Interview mit Dr. med. [Name]  
 - Philipp Bohny

Frage: Haben Sie bereits eine elektronische Patientenakte in Ihrer Klinik?  
 - Ja

Frage: Würden Sie eine Tablet Applikation als sinnvoll erachten?  
 - Ja

Frage: Welche Informationen benötigen Sie als Arzt in der Psychiatrie als erstes zu einem Patienten?  
 - Im Rahmen eines Erstkontakts sind grundlegende Informationen entscheidend: Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Wohnort, zeitliche Daten allfälliger Vorbehandlungen in der eigenen Institutionen, Informationen über ambulantes Netz (Hausarzt, Psychiater etc.), Krankenkasse, grobe Zuweisungsumstände (wer ist der Zuweiser, was hat sich ereignet, welcher rechtliche Status hat die Zuweisungsform etc.), Name einer angehörigen Person. Dann natürlich möglichst aktuelle Diagnose- und Medikamentenliste, Information über eine allfällige Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung etc. Darüber hinaus sind somatische (EKG, Laboruntersuchungen, bildgeberische Untersuchungen, EEG, Somatostatus etc.) sowie psychiatrische (psychometrische Testungen etc.) Untersuchungsbefunde sowie natürlich Berichte vorbehandelnder Instanzen (Austrittsberichte von Kliniken etc.) wichtig.

Frage: Welche Patienten Informationen sind ( nebst Stammdaten, Anamnese, Krankengeschichte und Medikamente ) sonst noch relevant?  
 - S.o.

Frage: Welche Behandlungs-Methoden kommen zum Einsatz?  
 - In meiner Tätigkeit kommt ein integratives Behandlunsprinzip aus psychotherapeutischen (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie, Elemente aus psychodynamischer und dialektisch-behavioraler Therapie, achtsamkeitsbasierte Verfahren, systemische Interventionen, katathymes Bilderleben) und medikamentösen (gesamtes Spektrum der Psycho- und Somatopharmakotherapie) Ansätzen zur Anwerndung. Daneben spielen für mich insbesondere die Vernetzungen mit Spezialtherapien (Kunst-/Ergotherapie, Bewegungs-/Physiotherapie etc.) sowie Sozialberatung und weiteren involvierten medizinischen Disziplinen (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie etc.) eine entscheidende Rolle.

Frage: Wie sollte die Medikationsübersicht am besten aufgebaut sein?  
 - Auf einen Blick Übersicht über aktuelle Verordnung, Datum von Beginn UND Ende von Vorverordnungen (idealerweise mit Nennung eines Stichworts zum Grund einer Medikamentenänderung sowie Name des verordnenden Arztes); als patientenfreundlich und complianceverbessernd hat sich nach meiner klinischen Erfahrung ferner die Anbringung einer zusätzlichen Spalte mit einfachem Stichwort zur Indikation eines jeden Medikaments (für den Patienten) erwiesen.

Ich persönlich bin dezidiert KEIN Anhänger davon, nur die generische Wirksubstanz anzugeben, es braucht dazu auch den Medikamenteneigennamen.

