

Arztbrief: mehr als eine ungeliebte Pflicht

Auf die lange Bank geschoben, wegdelegiert, lückenhaft: Der Arztbrief, auch Entlass- oder Befundbericht genannt, fristet in Kliniken und Praxen oft ein tristes Dasein. Dabei gehört er zu den wichtigsten Werkzeugen von Ärztinnen und Ärzten – und hat für Patienten und nachbehandelnde Kollegen mitunter schicksalhafte Bedeutung.

von **Bülent Erdogan-Griese**

Wenn Professor Dr. Daniel Wichelhaus über seine persönlichen Erfahrungen spricht, ist sein Unverständnis über den vielerorts unsensiblen Umgang mit Arztbriefen auch nach Jahren noch greifbar: Die meisten jungen Klinikärzte, so Wichelhaus, würden von ihren Vorgesetzten „ins kalte Wasser geschmissen“, wenn es darum gehe, das Ergebnis einer Behandlung in einem Befundbericht anschaulich darzustellen. Sein damaliger Oberarzt, erinnert sich Wichelhaus, habe ihm lapidar geraten, sich „andere Arztbriefe anzuschauen. Dann weißt du, wie es geht“.

Viele Patienten lesen mit

Wichelhaus ist heute Geschäftsführer der Hannover School of Health Management und beschäftigt sich inzwischen aus wissenschaftlicher Perspektive mit Arztbriefen. Grund genug für die Ärztekammer Nordrhein, ihn Mitte November zum ersten Kammerworkshop „Arztbriefschreibung“ einzuladen. Im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf beschrieb Wichelhaus vier Kriterien für einen „guten“ Entlassbericht: So solle dieser zeitnah und als endgültiges Exemplar auf die Reise gehen, klar, übersichtlich und nutzerorientiert gegliedert, vollständig, das heißt mit allen für die Weiterbehandlung entscheidenden Fakten versehen, und dennoch kurz und prägnant sein. Eine die Informationsaufnahme unterstützende Form des Arztbriefs sei das Vorstellen der Epikrise im Brief analog einer Zusammenfassung.

Besondere Sorgfalt ist – neben der Berichtsverfassung am Computer – laut Wichelhaus auch auf Orthografie, Gram-

matik und Stil zu legen. Denn nicht nur der nachsorgende Arzt, sondern auch viele Patienten als „gefühlte Ärzte“ lesen mit und könnten sprachliche Fehler auch auf eine an sich medizinisch hervorragende Behandlung projizieren. Folge könne ein Vertrauensverlust sein.

So wie der Köder nicht dem Angler, sondern dem Fisch schmecken muss, müsse ein Arztbrief dem Adressaten „schmecken“, sagte auf dem Workshop auch Alexander von Bülow. Der Geschäftsführer des Instituts Intelligenz System Transfer in Hannover appelliert an leitende Ärzte, die Arztbriefschreibung als Chefsache und als Teil des Qualitätsmanagements anzusehen. Dazu gehört für ihn auch zwingend die Unterschrift unter den Arztbrief.

Die täglich gelebte Praxis wird diesem Ideal in vielen Fällen leider nicht gerecht. Und das auch und gerade deshalb, weil das Verfassen von Arztbriefen jungen Ärzten nicht strukturiert vermittelt wird. So fehlen in Arztbriefen mitunter grundlegende Informationen etwa über Besonderheiten einer Operationsmethode. Oder der Verfasser hat sie irgendwo in den sechs, acht oder zehn Seiten seines wahrlich umfassenden, aber doch recht unübersichtlichen Briefes „versteckt“. Mitunter erreichen Briefe den weiterbehandelnden Arzt erst Wochen nach der Entlassung, manch-

mal sogar erst dann, wenn Termine für wichtige Nachsorgebehandlungen bereits verstrichen sind oder der Hausarzt sich bei den Angehörigen nach dem Patienten erkundigt, nur um festzustellen, dass dieser verstorben ist.

Auf etwa 50.000 schätzt der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Bernd Zimmer, die Zahl der Arztbriefe, die er bisher von Klinikärzten und niedergelassenen Kollegen erhalten hat. „Der Arztbrief gehört zu unserem ärztlichen Beruf wie das Atmen zum Menschsein“, sagte der Hausarzt. „Nur der Arztbrief macht für den Hausarzt und dessen Patienten das Wissen und Können aus 42 Gebieten und über 200 Zusatzqualifikationen zugänglich.“

50.000 Arztbriefe in 25 Jahren

Für Zimmer, der seit 1986 in Wuppertal praktiziert, gehören in einen Arztbrief unverzichtbar Informationen über den Verfasser und dessen Qualifikation inklusive einer Telefonnummer für Rückfragen sowie der Anlass der Patientenbehandlung, etwa die Eigeninitiative des Patienten, eine Notfallaufnahme oder gezielte Überweisung. Ebenso müssten die letzte Dosisanpassung von Pharmaka, absehbare Therapieanpassungen, der Zeitpunkt einer Operation, besondere Problemstellungen oder das Abweichen von Leitlinien, die voraussichtliche Dauer einer Behandlung und kontrollbedürftige Befunde und Hinweise auf ausstehende Befunde beschrieben sein.

