

Courrier au BMS



Mut zum Zentrum

Zum Artikel «Zusammenarbeit zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Case Managern der Privatversicherer» [1]

Das als «Merkblatt» verfasste Schreiben ist in einer sich absichernden Weise formuliert, die den Charakter der «Harm Reduction» trägt, einem Konzept zur Vermeidung weiterer gesundheitlicher Schäden bei Drogenabhängigen. Wie viel Case Management brauchen wir?

An uns liegt es, zusammen mit dem Patienten im Laufe der Behandlung, den richtigen Zeitpunkt zu erkennen, wann an den beruflichen Wiedereinstieg zu denken und dieser vorzubereiten ist.

Wie können wir als Psychiater der Gesellschaft wieder mehr Sicherheit geben, wie wieder mehr Vertrauen in unsere eigenen Fähigkeiten finden?

Die Koordination der verschiedenen helfenden Stellen gehörte bisher schon zu unserer Tätigkeit und hilft an der Vertrauensbasis vom Patienten und seinem Arzt zu bauen, einer Voraussetzung für eine gelingende Therapie, welche eine Erwerbstätigkeit oder sonstige sinnvolle Tagesgestaltung im dem Patienten möglichen Rahmen berücksichtigt. Und dabei bewährt sich ein aktives Zugehen auf die betreffenden Personen dieser Stellen mittels eines Telefonanrufs oder dem Vorschlag zu einer gemeinsamen Sitzung – sie arbeiten ja alle im Interesse des Patienten.

«Grundsätzlich soll zuerst der Psychiater kontaktiert werden. Insbesondere sind unangemeldete Telefonanrufe an die versicherte Person zu vermeiden, da solche bei den angerufenen Personen negative Gefühle auslösen und Krankheitssymptome verstärken können.»

«Grundsätzlich» müsste m.E. hier durch «immer» ersetzt und dieses Vorgehen deutlich als schon für das Einholen der notwendigen Vollmacht beim Patienten geltend gemacht werden.

[Ein Case Manager] «... analysiert, nutzt und aktiviert Ressourcen, steuert den Zugang zu Leistungen und verpflichtet sich zu Effizienz und Effektivität. Er vermittelt und koordiniert zwischen dem Betroffenen und dem Versorgungssystem; sodann berät und informiert er

den Betroffenen über seine Rechte und Pflichten. Zudem achtet er auf die Erreichung der Ziele und unterstützt den Betroffenen dabei, Komplikationen, Konflikte, Belastungen und Probleme aus eigener Kraft zu bewältigen [sog. Empowerment = Hilfe zur Selbsthilfe] und Lösungen bzw. Perspektiven für die Zukunft zu erarbeiten.»

Da ist ein ganzer Leistungskatalog für die Case Manager aufgesetzt, die «ressourcenorientiert» arbeiten sollen!

Und dabei geraten die benutzten Begriffe leicht zu Worthülsen, weil die Überforderung des einzelnen CM's vorprogrammiert ist.

«Integrationsmanagement» ist aus meiner Sicht ein aufgeblasenes Wort, das nur zu schnell Scheu und Rückzug aus der je eigenen Verantwortung bei Patienten, Psychiatern und Case Managern bahnt. Denn der damit verbundenen entpersönlichten und überhöhten Erwartung ist sowieso nicht zu genügen!

Das Konzept des Homo oeconomicus (gemeint ist der ökonomische Ansatz in der ganzen Wiedereingliederungsindustrie, der nicht zu den versprochenen Ergebnissen geführt hat) gilt in einer psychiatrischen Behandlung nur sehr beschränkt, und die Nebenwirkungen bei seiner Anwendung sollten Gegenstand einer zukünftigen Untersuchung sein.

Der Psychiater hat als Arzt nicht grundsätzlich andere Ziele als die für den «Integrationsprozess» beschriebenen. Naturgemäss spricht er dabei aber nicht von «Betroffenen», sondern von Patienten (Geduldigen) und eher von Heilung oder dem Erreichen einer Akzeptanz.

