist.

Die Hauptspeerspitze des Kommentators richtet sich jedoch gegen die „Politik an Rhein und Ruhr“, gegen den Innenminister Heinemann, der es wagen würde, „im Alleingang“ noch mehr Sozialstaat und noch mehr sozialpsychiatrische Pflege den Sozialstationen zu ermöglichen.

Für Ihre Bemerkung zu den „kräftezehrenden Aufgaben“ der Mitarbeiter in den Sozialstationen und für Ihre Sorge, daß verwaltungsbürokratische Maßnahmen zusätzliche Belastungen für die Mitarbeiter dieser Sozialstationen darstellt, würden Sie Dank und Zustimmung bei den tatsächlich enorm belasteten Therapeuten und Helfern sozialpsychiatrischer Dienste bekommen.

Sie stellen jedoch Ihre Anteilnahme in Frage, indem Sie die unbedingt notwendige finanzielle und personelle Verbesserung dieser Dienste in Frage stellen und das mit Blick auf die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik, die mindestens 20 Jahre in ihrer Entwicklung zurückliegt im Vergleich zu benachbarten Ländern des künftig gemeinsamen Europas. Ich möchte Ihnen politisch wirklich nicht zu nahe treten. Ich muß Ihnen jedoch vermitteln, daß die Verzögerung der Psychiatrie-Reform aufgrund der bisher unzureichenden Unterstützung durch Politiker, Regierungen und Medien in unserem Land von den Psychiatrie-Reformern in unserem Land wie von den Experten der Nachbarländer als Ausdruck der Tatsache gewertet wird, daß wir noch immer unzureichend die faschistische Ausgrenzung psychisch Kranker überwunden haben und daß noch immer nur ein Bruchteil der in der Krankenversorgung einge-

setzten Gelder – trotz aller epidemiologischen Nachweise über den Umfang – für psychisch Kranke zur Verfügung stehen.

Prof. Dr. med. A. Drees, Leiter der Psychiatrischen Abteilung Bertha-Krankenhaus, Maiblumenstraße 1-7, 4100 Duisburg

Schlußwort

Ich darf Ihnen versichern, daß ich mich seit längerer Zeit intensiv mit der gesundheitspolitischen Dimension und den vielschichtigen Verästelungen des Modellprogramms Psychiatrie Nordrhein-Westfalen ebenso wie mit den beiden vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Gutachten „Nervenarztstudie 1988“ sowie mit dem umfangreichen Schlußgutachten der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich befaßt habe. Selbstverständlich habe ich den von Ihnen kritisierten Kommentar unter Kenntnis und nach Lektüre der beiden Gutachten geschrieben. Bereits früher habe ich im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT in einem umfassenden Artikel zu den Schlußempfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung Stellung genommen und auf die Komplexität des Gutachtens hingewiesen. Insofern trifft mich Ihr Vorwurf der „Ignoranz“ nicht.

Selbstverständlich kommt es auf die gute Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatrischen Diensten und Kliniken an; nur darum kann es gehen! Insofern trifft sich Ihre Auffassung mit der meinigen.

Nicht auf mir sitzenlassen kann ich Ihren Vorwurf, „partikularistische Interessen“ vertreten zu haben. Wenn Sie mich schon als einen „psychiatrischen Einzelkämpfer“ oder als „Verbandsfunktionär“ bezeich-

nen, so ist dies für mich eher ein „Ehrentitel“. Denn schließlich kämpfe ich seit Jahren für die Interessen der Vielzahl der unterversorgten psychisch Kranken und Behinderten und der Therapeuten, die sich um diese spezielle Gruppe von Patienten tagtäglich kümmern. Konfrontation und Polemik sind wenig hilfreich, am wenigsten helfen sie den Patienten.

Tatsache ist es allerdings, daß das Abschlußgutachten der Expertenkommission der Bundesregierung und die Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich ohne direkte Beteiligung der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater und deren Organisationen und Berufsverbände zustande gekommen ist. Die einge-

streuten Zitate aus der Nervenarztstudie '88 sind lediglich ein Alibi dafür, um die anderen sehr technokratischen Forderungen und Empfehlungen zu „garnieren“.

Bezeichnenderweise hat sich die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) ebenso wie der Psychiatrie-Ausschuß der Bundesärztekammer genauso kritisch zu der Expertenkommission geäußert, wie ich es in dem Kommentar in Heft 36/1989 des DÄ getan habe. Das Kommissionsmitglied, Dr. med. P. Erwin Odenbach, Geschäftsführender Arzt der Bundesärztekammer, selbst Nervenarzt und Psychiater, hat dies in einem „Sondervotum“ zum Schlußbericht der Expertenkommission zum Ausdruck gebracht.

Dr. Harald Clade, DÄ

KASSENÄRZTE

Zu dem Thema Pensionierung von Kassenärzten und dem Leserbrief „Zum Aufklären bewegen“ von Dr. Fest in Heft 39/1989:

Horrortrip

Das war ja ein richtiger Horrortrip, auf den uns Kollege Fest mit seinen deprivierten Mummelreisen geschickt hat. Und alles selbst erlebt! Da hat Kollege Fest gewissermaßen „Glück“ gehabt. Offenbar gibt es da regionale Unterschiede.

