

# Das Leser-Forum

Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über jeden Leserbrief. Wir müssen aus der Vielzahl der Zuschriften aber auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails richten Sie bitte an [leserbriefe@aerzteblatt.de](mailto:leserbriefe@aerzteblatt.de), Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.

## ARZTBRIEF



Wichtiges, oft unterschätztes Kommunikationsmittel für die Patientenversorgung (DÄ 37/2013: „Die Kommunikation optimieren“ von Markus Unnewehr, Bernhard Schaaf und Hendrik Friederichs)

Markus Unnewehr, Bernhard Schaaf und Hendrik Friederichs

### Was ich vermisst habe

Vielen Aussagen in Ihrem Artikel kann ich uneingeschränkt zustimmen . . . Einige Punkte möchte ich kommentieren. Als internistischer Krankenhausarzt beziehe ich mich auf den Entlassungsbrief bei internistischen Patienten.

Diagnosen: Eine sinnvolle Auswahl und pathophysiologische Gliederung ist zu fordern. Dementgegen steht die immer mehr geübte Gewohnheit, unter Zeitdruck aus alten Briefen per „copy and paste“ Diagnosenlisten zu übernehmen, deren Übersichtlichkeit stark zu wünschen übriglässt. Nicht erwähnt ist der Einfluss, den die DRG-Orientierung auf die Arztbriefe und auch Diagnosenlisten hat, damit der PCL-Level stimmt und der MDK keine Kritikpunkte im Brief findet. Das hatte zum Beispiel dazu geführt, dass passagere Hypokaliämien als Diagnosen auftauchten, weil sie den Schweregrad des Falls beeinflussten.

Bei der Therapieangabe ist man gut beraten, zu unterscheiden, ob es sich um eine Fortführung der Therapie oder eine eigene Empfehlung handelt. Beispiel: Eigene (neue) Therapieempfehlung nach einem akuten Koronarsyndrom und Fortführung einer immunsuppressiven Therapie aus anderer Ursache, die

der kardiologische Spezialist gar nicht auf ihre Richtigkeit überprüfen kann.

Zusätzlich ist es immer hilfreich zu erkennen, was bei der Entlassung gegenüber der Therapie zum Aufnahmezeitpunkt geändert wurde. Nicht selten ärgern sich Niedergelassene darüber, dass eine gut eingeführte Therapie ohne Grund vom Krankenhaus geändert wurde.

Drei Dinge habe ich vermisst:

- Kommunikation ist ein wechselseitiger Prozess. Es ist eine traditionelle Sichtweise, dass das Krankenhaus bei Entlassung einen ausführlichen und fundierten Arztbrief generieren sollte. Im internistischen Bereich mit einem vorwiegend geriatrischen Krankengut steht dem üblicherweise keine entsprechende Information in strukturierter Weise vonseiten der vorbehandelnden Praxis zur Verfügung (Es gibt Ausnahmen!). Vielmehr handelt es sich bei Entlassung um eine „Bringschuld“, bei Aufnahme um eine „Holschuld“ des Krankenhauses. In Zeiten zunehmender Zeitrestriktionen im Krankenhaus sollte dieses Thema zumindest reflektiert werden. Es wäre doch möglich, dass man auf Anfrage in der Praxis von dort einen strukturierten Bericht mit den notwendigen Daten bekommen könnte. Ob die elektronische Patientenkarte dieses Problem lösen wird, wird man sehen.

- Ein guter Arztbrief kostet Arbeitszeit. Aus Sicht des Krankenhauses ist nur ein kurzer Arztbrief, der nicht viel Zeit kostet, ein „guter“ Arztbrief, weil Personal teuer ist. Wie viel Zeit darf dafür inklusive Korrekturen und Einholen verschiedener Unterschriften verbraucht werden? Dazu kommt, dass im Krankenhaus nicht mehr zwi-

schen Anfängern und Erfahrenen unterschieden wird, weil nur noch Vollkräfte mit acht Stunden täglicher Arbeitszeit existieren . . .