Als Kontrollfrage, die im Idealfall mit Ja beantwortet werden könne, formulierte Zimmer folgenden Satz: „Habe ich den Arztbrief so verfasst, dass ich auch in der Rolle des Weiterbehandlers in zeitlicher wie inhaltlicher Hinsicht bestmöglich informiert wäre?“ Ausdrücklich lobte Zimmer den von der Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen entwickelten Patienten-Überleitungsbrief.

Zimmer betonte, dass die Kommunikation unter Ärzten keine Einbahnstraße von der Klinik in die Praxis darstellt. So hält er es für selbstverständlich, dass der niedergelassene Arzt bei der Notaufnahme seines Patienten dem Kollegen in der Klinik sofort die notwendigen Informationen faxt.

In Erwartung eines schnellen, prägnanten Briefes

- Die Schnelligkeit des Arztbriefes muss in jedem Fall der Dringlichkeit des Handlungsgeschehens beim individuellen Patienten entsprechen.
- Die Prägnanz muss stets auf relevante Befunde, deren Kontrollbedarf und absehbare Therapieanpassungsempfehlungen zielen.
- Ausstehende Befunde, zum Beispiel Labor/Histologie, müssen explizit genannt und automatisch (QM) nachgemeldet werden (Rückfrageadresse).
- Ein Indikationsbezug zwischen Erkrankungen und Pharmaka muss lückenlos herstellbar sein.

Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Facharzt für Allgemeinmedizin, Wuppertal

Arztbriefe müssten verständlich, eindeutig und handlungsauffordernd, gleichzeitig umfassend formuliert sein, sagte auch Professor Dr. Reinhard Griebenow, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Nordrheinischen Akademie für Fort- und Weiterbildung. „Der Arztbrief ist letztlich die Dokumentation unserer Entscheidungsfindung und wie wir unsere Entscheidung begründet haben.“ Diese Dokumentation sollte für Autor wie Leser „gleichermaßen nachvollziehbar sein“. Dass dies nicht immer der Fall ist, machte Griebenow an zwei Beispielen „kurz vor der Sinnfreiheit“ deutlich: So habe in einem Arztbrief gestanden: „Nach der typischen Vorbereitung führten wir oben genannten Eingriff in typischer Weise durch.“ Und in einem Verlegungsbrief für die Intensivstation habe der Arzt lediglich notiert: „Intensivmedizinische Komplexbehandlung.“

Ärzte definieren Anforderungen an elektronischen Arztbrief

Einen detaillierten Katalog von Anforderungen an elektronische Arztbriefe hat vor wenigen Wochen der ärztliche Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen formuliert (siehe auch Kasen oben). „Der elektronische Arztbrief muss besser, schneller und genauso verbindlich und zuverlässig sein wie der herkömmliche“, so die Vorsitzenden des Beirates, Dr. Christiane Groß für die Ärztekammer Nordrhein und Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann für die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Die Ärzte fordern, dass Vertraulichkeit, Authentizität und Archivierbarkeit der sensiblen Patientendaten gewährleistet sind. Nach Auffassung des Beirates muss der elektronische Arztbrief zu einer Zeitersparnis im Behandlungsverlauf führen. Die elektronische Kommunikation dürfe zudem keine zusätzlichen Haftungsrisiken für die Ärzte mit sich bringen.

Der Informatiker Jan Neuhaus, Projektleiter im Bereich Gesundheitsmanagement des Fraunhofer-Instituts für Software- und Systemtechnik in Dortmund, begrüßte die Strategie des ärztlichen Beirats, sich auf inhaltliche Vorgaben zu beschränken und die technische Umsetzung ohne Vorfestlegungen in die Hände der IT-Experten zu legen. Als noch zu klärende Punkte in der Übersetzung des Beiratspapiers in Bits und Bytes nannte er unter anderem die Etablie-

