

Heinz Bhend

Entwurf der klinischen Information

ICPC-2 ist sicher mehr als ein Codierungssystem. Diese Aussage und die meisten Ausführungen kann ich unterschreiben. ICPC-2 hat das Potential, die Komplexität der hausärztlichen Tätigkeit abzubilden, die Agenda des Patienten und des Arztes aufzunehmen, Prioritäten zu setzen, Strategien zu entwerfen usw. – Sicher kann die Informatik viel Unterstützung bieten. Trotzdem: Mit einem noch so ausgeklügelten System bleibt es ein Bild der Wirklichkeit.

Mit der skizzierten Übung kann illustriert werden, wie begrenzt (beinahe naiv) ein Tessinercode ist, wie weit entfernt von der Wirklichkeit das Monitoring der reinen administrativen Daten ist.

Die Verhältnismässigkeit muss aber gewahrt bleiben. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation der hausärztlichen Tätigkeit kann dieser Ansatz bestehen bleiben. Den Test der Praxistauglichkeit wird er nicht bestehen. Eine solch komplexe Tabelle für einen polymorbiden Patienten à jour zu halten, «zu orchestrieren», wie sich der Autor [1] ausdrückt, ist sicher nicht eine Angelegenheit von «quelques minutes». – Da wäre ich mit zehn Patienten pro Tag voll auf eingedeckt!

Wir hätten ein gewaltiges Ausbaupotential des Managements und der Behandlungsmöglichkeiten unserer Patienten. Würden wir dies tun, müssten noch viele Praxen über die Klinge springen. Wollen wir das? – Ich glaube nicht. Am häufigsten wird die Diagnose in der Hausarztpraxis «abwartend offen gehalten». Zum Glück heilt dann vieles trotz unseres Handelns oder Nicht-Handelns. Hier braucht es nur die Orchestrierung durch das Vertrauen in einem Arzt-Patienten-Verhältnis und die Sensibilität für Warnleuchten und Übernahme von Verantwortung.

Damit ist nichts gegen ICPC-2 gesagt. Im Gegenteil: Wir brauchen endlich verlässliche Zahlen darüber, was wir tun. Dies muss aber von einer repräsentativen Gruppe stellvertretend übernommen werden. Mit dem Projekt FIRE [2] möchten wir eine solche Gruppe aufbauen. Als ersten Schritt sehen wir lediglich die «tiefste Stufe», die Erfassung der Probleme eines Arzt-Patienten-Kontaktes.

Der Ausbau zum Miterfassen des Beratungsanlasses (RFE = Reason for Encounter) ist möglich, bedeutet aber schon einen deutlichen Mehraufwand. An die Abbildung des Episodenkonzeptes, wie es in ICPC-2 möglich wäre, werden sich nur ganz wenige wagen. Zudem droht, dass man damit das «Fuder überlädt», wie Erfahrungen in Deutschland zeigen.

Fazit: interessanter Ansatz – Umsetzung muss «Step by Step» mit Rücksicht auf die Praxisverträglichkeit erfolgen.

Literatur

- 1 Jamouille M. Recherche im Dienst der Hausarztmedizin. PrimaryCare. 2009;9(1):61.
- 2 Bhend H, Rosemann T, Zoller M. ICPC-2 – Missing Link für Forschung und Qualitätsförderung in der Hausarztmedizin. PrimaryCare. 2008;8(13):261–3.

Korrespondenz:

Dr. med. Heinz Bhend
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Oltnerstrasse 9
 4663 Aarburg
 heinz.bhend@sgam.ch

Diagnose und Therapie von Fersenschmerzen

Gute, bebilderte Übersicht:

Clemow C, et al. Tools to speed your heel pain diagnosis. J Fam Pract 2008;57(11):714–21.
 Available from: http://www.jfponline.com/pdf%2F5711%2F5711JFP_Article1.pdf

Die «Practice recommendation» gemäss der Synopsis von Dr Jim Vause, Blenheim, New Zealand (<http://www.globalfamilydoctor.com/search/GFDSearch.asp?itemNum=9542&ContType=ClinicalReviews>):

- «Advise patients with tendinopathy to decrease physical activity, do stretching exercises, undergo eccentric calf muscle training, use heel lifts, modify shoe fit, and take nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) regularly for a few days, then as needed.
- The mainstay of treatment for calcaneal apophysitis in children is rest. Other options include heel lifts, stretching programs, icing, gel heel cups, and anti-inflammatory agents.
- Treatment options for plantar fasciitis include NSAIDs, stretching exercises, gel cups, arch supports, night splints, steroid injections, extracorporeal shock wave therapy, and surgery.»

27.01.09 / BR