- Mehr Ausführungen hätte ich mir auch zu den juristischen Implikationen unserer Unterschriften (Assistent, Oberarzt, Chefarzt) gewünscht. Diese Seite wird in unseren Kreisen intensiv diskutiert. Bei uns erfolgt üblicherweise eine automatische Befundübernahme, auch von abteilungsfremden Untersuchern. Die Richtigkeit dieser Befunde kann im Detail nicht überprüft werden. „Haften“ die Briefunterscriber auch für diese Befunde? Dürften die Briefschreiber diese Befunde in ihrem Sinn verändern etc.? Oder gilt die Unterschrift nur für Diagnose, Therapie und Epikrise, weil die Befunde erst im Anhang aufgeführt werden . . .

Dr. Claus Kirscheneder, 82065 Baierbrunn

### Ein Knigge

Den Autoren gebührt ein großes Lob dafür, endlich einen „Knigge“ für optimierte Arztbriefe entworfen zu haben.

Aus der Sicht von niedergelassenen Hausärzten wäre noch zu ergänzen:

- Niedergelassene lesen Briefe unter einem erheblichen Zeitdruck. Deswegen sollten wichtige Informationen (Diagnosen/Empfehlungen/Warnungen) strukturiert und klar hervorgehoben werden. Bevorzugt am Anfang des Briefes.
- Bei Diagnosen sollte die ICD-10-Kodierung angegeben werden.
- Bei Therapieempfehlungen sollte unbedingt jede Änderung der Medikation begründet werden.
- Über die genannten Fragen der „Dortmunder Arztbrief-Checkliste“ hinaus sollte der Punkt: „diagnosti-

sche Empfehlungen“ eingefügt werden, denn durch die DRG-Orientierung werden bei verkürzten Krankenhausaufenthalten immer häufiger noch unerledigte Fragestellungen in die weitere Betreuung verlagert.

- Ergänzend zum Arztbrief sollte – zumindest bei problematischen Fällen – in einer kurzen Kontaktaufnahme (Telefon/Fax) mit der weiterbehandelnden Praxis die weitere Betreuung abgesprochen werden.

- Bei Entlassungen vor dem Wochenende bitte für drei Tage Medikation mitgeben (viele Praxen sind am Freitagnachmittag geschlossen). Eine weitere Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation begrüßen wir sehr und sind gerne zur Mitarbeit bereit.

Dr. med. Uwe Popert, 34119 Kassel

Sektion Versorgung der DEGAM  
(Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin)

## Verpflichtende Seminare

Den Aussagen, lesbare und inhaltsvolle Briefe unter Verzicht auf informationslose und platzraubende Floskeln zu verfassen, kann ich nur zustimmen.

Gerade nach stationärem Aufenthalt sind für die weiterbehandelnden Ärzte genaue Angaben zu Verlauf und Weiterversorgung unerlässlich. Diese lassen vor allem nach stationären chirurgischen Behandlungen oft zu wünschen übrig. Oft werden hier standardisierte Textbausteine verwandt, die nicht ganz selten den individuellen Krankheitsverlauf des Patienten aus den Augen verlieren. Wichtige Informationen zu Verlauf und manche relevante Gedankengänge während der stationären Behandlung sollten unbedingt Eingang in den Arztbrief finden, ohne den Textumfang ausufern zu lassen. Denn während zehn Minuten Sprechzeit in der Arztpraxis bleibt nicht genügend Zeit, um seitenweise Text bei anwesendem Patienten zu lesen. Nützlich wären manchmal Angaben zu Beginn und Art der Gabe bestimmter Medikamente, zum Beispiel Antibiotika . . .

Die Fähigkeiten, Arztbriefe zu verfassen, werden meist durch die Assistenzärzte im Krankenhaus untereinander ausgetauscht – bei Kolle-

gen, die Deutsch nicht als Muttersprache haben, ein fragwürdiges Vorgehen. Für die Zukunft mit mehr und mehr ausländischen Kollegen – vor allem im stationären Sektor – sollten neben klinikinitiierten Sprachkursen auch Seminare zum Verfassen von Arztberichten verpflichtend angeboten werden: zur richtigen Beschreibung und Bewertung von Untersuchungsbefunden, zu Verlauf und korrekter Dokumentation bei juristischen Nachfragen.