Vielleicht bräuhete es weniger Case Manager, wenn wir Psychiater die Führung unserer Patienten im Einklang mit der inneren Stimme – der unserer Patienten und unserer eigenen – wieder mehr in die Hände nehmen würden. Wir haben eine grosse Berufs- und Lebenserfahrung. Diese einzubringen macht Freude und verringert den Bürokratismus. Und wenn nötig und hilfreich, arbeiten wir auch mit einem Case Manager zusammen und müssen nicht nur Leitlinien formulieren, wie sein Wirken in Grenzen zu halten sei.

Haben wir den Mut, Zentrum des Integrationsprozesses zu sein!

Dr. med. Regina Grünholz, Solothurn

- 1 Rota F, Sauvant JD, Marelli R, Ducarre O, Lack T, Soltermann B. Zusammenarbeit zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Case Managern der Privatversicherer. Schweiz Ärztzeitung. 2014;95(24):909–11.



Austrittsberichte

Zum Artikel von Heinz Bhend [1]

Heinz Bhend wünscht sich ein Redesign des klassischen Austrittsberichtes unter Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung.

Ich frage mich, ob er überhaupt weiss, wie heute Austrittsberichte aussehen. Sie sind riesig, brauchen fast Paket-Frankatur der Post, 10 Seiten sind nicht das Maximum, was man geliefert bekommt, die ersten beiden Seiten Diagnosen, wohlverstanden nicht aktuelle Diagnosen, sondern zum grossen Teil Status nach ..., offensichtlich eine Folge der Fallpauschalen, es folgen Tabellen der Medikation bei Eintritt, die Austrittsmedikation viele Seiten später, irgendwo findet man dann, weshalb der Patient sich in Spitalbehandlung begeben musste. Wenn man Glück hat, findet sich auch ein Hinweis auf die Denkarbeit im Spital, welche Schlussfolgerungen die Kolleginnen und Kollegen gezogen haben, wie der Patient behandelt wurde, wie er im Verlauf der Hospitalisation darauf reagiert hat und wie sein aktueller Zustand ist. Sämtliche Laborblätter, Befunde von bildgebenden Untersuchungen und Spezialärzten folgen dann auf den Seiten 10 bis ...

Da lob ich mir einen mit alter Schreibmaschine geschriebenen 1-seitigen Austrittsbericht des Spitals von Kirkwall, einer kleinen Stadt in den Orkney Islands im hohen Schottland, der alles Wesentliche enthält: aktuelles Problem, relevante Vorbefunde, Diagnose, Differentialdiagnose, Therapie, Verlauf und Austrittsstatus und -medikation.

Ich sehe das Problem der Austrittsberichte nicht darin, dass keine Module verwendet werden, sondern dass die Summe aller Daten, die über eine Patientin digital vorhanden sind, den Austrittsbericht ausmachen. Es wäre doch schön, wenn die Mühe nicht gescheut würde, die vielen Daten zu sichten, zu gewichten und daraus einen konzisen Austrittsbericht zu generieren.

Dr. med. Matthias Koller, FACP, Zürich

- 1 Bhend H. Der klassische Austrittsbericht ist nicht e-Health-tauglich. Schweiz Ärztzeitung. 2014;95(44):1663–4.

Communications

Association Suisse d'Assurances ASA

Infoméd 2/2014 est en ligne

La deuxième édition 2014 d'Infoméd «Bulletin des assureurs privés» est publiée et accessible sur Internet.*

L'édition s'occupe avec les progrès médicaux et techniques qui ont des effets variés comme le pronostic des maladies rares, qui n'a cessé de s'améliorer au cours des dernières années et cette tendance ne diminuera pas à l'avenir. Cela conduit à un nombre croissant de demandeurs, ce qui est bien sûr réjouissant pour les assureurs-vie, mais qui représente un enjeu important en raison des données encore assez rares en ce qui concerne la vérification des taux de morbidité et de mortalité à long terme.

À l'avenir, les réalisations des technologies de l'information et de la communication vont grandement révolutionner la prévention de la sante et la surveillance des maladies. Aujourd'hui déjà, certaines de ces possibilités sont utilisées dans les appareils électroniques d'usage quotidien. Cela montre de manière impressionnante ce qui nous attend.