Mir sind bei langjähriger berufspolitischer, kommunalpolitischer und allgemeinärztlicher Tätigkeit nur zwei „einschlägige“ Fälle bekannt geworden. Der eine: Ein innerlich gebrochener Heimatvertriebener, der nur mit Hilfe seiner Ehegattin seine Praxis noch eine Weile durchhalten konnte. Seine Landsleute hielten zu ihm, solange es irgend ging. Einer brachte es auf den Punkt: „Herr Dr. N. N. ist ein guter und lieber Arzt, aber wenn man richtig krank ist, dann muß man eben zu einem anderen Arzt gehn.“ Das ist es. Ich war gerührt. Es lebe die freie Arzt-

wahl! Vierteljährlich wird die Vertrauensfrage neu gestellt. Abgestimmt wird mit dem Krankenschein. . . Dem anderen Kollegen mußte wegen gehäufter krasser Fehldiagnosen die Röntgenzulassung entzogen werden. Aber das war kein Hochbetagter, das war ein Enddreißiger. Ihm war beim Zusammenbruch 1945 ein Röntgengerät „zugehört“. Im Krankenhaus liegt der Fall anders. Da gibt es keine freie Arztwahl. Da muß man's nehmen wie's kommt. Deshalb ist dort die reglementierte Pensionierung unumgänglich. Da hat Kollege Fest völlig recht.

Dr. med. Gerhard Hämerle, Friedrichstraße 43, 7014 Kornwestheim

Unverständlich, ekelhaft

Daß Ulrich Fest sich zu solchen Haßtiraden gegen Kollegen versteigt, ist ekelhaft. Unverständlich ist aber, daß das Deutsche Ärzteblatt diesen Verstoß gegen die Berufsordnung veröffentlicht.

Dr. med. Max Bärschneider, Am Johannisberg 33, 5483 Bad Neuenahr ▷

PRES* – Zusammensetzung: 1 Tablette PRES 5 mg enthält 5 mg, 1 Tablette PRES 10 mg enthält 10 mg, 1 Tablette PRES 20 mg enthält 20 mg Enalaprilhydrogenmaleat. **Indikationen:** Bluthochdruck, allein oder in Kombination mit einem Diuretikum; als Zusatzmedikation bei Patienten mit Herzinsuffizienz, die nicht ausreichend auf Herzglykoside und/oder Diuretika ansprechen. Einstellung bei Herzinsuffizienz unter strenger klinischer Überwachung in einer kardiologischen Abteilung im Krankenhaus. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Enalaprilhydrogenmaleat; angioneurotisches Ödem bei hereditärem C-1-Inhibitor-Mangel; beidseitige Nierenarterienstenose, Nierenarterienstenose einer Einzelniere, Zustand nach Nierentransplantation; primäre Lebererkrankung; Aortenstenose, Mitralklappenstenose, hypertrophe Kardiomyopathie mit Ausflußbehinderung; Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder; primäre Hyperaldosteronismus. Sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung bei gestörter Immunreaktion oder Kollagenkrankheiten; bei schweren Nierenfunktionsstörungen und Diuretikavorbehandlung; Flüssigkeits- und Elektrolytverluste vor Therapiebeginn ausgleichen. **Nebenwirkungen:** **Warnhinweise:** Lebensbedrohliche Blutdruckabfälle bei vorangegangener Diuretikatherapie bei Salz- und Flüssigkeitsverlusten, bei reninabhängigem schwerem Hochdruck und bei Herzinsuffizienz möglich. Bestehende Nierenfunktionsstörung kann verstärkt werden und bis zum Nierenversagen führen. Regelmäßige Laborkontrollen notwendig! Vor Therapiebeginn Ermittlung der Nierenfunktion bei jedem Patienten erforderlich. In Einzelfällen Angioödem mit Glottisödem möglich (ärztliche Notfallmaßnahmen!). Schwindel, Kopfschmerz, seltener Müdigkeit, Schwächegefühl, Hypotonie. Verstärkung einer bestehenden Nierenfunktionsstörung, Übelkeit, Diarrhoe, Exantheme, Muskelkrämpfe, trockener Husten, Brennen der Mundschleimhaut, Synkopen. In Einzelfällen vorübergehende Geschmacksveränderungen, schwere Hautreaktionen. Senkungen von Hämoglobin, Hämatokrit, der Thrombozyten sowie Erhöhungen der Leberenzymwerte wurden beobachtet, ebenso in sehr seltenen Fällen eine Veränderung des Blutbildes (Leukopenie, Anämie, Panzytopenie) und Leberfunktionsstörungen mit sekundärer Cholestase; Proteinurie und Hyperkaliämie, besonders bei Nierenerkrankungen. Veränderungen der Laborwerte von klinischem Belange traten unter PRES selten auf; ein ursächlicher Zusammenhang wurde nicht festgestellt. Individuell kann die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein, besonders bei Behandlungsbeginn, Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol.

Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein.

Hinweis: Bitte beachten Sie die ausführlichen Angaben in der Packungsbeilage. **Packungen** (Stand März 1988): A.V.P. PRES 5 mg: 30 Tabletten (N1) DM 55,10, 50 Tabletten (N2) DM 86,20, 100 Tabletten (N3) DM 161,45; PRES 10 mg: 30 Tabletten (N1) DM 63,10, 50 Tabletten (N2) DM 99,00, 100 Tabletten (N3) DM 186,15; PRES 20 mg: 30 Tabletten (N1) DM 72,15, 50 Tabletten (N2) DM 113,30, 100 Tabletten (N3) DM 213,40; Klinikpackungen.

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

Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein.

Hinweis: Bitte beachten Sie die ausführlichen Angaben in der Packungsbeilage.

Packungen (Stand Januar 1989): A.V.P. 30 Tabletten (N1) DM 66,45; 50 Tabletten (N2) DM 104,20; 100 Tabletten (N3) DM 196,00.

**Boehringer
Ingelheim**

