

Dokumentation Er ist wichtig, hat zentrale Bedeutung für die Kommunikation, ist aber oft nur lästige Pflicht und bürokratische Bürde: der Arztbrief. Der Ausschuss „Strategien zur medizinischen Versorgung“ der Ärztekammer Hamburg hat aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis die Anforderungen für das Schreiben eines Arztbriefs zusammengefasst.

Von Dr. Ulrich Korn, Sven Christian Beutel, Klaus Schäfer, Dr. Bernhard van Treeck

Der optimale Arztbrief – *reduziert auf das Wesentliche*

Es ist unstrittig, dass der Arztbrief, in welcher Form auch immer übermittelt, die zentrale Bedeutung bei der Weiterleitung der wichtigsten Informationen zwischen Ärzten spielt. Ein guter Arztbrief dokumentiert Diagnostik und Behandlungsstrategie. Er dient zugleich der rechtlichen Absicherung des Arztes und sollte die in Klinik, Praxis oder Rehabilitationseinrichtung geleisteten Maßnahmen erklären. Im klinischen Alltag empfinden Ärzte das Schreiben des Arztbriefs oft als lästige Pflicht. Der Zeitdruck nimmt stetig zu und auch der Anspruch an die ärztliche Tätigkeit, der durch zunehmende Patientenrechte und steigende Erwartungen an Transparenz und Qualität verursacht wird.

Durch das E-Health-Gesetz, das am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, liegt der Fokus der Beteiligten im Gesundheitswesen weiterhin besonders auf dem elektronischen Arztbrief. Dieser wird seit dem 1. Januar 2017 mit 55 Cent vergütet, wenn der Arztbrief mittels eines eArztausweises elektronisch signiert wird, zumindest im ambulanten Bereich. Alle Beteiligten erhoffen sich davon eine schnellere und trotzdem sichere Informationsübermittlung.

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich in den medizinischen Fächern unterschiedliche Formen von Arztbriefen etabliert. Der Chirurg schreibt eher knapp und bündig, in den ersten Zeilen steht alles Wesentliche, in den letzten die zentralen Aspekte für die Zukunft, z. B. Therapieempfehlungen. Für den Internisten sind oft durch eine Vielzahl von Befunden mehr Worte nötig. Die sprechende Medizin des Psychotherapeuten verlangt bei der Berichterstattung im Arztbrief nach größerer Ausführlichkeit. Am längsten sind meist die Entlassungsbriefe des Rehabilitationsmediziners, die den umfangreichen Vorgaben der Rehabilitationsträger genügen müssen.

Anforderungen an den optimalen Arztbrief

Welche Anforderungen sollte nun ein optimaler Arztbrief unter Berücksichtigung der knappen Ressourcen erfüllen?

Der Arztbrief sollte fachübergreifend eine einheitliche, standardisierte Struktur haben, damit die Suche nach bestimmten Inhalten schnell geht. Der Inhalt mit kurzen Sätzen ohne Verschachtelungen sollte so prägnant wie möglich gehalten werden. Dies erleichtert das Lesen unter Zeitdruck. Am Anfang des Briefs wird das Problem beschrieben, also meist die Diagnose inklusive des ICD-Schlüssels, ergänzt um die wesentlichen anamnestischen Daten. Dann sollte erläutert werden, was zur Diagnose und Behandlungsstrategie des Arztes führte, also die aktuellen Befunde. Als nächstes sollte aufgezeigt werden, wie das dargestellte Gesundheitsproblem im Rahmen der Behandlung angegangen wurde, gefolgt von Empfehlungen zur Weiterbehandlung. Für einen optimalen Arztbrief ist eine fachgebietsunabhängige Systematik wünschenswert, auch wenn die Bedürfnisse der verschiedenen Fachdisziplinen sich naturgemäß oft im Detail unterscheiden.

Der grundsätzliche Gedankengang aber ist – unabhängig vom Fach – immer derselbe. Bei der Strukturierung des Arztbriefs helfen fünf Fragen, im Weiteren „Die fünf Ws“ genannt.

Fünf Fragen geben die Struktur vor

Um dem Leser des Arztbriefs die Möglichkeit zu geben, möglichst schnell die wichtigsten Informationen zu erfassen, sollten die wesentlichen Inhalte übersichtlich strukturiert gleich am Beginn genannt werden. Im Grunde müssen immer nur fünf Fragen beantwortet werden – „die fünf Ws“:

1. Wer wurde behandelt?

Name des Patienten, Geburtsdatum und persönliche Angaben wie Adresse, Krankenversicherung

2. Warum wurde der Patient behandelt?

Problemstellung (anamnestische Daten, Ausgangsbefund, Diagnose, gegebenenfalls Differenzialdiagnosen, relevante Neben-diagnosen)

3. Wie wurde behandelt?

Diagnostik, Therapie, Medikation, Operation etc.

4. Welches Behandlungsergebnis wurde erzielt?

Kurzer Abschlussbefund bzw. kurze Abschlussbeurteilung

5. Was wird für die Zukunft empfohlen?

Behandlungsempfehlung, Beurteilung des weiteren Prozedere

Diese Informationen dürften in der Regel auf die erste Seite des Arztbriefs passen. Ausführlichere Beurteilungen, Verlaufsberichte und umfangreiche Befunde, die z. B. während des klinischen Aufenthalts erhoben wurden, können auf weiteren Seiten folgen. Ein Verlegungsbericht innerhalb einer Klinik kann so sehr übersichtlich sein; eventuell enthält er nur diese erste Seite, entspricht also einem Kurzbefund. Ein Bericht hat mehrere mögliche Nutzer, meist die behandelnden Ärzte. Aber auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist ein möglicher Adressat. In diesem Fall kann sinnvoll sein, Abweichungen zu ergänzen und zu begründen. Zum Beispiel, warum ein grundsätzlich ambulant durchführbarer Eingriff stationär erfolgte oder warum ungewöhnlich lange behandelt werden musste. Natürlich sind auch die Patienten mögliche Nutzer des Arztbriefs.

Und zuletzt: Bei vielen Software-Modulen sind Standards und Form vorgegeben – nicht immer zum Vorteil der Nutzer! Ärzte sollten darauf hinwirken, dass die Software den Anforderungen eines Arztbriefs genügt. Denn nur die Ärzte selbst können Vorgaben machen, wie eine optimale und schnelle Informationsübermittlung funktioniert. Diese von den Ärzten vorgegebene Form des Briefs muss dann technisch umgesetzt werden, sei es in einer Krankenhaussoftware, sei es als E-Brief oder als Vorlage für einen klassischen Brief per Post.

Die Autoren sind Mitglieder im Ausschuss „Strategien zur medizinischen Versorgung“ der Ärztekammer Hamburg