

Courrier au BMS

In der Spitex trägt die Pflege schon heute viel Eigenverantwortung

Mit Interesse hat die Akademische Fachgesellschaft Spitex-Pflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft die beiden Artikel zur parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» [1, 2] gelesen. Als Pflegefachpersonen mit langjähriger Erfahrung in der spitalexternen Pflege ist es uns ein Anliegen, den Befürchtungen der Initiativgegner vor Konsequenzen dieser Initiative entgegenzutreten.

Wie die Autoren feststellen, tragen in der Spitex die Pflegefachpersonen schon heute die volle Verantwortung für die von ihnen erbrachten Pflegeleistungen. Und es wird auch bei Annahme der Initiative weiterhin einen diagnostisch-therapeutischen Bereich geben, welcher nur in ärztlicher Delegation ausgeführt wird.

Dies möchten wir anhand eines gängigen Beispiels aus der Praxis verdeutlichen:

Die Tochter von Frau Huber (84 J.) meldet sich bei der Spitex, weil ihre Mutter Unterstützung braucht. Bis anhin reichte, dass die Tochter wöchentlich mit Frau Huber einkaufte. Wie bei jeder Anfrage (via Hausarzt, Spital, Patient oder Angehörige) führt die Spitex eine Bedarfsabklärung zur Erfassung der bestehenden Probleme und Ressourcen, Zielsetzungen und gesundheitlichen Risiken durch. Anschliessend werden die pflegerischen Interventionen geplant und die Spitex-Verordnung im Sinne einer Offerte erstellt. In unserem Beispiel schlägt die Pflegefachperson vor, Frau Huber zweimal wöchentlich zu duschen und ein Ulcus am Unterschenkel zu behandeln. Die beiden wöchentlichen Kontakte der Patientin mit Pflegefachpersonen ermöglichen zudem ein schnelles Erkennen von gesundheitsgefährdenden Veränderungen wie zum Beispiel einer zunehmenden Gangunsicherheit der betagten Frau. Darauf könnten präventive Massnahmen zur Verhinderung eines Sturzes besprochen und umgesetzt werden.

Die zu erbringenden Leistungen fallen gemäss KLV Art. 7 unter die Kategorien a (Abklärung und Beratung) und c (Grundpflege) und sind schon heute ein eigenständiger Bereich der Pflege – auch wenn bis anhin der Arzt sein Einverständnis für die Beratung zur Sturzprophylaxe und der Unterstützung beim zweimal wöchentlichen Duschen geben musste. Einzig im Bereich b (Behandlungspflege) verordnet der Arzt bis heute die Massnahmen. Die Pflegefachperson plant und führt die

Massnahmen anschliessend arztdelegiert aus.

Würde die Initiative angenommen, müssten die Ärzte bloss noch den Bereich b, und somit den ärztlich delegierten Bereich, verordnen und visieren. Im oben genannten Beispiel ist dies die Behandlung des Ulcus. In den Bereichen a und c wäre die Pflege eigenständig und eigenverantwortlich – so wie dies seit Jahren gelebt wird.

Gegenüber den Versicherungen sind die Pflegefachpersonen bereits heute verantwortlich. Denn nicht alle vom Arzt visierten Interventionen werden zu 100% von den Versicherern bezahlt. Sind die Interventionen für die Krankenversicherung nicht nachvollziehbar, so ist es an der Pflegefachperson (und nicht am Arzt!), die geplanten Leistungen im Rahmen der Zielerreichung zu begründen. Sie trägt hier sowohl in fachlicher wie auch finanzieller Hinsicht die volle Verantwortung.

Die Initiative eröffnet also im Vergleich zur gängigen Praxis keine Kompetenzerweiterung der Pflege, sondern nur eines: die unnötige Tätigkeit, bei welcher der Arzt die von der Pflege vorformulierte Spitex-Verordnung unterzeichnet und welche mit einem beträchtlichen administrativen und in der Folge finanziellen Aufwand einhergeht, zu beenden.

*Monique Sailer Schramm, RN, MNS
Corinne Steinbrüchel-Boesch, RN, MNS
Akademische Fachgesellschaft Spitex-Pflege
des Schweizerischen Vereins
für Pflegewissenschaft*

- 1 Wagner PA. Es geht um Finanzierung, nicht um Kompetenzen. Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(29/30):1095–6.
- 2 Kuhn H. Die zentrale Koordinationsfunktion und -verantwortung des Arztes. Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(29/30):1097–8.

