

Der Arztbrief

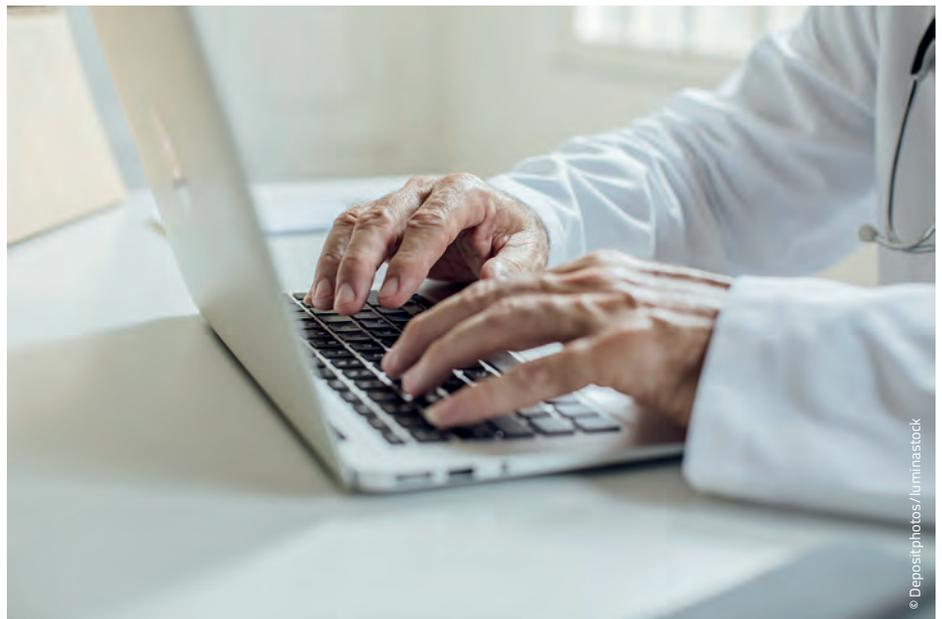
Ausdruck kollegialer Anerkennung und wichtiges Bindeglied der optimalen Patientenversorgung

Der in neuer Zusammensetzung arbeitende Ausschuss „Ambulant-stationäre Versorgung“ hat in der konstituierenden Sitzung aktuelle Zielstellungen erarbeitet.

Die Ausschussvertreter verschiedener Fachrichtungen stimmten überein, dass es trotz jahrelanger Bemühungen und zahlreicher Publikationen sowohl im Deutschen Ärzteblatt als auch in Fachzeitschriften einzelner Fachgruppen immer noch kein überschaubares, einfaches und selbsterklärendes Konzept für den Arztbrief gibt. Leider existiert hinsichtlich eines „guten Arztbriefes“ allenfalls nur gefühlte Evidenz; randomisierte, kontrollierte klinische Studien, die mit Evidenz belegen können, was Inhalt und gegebenenfalls auch Form angeht, fehlen.

So war das erste Ziel der Ausschussarbeit, eine Checkliste für den Arztbrief, insbesondere den Entlassbrief, zu erstellen, welche im Folgenden vorgestellt wird. Ein qualitativ hochwertiger Arztbrief ist nicht nur eine Zustandsbeschreibung des Patienten, sondern insbesondere eine Handlungsanweisung für den weiter- und mitbetreuenden Arzt. Damit ist er wichtig für die optimale Weiterbehandlung des uns anvertrauten Menschen.

Das ist aber nur eine Seite. In der heutigen Zeit, in der auch haftungsrechtliche Aspekte eine immer größere Rolle spielen, ist der fehlerhaft erstellte Arzt-



© Depositphotos / luminastock

brief auch in dieser Hinsicht entscheidend. Sollte dem Patienten ein Schaden entstehen, haftet der Ersteller und hauptverantwortliche Unterzeichner des Briefes unter Umständen für mögliche Folgen.

Ein wichtiger Aspekt eines Arztbriefes bei der Entlassung ist neben der Einweiserpflege und -bindung die Funktion als „Visitenkarte“ des Unternehmens beziehungsweise Krankenhauses.

Allgemeine Zustimmung besteht darin, dass auch der Arztbrief dem „Facharztstandard“ entsprechen sollte und nicht letztverantwortlich dem unerfahrenen, auch mit bestimmten Therapieschritten nicht immer vertrauten Arzt in

Weiterbildung überlassen werden darf. Gleichwohl bietet die Zusammenfassung wesentlicher Aspekte eines Behandlungsablaufes im Entlassbrief eine gute Übung strukturierten Handelns und begründbaren Vorgehens im Rahmen der Weiterbildung. Aus unserer Sicht ist die Erstellung eines Arztbriefes eine wichtige Kompetenz, die mit dem Facharztwerb erlangt werden muss.

Eine zusätzliche Hürde ist die Honorierung der Arztbriefe. Im ambulanten Sektor sind zwar die Honorierungen ab 1. Juli 2020 angehoben, diese gelten ausschließlich für den eArztbrief, das heißt einem aus dem Praxisverwal-

tungssystem direkt versendeten und empfangenen Dokument. Hierfür sind die Voraussetzungen, dass beide Seiten, Sender und Empfänger, einen elektronischen Heilberufsausweis, besitzen müssen, damit qualifizierte elektronische Signaturen erstellt werden können. Die Einrichtung, das heißt die technische Infrastruktur, wird zwar hälftig gefördert, die verbleibenden – nicht unerheblichen – Kosten trägt der Praxisinhaber. Ob dies zur Verbesserung der innerärztlichen Kommunikation beitragen kann, bleibt abzuwarten.