Dr. Ralf-Herbert Kneitz, Leitender Oberarzt,  
Fachklinik Stadtsteinach, 95346 Stadtsteinach

## Der wichtigste Satz

Vielen Dank für Ihren oben genannten Artikel. Der erste Satz ist der wichtigste: „Jede fachärztliche Behandlung . . . erfordert einen Bericht an den Hausarzt . . .“

Gegen diesen Grundsatz wird in der letzten Zeit immer häufiger verstößen. In zunehmendem Maß erhalte ich als Hausärztin von den mitbehandelnden Kollegen keine Arztbriefe mehr, selbst dann, wenn Patienten mir glaubhaft versichern, dass sie in der Facharztpraxis sogar ausdrücklich um einen Arztbrief an mich als ihre Hausärztin gebeten hätten. Überweisungen werden oft erst gar nicht angenommen („das braucht man heute nicht mehr“). Bei der Behandlung von Privatpatienten ist man wohl ganz allgemein dazu übergegangen, entweder keine Briefe zu schreiben oder diese an den Patienten zu schicken – honi soit qui mal y pense . . .

Den vorläufigen Höhepunkt dieser Entwicklung erlebte ich, als vor einiger Zeit eine Patientin mit Wundverband und Knie-Orthese ohne jegliche Unterlagen meine Praxis aufsuchte, da sie „eine Krankmeldung für sechs Wochen, ein Rezept für Krankengymnastik und Lymphdrainage, Schmerztabletten und Thrombosespritzen“ bräuchte. Selbst meine Frage, was denn eigentlich operiert worden sei, konnte sie nicht beantworten . . .

Dieses Verhalten vieler Fachärzte gefährdet vor allem unsere gemeinsamen Patienten. Ohne Information über Vor- und Mitbehandlungen kann ich den Patienten nicht versor-

gen. Solches Gebaren ist aber auch in höchstem Maße unkollegial, da es einerseits meine MFAs mit unnötigen Telefonaten beschäftigt, andererseits für mich zur Rechtsunsicherheit führt.

Hinzufügen möchte ich allerdings, dass die Fachärzte in meiner unmittelbaren Umgebung, mit denen ich täglich kooperiere, immer zeitnah aussagefähige Briefe schreiben. Die Missstände betreffen ausschließlich Kollegen, die ich nicht persönlich kenne – bei der hohen Arztdichte im Großraum München, wo ich praktiziere, werden dies aber immer mehr.

Dr. Felizitas Leitner, Lehrbeauftragte des Instituts für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München, 82234 Weßling

## JOHN PRINGLE



Seine Bemühungen um Verwundete formten den ersten Baustein humanitären Völkerrechts (DÄ 37/2013: „Sir John Pringle (1707–1782): Hilfe für die Verwundeten im Krieg“ von Ursula Lang und Sabine Anagnostou).

## Ausgezeichnet

Ich möchte mich für den ausgezeichneten Beitrag von Frau Dr. rer. nat. Ursula Lang et al. über Leben und Wirken des schottischen Militärarztes John Pringle bedanken. Diese medizin- und pharmaziehistorische Arbeit hebt sich wohlthuend von der sonst oft gebotenen publizistischen „Hausmannskost“ ab, zeigt sie doch Pringle als einen Generalisten, der sein umfassendes medizinisches Wissen und seinen Forschergeist mit dem politischen Anliegen verband, das grauenvolle Los der Soldaten auf den Schlachtfeldern ein wenig zu lindern. Hochinteressant, wie damaliges Denken, Methoden und therapeutische Ansätze einerseits befremden und doch oft nur knapp neben heutigen Erkenntnissen liegen. Bitte mehr davon!

Dr. Stephan Burkes, 82229 Seefeld