Frage: In welche Gefährdungsgrade ( selber oder für andere ) teilen Sie Patienten ein und welche Indikatoren gehören zu welchen Gefährdungsgraden?  
 - Komplexe Frage, die viel Diskussion auslösen kann und soll. Grob verwende ich nach dem grundsätzlichen Screening in die 4 Kategorien "Selbstgefährdung", "Fremdgefährdung", "Selbst- und Fremdgefährdung" und "Keine Selbst- oder Fremdgefährdung" ein Dreistufenschema an (leicht, mittel, hoch). InDrphndikatoren für Selbstgefährdung sind u.a. Vorgeschichte von Suizidversuchen, genetische Belastung mit Suiziden, chronische Krankheit, Alter, männliches Geschlecht, hohes Anspannungsniveau, Substanzmissbrauch, Vorliegen einer akuten Krise, Fehlen tragfähiger Bindungen, Verwahrlosungstendenz, Ankündigungen von Selbstgefährdung, hohe Impulsivität, Verfügbarkeit von Waffen, Vorliegen eines präsuizidalen Syndroms mit gedanklicher Einengung, eigene klinische Vorerfahrung mit dem Patienten u.v.a. Es existieren zahlreiche Verfahren, um die Suizidalität besser abschätzen zu können (z.B. Columbia Suicide status form etc.). Bei der Fremdgefährdung sind insbesondere Überschreiten von Grenzen (sprachlich-verbal, räumlich etc.), eine bekannte aggressive Vorgeschichte, Alkohol/Stimulanzien, Impulskontrolldefizite (organisch, komorbid etc.), hohe Körperspannung, Ressourcenknappheit, Drohungen, Dissozialität, Psychosen, Delinquenz, Gewalt gegen Gegenstände etc. wichtige Indikatoren. Auch hier existieren Instrumente zur Risikoeinschätzung (z.B. RADAR-System).

Frage: Muss dieser Gefährdungsgrad auf anhieb ersichtlich sein?  
 - Das sind rasch wechselnde, dynamische Parameter, d.h. ein Gefährdungspotenzial kann sich innert Minuten ändern. Erkenntlich sein müssen auf den ersten Blick sicherlich Selbst-/Fremdgefährdung im Rahmen einer Zuweisungssituation sowie grobe Vorkommnisse in der Anamnese (Suizidversuche, schwere Übergriffe und Tätlichkeiten gegenüber Dritten etc.); darüber hinaus lassen die oben genannten Daten (Diagnoseliste, frühere Berichte etc.) sowie die aktuelle klinische Untersuchung Rückschlüsse auf ein Gefährdungspotenzial zu.

Frage: Gibt es Funktionen (nebst Performance Quality) die ihnen an einer Patienten Tablet App besonders wichtig wären?  
 - Rasche Verfügbarkeit eingescannter Berichte wären sehr wünschenswert; toll wäre ein Verschlüsselungssystem, welches unter Wahrung des Patientenschutzes auch in komplex organisierten Institutionen (z.B. grosses Akutspital mit verschiedenen involvierten Playern) den elektronischen Austausch relevanter Daten erlaubt. Verordnung von Medikamenten direkt elektronisch via App, Verfügbarkeit von pflegerisch erhobenen Daten (Blutdruckwerte, Temperatur, div. Screening-Scores, Blutzuckerwerte etc.). Optimal wäre eine gewisse "Individualisierbarkeit" der Benutzeroberfläche je nach Präferenz des anwendenden Arztes.

Frage: Haben Sie sonst noch Inputs für uns?  
 - Wichtiges, tolles Thema; wäre sehr interessiert an einem guten Produkt .. ;-)  Konstruktiv möchte ich nur noch darauf hinweisen, dass die klinische Gesamtsicht des Patienten nie vergessen gehen darf, d.h. dass ein entsprechendes elektronisches Tool immer dazu dienen soll, relevante Daten zu verwalten und auszutauschen, jedoch nie zu starr konzipiert sein soll. Nicht alle Zustandsbilder lassen sich (sofort) abschliessend in einen fixen ICD10-Code pressen, nicht alle zur Gefährdungsabschätzung relevanten Daten sind sofort vorhanden etc. Summarisch sollte es auch nicht so sein, dass für das Erheben und Eingeben von Daten unter dem Strich wieder mehr Zeit aufgewendet werden muss, die dann für die Arbeit am Patienten wiederum fehlt (gerade die Assistenzärzte sind heutzutage bereits enorm mit Administration belastet und verbringen zuwenig klinische Zeit mit den Leuten). Auch darf eine solche App nie nicht-klinischen Diensten primär dienen (juristische Aspekte, administrative Vereinfachung, buchhalterischer Nutzen etc.), sondern soll sich ausnahmslos immer primär am klinischen Nutzen für den Patienten orientieren.