In langen Diskussionen erstellte der Ausschuss letztendlich eine Checkliste, die in ähnlicher Form im Deutschen Ärzteblatt (Heft 37/2013) publiziert wurde.

Wesentliche Bestandteile des Arztbriefes beziehungsweise Entlassbriefes sollten folgende Punkte in der genannten Reihenfolge sein:

1. Adressaten,
2. Patientendaten einschließlich Aufenthaltszeit,
3. Diagnose, Eingriffe, Operationen,
4. Epikrise,
5. Therapieempfehlung,
6. Befunde im Anhang,
7. Medikamentenplan.

Was hier so einfach und selbstverständlich klingt, wird trotz der Einführung des Entlassmanagements (nach § 39 Abs. 1a SGB V) häufig nur unzureichend umgesetzt.

Wichtige Aspekte des „guten Arztbriefes“

Es versteht sich von selbst, dass der Brief in Deutsch und in kurzen, prägnanten Sätzen verfasst sein sollte. Auf redundante Bemerkungen und Floskeln soll verzichtet werden. Insbesondere sollten Abkürzungen vermieden werden, da diese gelegentlich in einzelnen Fachgruppen und sogar in einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich ver-

wendet werden. Lässt sich das nicht ganz vermeiden beziehungsweise sind bei bestimmten, sich wiederholenden Operationen die Beschreibungen sehr lang, wäre es hilfreich, wenn eingangs die zu verwendende Abkürzung eingeführt und erläutert wird. Ein Anhang mit Erläuterungen kann angefügt werden, welcher Diagnostik oder Prozeduren ausführlicher erklären kann.

In der täglichen Praxis ist es hilfreich, in der Diagnoseverschlüsselung den ICD-Code anzugeben und die Diagnosen in der Aufzählung zu wichten. So sollte die Hauptbehandlungsdiagnose als erste stehen und weitere Diagnosen dann entsprechend ihrer Wichtung und in Reihenfolge des Behandlungspfades geordnet aufgeführt sein.

Gerade bei operativen Fächern muss darauf geachtet werden, dass auch häufig auftretende „kleine“ Komplikationen, wie zum Beispiel eine nochmalige Wundversorgung, Erwähnung finden. Zum einen haben Patienten für eine mögliche Intransparenz ein Gespür und zum anderen können bei Nichterwähnung dem Nachbehandler Zweifel an der vollständigen Information der behandelnden (Krankenhaus)Ärzte kommen.

So sollten insbesondere auch Wunddokumentationen und Verbandwechsel (wann, wie oft, wie nach der Entlassung weiterverfahren, womit) Erwähnung finden. Dies betrifft ebenso den Umgang mit der parenteralen Ernährung, mit Inhalativa, Insulingaben und Antithrombotika. Als besonders wichtig erachtet wird hier die Angabe des empfohlenen Endpunktes der begonnenen Therapie. Für die Wunddokumentation sollten Erfassungsbögen hinsichtlich Ausdehnung, Wundtiefe, Pflegeintervallen und Pflegeprodukten genutzt und dem Arztbrief beigefügt werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass hier häufig den Nachbehandlern (Hausärzten, Pflegekräfte, sogenannten Wundschwestern/-pflegern) berechtigter

Weise das Vertrauen zur Versorgung geschenkt werden kann, die Kontrolle allerdings obliegt dem Arzt. Haftungsrechtlich wichtig ist hier auch die Dokumentation von zum Beispiel Dekubitalulzera im Behandlungsverlauf, die gegebenenfalls schon vor Aufnahme in die Klinik vorlagen. Sollte es unvermeidbar sein, einen vorläufigen Arztbrief zu erstellen, findet der Ausschuss eine Zeit von zwei bis maximal zehn Tagen bis zur Erstellung des endgültigen Arztbriefes als angemessen. Ausnahmen bei komplexen und langen Krankheitsverläufen oder noch ausstehenden Spezialuntersuchungen sollten möglich sein. Hier muss zwingend der Verweis auf einen solchen vorläufigen und damit gegebenenfalls korrigierten endgültigen Entlassbrief erfolgen. Änderungen hinsichtlich des vorläufigen Arztbriefes sollten zum Beispiel durch Hervorhebungen, Fettdruck oder Ähnliches kenntlich gemacht werden. Ein Exemplar des Entlassbriefes sollte beim Patienten verbleiben, zum einen zur eigenen Information und zum anderen zur Information von Kassenärztlichem Bereitschaftsdienst oder Notarzt. Unabdingbar für eine qualitativ hochwertige Patientenbetreuung ist allerdings ein für den Patienten verständliches und nicht unter Zeitdruck geführtes Entlassungsgespräch.

Ein Wunsch und wichtiger Zukunftsaspekt ist auch, dass die vermeintlich einfache Tätigkeit der Erstellung eines hochwertigen Arztbriefes Eingang in die Vermittlung studentischen Wissens und in die Weiterbildung findet. Dies sollte für Hochschullehrer und Weiterbilder ein zentraler Aspekt innerärztlicher Kommunikation sein, dem mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. ■

Dr. med. Sören Funck
für den Ausschuss
„Ambulant-stationäre Versorgung“
Sächsische Landesärztekammer