

der ambulanten Behandlung eben hier und da auch Lücken und Defizite gibt, die vikariierend von Reha-Kliniken kompensiert werden könnten.

Mit von Stetten (1989) vertreten wir deshalb die Auffassung, daß eine zukünftige Reha-Medizin wesentlich stärker zwischen Maßnahmen differenzieren muß, die (wirklich) stationär – aber mit flexibler Dauer – und nach Möglichkeit in regionalen Reha-Schwerpunkt-Kliniken durchgeführt werden sollten, die eine enge Verzahnung aller Maßnahmen mit der klinischen Medizin und den in der Region niedergelassenen Kollegen, Ämtern und Selbsthilfeorganisationen garantieren, und anderen Maßnahmen, die mit der Zielsetzung einer allgemeinen Roborierung oder zur Durchführung bestimmter Therapieformen zum Einsatz kommen und die zumindest keineswegs immer stationärer Art sein müssen. Es wäre auch zu wünschen, daß für niedergelassene Kollegen die Möglichkeit geschaffen würde, bestimmte und geeignete Patienten, die heute noch überwiegend in ein „Akut“-Krankenhaus kommen (zum Beispiel zur Diabetes- oder Blutdruck-Neueinstellung oder auch zur onkologischen Nachsorge), direkt in eine geeignete Reha-Klinik einzuweisen, um zeitraubende Verwaltungsprozeduren zu vermeiden. Zumindest mit einigen Kliniken sollten unseres Erachtens entsprechende Modellversuche gemacht werden.

Eine „ganzheitliche“ Rehabilitation ist – mindestens im Bereich der Inneren Medizin – ohne eine eingehende Begutachtung nicht denkbar. Darauf sollte in Zukunft wesentlich mehr Wert gelegt werden, als es bisher der Fall war, selbst, wenn dies gleichzeitig (und unvermeidlich) bei anderen Patienten dazu führen mag, daß dabei die Notwendigkeit einer (unter Umständen wiederholten) stationären Reha-Maßnahme aus medizinischer Perspektive nicht nachvollzogen werden kann. Auf jeden Fall ließe sich so eine Verbesserung der Selektion erreichen.

Wo aus den Daten Schlußfolgerungen oder Empfehlungen abgeleitet werden, geben diese die Auffassung der Autoren wieder.

Literatur

1. Biefang, S.; Gerdes, N.; Hoeltz, J.: Prädiktoren der Frühberentung, unveröffentlichtes Manuskript, 1988
2. Gerdes, N.: Analyse des ursächlichen Einflusses stationärer Reha-Maßnahmen auf die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeits-Zeiten. Eine empirische Untersuchung von AU-Daten 1977–1985 bei 3500 Versicherten einer Betriebskrankenkasse. Internationales Institut Schloß Reisenburg, Günzburg, 1989
3. Piechowiak, H. und Schewe, S.: Reduzieren stationäre Heilverfahren die Arbeitsunfähigkeit? Münch. med. Wschr. 132 (1990) 113–117
4. Piechowiak, H. und Kiefer, K. H.: Basisdaten zur Reha-Antragstellung: Soziologische Aspekte. Deutsche Rentenversicherung, 1990, im Druck
5. Rest, A.: Der Einfluß von Heilverfahren auf die Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Frankfurt am Main/Bern (Peter D. Lang) 1981

6. Stetten, D. v.: Die Behandlung chronisch Kranker im Rahmen der Rentenversicherung. Präy.-Rehab. 1 (1989) 3–11
7. Wagner, H.: Fehlerquellen bei Kurerfolgsbeurteilungen mittels Arbeitsausfallzeiten wegen Krankheit. Zschr. Physiother. 29 (1977) 313–338

Anschriften der Verfasser:

Dr. med. Helmut Piechowiak,
Internist, Sozialmedizin
Medizinischer Dienst der
GKV in Bayern
Margaretenstraße 14a
W-8400 Regensburg

Dr. med. Karl Heinz Kiefer
Arzt für Allgemeinmedizin
W-8919 Greifenberg

Was tun mit verschluckten Drogen?

Während beim Bodypacker-Syndrom die Problematik darin besteht, geschmuggelte Drogen nach radiologischer oder sonographischer Dokumentation durch Abfuhrmittel wieder ans Tageslicht zu befördern, werfen Drogendealer, die bei ihrer Festnahme „Beweismaterial“ rasch hinunterschlucken, echte medizinische Probleme auf, da die entsprechenden Päckchen in der Regel nicht „wasserdicht“ verpackt sind.

Die Autoren berichten über ihre Erfahrungen bei 65 Drogdealern, die innerhalb von zwei Stunden nach Verschlucken der Drogen zur gerichtsmmedizinischen Untersuchung gelangten. 50 von ihnen stimmten der Einnahme eines Emetikums und einer Urinanalyse zu. Um Erbrechen zu erzielen, wurden 15 ml Ipecacuan-Sirup in 200 ml Wasser verabreicht; diese Dosis wurde, falls erforderlich, ein zweites Mal appliziert. Bei 20 wurde zusätzlich noch eine Abdomenübersichtsaufnahme durchgeführt. Konnten Verpackungsmaterial oder ganze Drogenpäckchen im Erbrochenen nachgewiesen werden, war die Situation eindeutig.

Mit Ausnahme von drei Festgenommenen waren alle Dealer bei Bewußtsein mit unauffälligem Herz-

FÜR SIE REFERIERT

Kreislaufsystem. Acht wiesen enge Pupillen auf. Erbrechen konnte bei 47 von 50 Festgenommenen innerhalb von 30 Minuten induziert werden. Bei 21 konnten Päckchen gefunden werden, 19 hatten nur Heroin, zwei Heroin und Kokain geschluckt. Ein bis 13 Päckchen, durchschnittlich drei, konnten „wiedergewonnen“ werden. Zumeist handelt es sich um 250 mg Heroin- oder 1 g Kokainportionen, in Papier oder Aluminiumfolie eingewickelt, daneben fanden sich Heroinpäckchen von einer bis vier Einzeldosen in Plastikfolie eingeschweißt. Bei der letztgenannten Verpackungsart waren alle Urinuntersuchungen auf Drogen negativ, desgleichen die Abdomenübersichtsaufnahme. Nur bei zehn der 50 Dealer fanden sich Hinweise auf eine Intoxikation. Im Gegensatz zu den Bodypackern, bei denen Intoxikationserscheinungen nur selten beobachtet werden, sollte deshalb bei Dealern, die Drogenpackungen verschlucken, möglichst rasch Erbrechen induziert werden. W

Marc B., R. K. Gerardi, F. J. Baud, M. Garnier, O. Diamant-Berger: Managing drug dealers who swallow the evidence. Br Med J 299: 1082, 1989

Forensic Emergencies Department, Hôtel-Dieu de Paris, 1, place du Parvis Notre Dame, 75004 Paris