Kinder mit Verhaltensproblemen als neuer Markt

Zum Artikel von M. Fry [1]

Monika Fry hat zu Recht auf eine Entwicklung hingewiesen, die sowohl Fachleute wie Laien schon lange ergriffen hat und sich leider nicht abschwächt: die Medikalisierung und Biologisierung psychischen Leidens und von Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen (vor allem auch bei Kindern). Psychiatrische Diagnosen werden nicht nur von (Kinder-)Psychiatern, sondern auch von Kinder- und Hausärzten gestellt. Ich bezweifle, dass uns allen dabei klar ist, wie sich das jeweils «auf das

Selbstbild des Kindes, auf die Haltung der Familie gegenüber dem Kind und somit dessen weiterer Entwicklung» [1] auswirkt. Die zunehmende Pathologisierung im medizinisch-biologischen Sinn von Kontaktproblemen und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten wird dabei von grossen Pharmakonzernen gefördert. Der «Prozess der Diagnoseausweitung» [1] durch das DSM-V widerspiegelt dabei das «disease mongering» (Ausweitung von Krankheitsdefinitionen, Krankheitserfindung) durch gewisse Pharmakonzerne, das bereits 2002 beschrieben worden ist [2]. Marcia Angell, bis 2000 Herausgeberin des NEJM, publizierte 2004 ein Buch über die Einflussnahme der Pharmafirmen [3], 2009 [4] und 2011 [5, 6] berichtete sie anhand von Buchbesprechungen erneut über deren Praktiken. In diesen Publikationen wird deutlich, dass die von Fry beschriebene Entwicklung nicht zufällig ist und es auch nicht um die bessere Behandlung von Menschen mit psychischen Beschwerden geht, sondern der Gewinnmaximierung der Pharmakonzerne dient. Dies unterstreicht die Bedeutung von Frys Ausführungen.

Dr. med. Oliver Dätwyler, Kinderarzt, Dietikon

- 1 Fry M. Diagnostik wohin? Überlegungen aus der Kinderpsychiatrie. Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(48):1823–5.
- 2 Moynihan R et al. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002;324:886–91.
- 3 Angell M. The Truth About the Drug Companies – How They Deceive Us and What to Do About It. 2004. Random House. (Deutsche Übersetzung: Angell M. Der Pharma-Bluff. Wie innovativ die Pharmaindustrie wirklich ist. 2005. KomPart Verlagsgesellschaft.)
- 4 Angell M. Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption. The New York Review of Books, Volume 56, Nr.1, January 15, 2009 (8–12).
- 5 Angell M. The Epidemic of Mental Illness: Why? The New York Review of Books, Volume 58, Nr.11, June 23, 2011 (20–22).
- 6 Angell M. The Illusions of Psychiatry. The New York Review of Books, Volume 58, Nr.12, July 14, 2011 (20–22).

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/

Wann kommt die Aküfi-Deficiency?

Kleines Echo auf die Satire von Hans Stalder in der SÄZ Nr. 50/2014 [1]

Keine Erwähnung fand das AKÜFI-Syndrom, das aber hintergründig im Text präsent war. Entstanden vor gut 50 Jahren, als es aus Kanzlei- und Wissenschaftlerstil in Verwaltung, Geschäftswelt, Politik eindrang, wurde es von den Medien zuerst als *Abkürzungsfimmel* gegeißelt, dann aber sogar voll mitgespielt ... Eine der ersten Dreibuchstabigen, an die ich mich noch aus der Primarschule erinnere, war kGV (= kleinstes gemeinsames Vielfaches zweier Zahlen), in der Medizin dann eben AZ (Allgemeinzustand) und BD oder RR (Rivarocci). Später gab es bereits die ersten Ansätze zur Disziplinierung der zunehmenden Tendenz, auch wegen Verwechslungen – je nach Spezialität des Bericht-Schreibers war HWI ein Hinterwandinfarkt oder Harnwegsinfekt – oder wegen Konfusion bei fremdsprachlichen Zitaten: NSAR = AINS, CRP = PCR, und heute ist PCR von einer neueren anderen Untersuchung besetzt worden ... In unserer Ärztezeitung wurde dann zur Regel gemacht, dass beim ersten Verwenden einer Abkürzung die Bedeutung in Klammer anzufügen sei – das hat Ihr Artikel ja auch streng befolgt, auch Anna Sax (CdaP) auf der Seite vorher ...