Ärztlicher Beirat

Der ärztliche Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen ist bundesweit das erste Gremium seiner Art. Der Beirat begleitet den Aufbau der elektronischen Vernetzung des Gesundheitswesens und bringt den Sachverstand der kurativen Medizin ein. Die Telematik-Infrastruktur soll nach dem Willen des Gesetzgebers zum Beispiel Praxen, Krankenhäuser und Krankenkassen elektronisch vernetzen. Dem Beirat gehören neben Ärztinnen und Ärzten aus Praxis und Krankenhaus auch Zahnärzte, eine Vertreterin der Psychologischen Psychotherapeuten, Vertreter der Krankenhausträger und des NRW-Gesundheitsministeriums an. Die Geschäftsführung liegt bei der Ärztekammer Nordrhein.

rung qualifizierter digitaler Signaturen und die Einigung auf Inhaltsstrukturen, die helfen, einen „Information Overload“ zu vermeiden. Er wies darauf hin, dass technische Zusammenfassungen oder Extrakte von digitalen Texten immer beim Empfänger erstellt werden sollten, der dann auch nachweisbar das Risiko trägt. - Sonst müsse die Korrektheit dieser Zusammenfassungen vom ursprünglichen Ersteller überprüft werden. Neuhaus begrüßte die Initiative der Ärzteschaft, sich auf gemeinsame sektorenübergreifende Inhalte und Anforderungen zu einigen. Dies werde auch den IT-Herstellern helfen, schneller und kostengünstiger Lösungen anzubieten.

Wie zuvor Griebenow dämpfte auch Neuhaus überzogene Erwartungen an den elektronischen Arztbrief: So könne die Technik den Informationsaustausch zwar beschleunigen, jedoch nur die Informationen liefern, die Menschen bereitstellen und im besten Fall zeitnah freigeben. Notwendig ist für den Informatiker daher ein verändertes Verhalten der Ärzteschaft im Umgang mit dem Werkzeug Arztbrief. Neuhaus: „IT zur Unterstützung unveränderter Abläufe kostet oft mehr, als sie nutzt.“

Schlampige Arztbriefe können teuer werden

Welche haftungsrechtlichen Konsequenzen aus Mängeln in Arztbriefen erwachsen können, machte Rainer Rosenberger deutlich, Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzender Richter a. D.

am Oberlandesgericht Köln. Nach seinen Worten werden Arztbriefe als Teil der Behandlung geschuldet.

Rosenberger schilderte einen Fall, in dem eine Klägerin von der niedergelassenen Ärztin für Psychiatrie zur stationären Behandlung in ein Landeskrankenhaus (LKH) eingewiesen worden war. Dort wurde unter anderem Suizidalität diagnostiziert. Während des Aufenthalts stieß sich die Klägerin in einem unbewachten Moment ein Küchenmesser in den Bauch und wurde zur chirurgischen Versorgung in eine andere Klinik verlegt. Im Verlegungsbrief wurde nicht auf die Selbstgefährdungstendenz hingewiesen. Nach Behandlung und Stabilisierung stürzte sich die Klägerin in der Klinik aus dem Fenster und erlitt eine inkomplette Querschnittslähmung. Das LKH wurde zu Schmerzensgeld verurteilt. Das Unterlassen eines deutlichen Hinweises auf die Suizidgefahr und das Erfordernis einer Sitzwache wurde als grober Behandlungsfehler qualifiziert (OLG Jena AHRS II Kz 3500/301).

Der nachbehandelnde Arzt, so Rosenberger, dürfe sich grundsätzlich auf die Korrektheit des Arztbriefes verlassen, das Krankenhaus wiederum auf dessen Befolgung, sagte Rosenberger. Es dürfe nicht dem Nachbehandelnden allein überlassen bleiben, das Krankheitsgeschehen zu interpretieren und die nötigen Schlüsse zu ziehen. Unbeschadet dessen, dass den nachbehandelnden Arzt eine eigene Prüfpflicht trifft, dürfe sich der vorher behandelnde Kollege seiner Verantwortung für eine ordnungsgemäße und ausreichende Nachbehandlung nicht dadurch entziehen, dass er lediglich „berichtet“, und das möglicherweise auch noch ungeordnet und unübersichtlich. Rosenberger: „Der Behandler haftet, wenn der Arztbrief Unrichtigkeiten enthält, unvollständig, unklar oder verspätet abgefasst ist und dem Patienten dadurch ein Schaden entsteht.“

Internethinweis:

Den Anforderungskatalog des ärztlichen Beirats zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen finden Sie unter: www.aekno.de/downloads/aekno/anforderungen-earztbrief.pdf.

Den Patientenüberleitungsbrief der Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen finden Sie unter: www.essen.de/Deutsch/Rathaus/Aemter/Ordner_53/Gesundheitskonferenz/GK_Patientenueberleitung_Neu.asp.