Mais tout cela a aussi un impact sur le financement des soins de santé, qui affectent à la fois la société et l'individu. Les considérations du point de vue des assureurs sont présentées dans un texte visionnaire à caractère économique et philosophique.

* www.svv.ch/fr/publications/infomed-bulletin-des-assureurs-privés



Ecopop

zum Leserbrief von Klaus Müller [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Müller, als Augenarzt mit Weitsicht werben Sie mit poppig-kernigem Wortschatz für ein Ja zu Ecopop. Als regelmässigem Wirtshausgast klingt mir Luthers Ermunterung ins Ohr: «Man muss dem Volk aufs Maul schauen».

Kurz und schnurz haben Sie «die primäre Ursache allen Übels» eingekreist und uns die Augen geöffnet, wie ihm zu begegnen sei. Sehr einfach: Askese zwar wünschenswert, Pille und Gummi aber effektiver. Der Homo sapiens hat nach Ihrer Erkenntnis «absolut keinen Bock auf Verzicht und Entsagen, wohl aber auf den Orgasmus immer und überall», weil er «aufgrund seiner genetischen Ausstattung nicht in der Lage sei, sich selbst zu beschränken». Da ihm heutzutage «der potente, natürliche Feind» fehlt, helfen allein noch «Verhütung, Abtreibung und Krieg». Falls Sie wider Erwarten nach dem 30. November zusammen mit Ihren Gesinnungsgenossen kurzfristig als Sieger jubeln sollten, nur soviel: Helfen Sie dann bitte mit, wenn im Falle eines Falles viele der z. Z. im Ausland lebenden 800000 Schweizer/innen (sog. 5. Schweiz) wieder Aufnahme bei uns finden möchten. Die Stimmung in unserem Land ist allerdings nicht mehr ganz dieselbe, wie anno 1956 oder 1968

als wir noch fähig waren, kurzfristig Zehntausende von Ungarn bzw. Tschechoslowaken bei uns aufzunehmen.

Des weiteren sei daran erinnert, wie wir noch vor 200 Jahren bei einer Bevölkerungszahl von ca. 3 Mio. bereits mit dem Slogan «das Boot ist voll» unsere eigenen hungernden und arbeitslosen 500000 Mitbürger z. T. mit behördlicher Unterstützung irgendwohin auf den Globus verschoben. Falls die Überlebenden sich in der Fremde zurückfanden ohne kriminell zu werden, glaubten sie nicht primär an enthaltsame Tugenden, sondern an den biblischen Auftrag: «mehret euch und machet euch die Erde untertan!» Einige gründeten bis heute existierende Schweizer-Kolonien und pflanzten sich zahlreich, wenn auch nicht immer lupenrein fort. Ich selber mag Wollust durchaus, habe aber dank frühzeitigem Knopf in der Leitung auf Nachkommen verzichtet. Leider gelang es mir trotz hohem Engagement in der Nachwuchsförderung (mehrere MPA, 96 Studenten und 6 Assistenten) nicht, meine Praxis zu übergeben, weshalb ich sie euthanasiert habe. Intensive Ahnenforschung hat mir aufgezeigt, dass mein Genom leider nicht astrein eidgenössisch ist. Damit wir zwei das Abstimmungsergebnis neutralisieren können, lege ich ein beherztes Nein in die Urne und hoffe, die Übung gehe am Schluss nicht doch noch ins Auge. Ihr

Dr. med. Erich Vogt, HA a. D., Embrach

- 1 Müller K. Gegen Überbevölkerung und ihre massiven Folgen. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(44):1642.

Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



Dr dipl. pharm. Isabelle Arnet, Pharmaceutical Care Research Group, Université de Bâle

Respect optimal du plan de traitement

Comment améliorer concrètement et immédiatement l'adhésion thérapeutique?



Adrian Schmid, responsable d'«eHealth Suisse», l'organe de coordination Confédération-cantons

La gestion des informations pertinentes est obsolète

L'avenir appartient au dossier électronique du patient