PS: Gerade letzte Woche stiess ich im Rheumatologen-Rapport über eine Patientin auf das Resultat auch des Prostataspezifischen Antigens: Offensichtlich hat die Sekretärin das falsche PSA aus dem Abkürzungsverzeichnis erwischt.

Nun ja, lachen wir, und hoffen, dass es allmählich zur Aküfi-Deficiency komme!

Dr. med. Hans R. Schwarz, Porto Ronco

1 Stalder H. Deficiency syndromes. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(50):1930.

Änderungen der Analysenliste per 1. Januar 2015

Über Weihnachten habe ich die Änderungen der Analysenliste [1] studiert, die Kollege Gähler als «Überfällige Aufwertung erfolgt zaghaft und auf nicht haltbaren Grundlagen» [2] bezeichnet hat. Bei näherer Betrachtung erweist sich dieses «Danaer-Weihnachtsgeschenk» als weiterer Schritt in die Krämer-Mentalität, welche uns bereits durch den TARMED vorgezeichnet worden ist. Grundsätzlich beginnt sich das neue System ab drei Analysen auszuzahlen, während bei weniger Analysen ein Verlust entsteht. Für einen eminent wichtigen Anteil unserer Kontrollen werden wir also Verluste machen. Hier einige

Beispiele:

- Beim CRP neu: Fr. 14.20, alt: Fr. 17.90 (–Fr. 3.70)
- Bei BZ + Hb-A1-C neu: Fr. 27.10, alt: Fr. 32.10 (–Fr. 5.00)
- Bei Urinanalyse + Sediment (Mikroskopie) und Uricult neu: Fr. 34.30 alt: 39.60 (–Fr. 5.30)
- Bei 2 Analysen neu: à Fr. 7.90 = Fr. 15.80 alt: Fr. 16.80 (–Fr. 1.00)
- Bei 3 Analysen beginnt es sich auszuzahlen: neu: 3 × Fr. 7.90 = Fr. 23.70, alt: 23.20 (+Fr. 0.50)
- Bei 4 Analysen neu: 4 × Fr. 7.90 = Fr. 31.60, alt: Fr. 29.60 (+Fr. 2.00)

- Bei der Einzelanalyse gibt es eine Ausnahme: Quick: neu: Fr. 13.10, alt: Fr. 12.90 (+Fr. 0.20)

Durch solche Anreize werden wir immer mehr gezwungen, als Krämer anstatt als Ärzte zu denken!

Dr. med. Felix Tapernoux, Rütli

- 1 Christen S. Änderungen in der Analysenliste per 1. Januar 2015. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(51/52):1954–5.
- 2 Gähler E. Überfällige Aufwertung erfolgt zaghaft und auf nicht haltbaren Grundlagen. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(46):1719.

Communications

Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC)

Medtronic Young Surgeons Award

Die Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie verleiht eine von Medtronic gesponserte, mit 20 000 Franken dotierte Auszeichnung für eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiet der Herz- und thorakalen Gefässchirurgie. Die vorgelegte Arbeit darf nicht für einen anderen Preis eingereicht worden sein. Sie kann als Manuskript oder als Sonderdruck vorgelegt werden. Im Falle einer bereits erfolgten Veröffentlichung darf diese nicht länger als sechs Monate zurückliegen.

Bewerber dürfen noch keinen Facharztstitel für Herz- und thorakale Gefässchirurgie haben und müssen in der Schweiz angestellt sein. Der Preis muss für die Ausbildung verwendet werden und wird erst nach Vorlegen des Verwendungszweckes ausbezahlt. Bewerber reichen ihre Arbeit in vierfacher Ausführung *bis 15. März 2015* dem Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie ein: PD Dr. M. Stalder, Sekretär der SGHC, Münstergasse 72, 3011 Bern

Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



Prof. Dr. méd. Sevgi Terçanlı, professeure titulaire de gynécologie et obstétrique à l'université de Bâle

Dépistage prénatal non invasif (DPNI)

Le DPNI remplace-t-il les procédés de dépistage utilisés jusqu'à présent?



Dr. Beat Sottas, consultant indépendant, chercheur et auteur, directeur de la société formative works

Pourrait-on envisager des études de médecine moins longues et moins chères?

Deux recommandations qui nous viennent des Etats-Unis pourraient bien renforcer la médecine de famille