

Krankenhaus

Verfassen von Arztbriefen

Das Verfassen von Arztbriefen ist ein oft unbeliebter, aber unvermeidbarer Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Gerade für Berufseinsteigerinnen und -einsteiger gestaltet sich das Prozedere oft zeitraubend. Eine strukturierte Herangehensweise verhilft zu mehr Effizienz und Schnelligkeit.

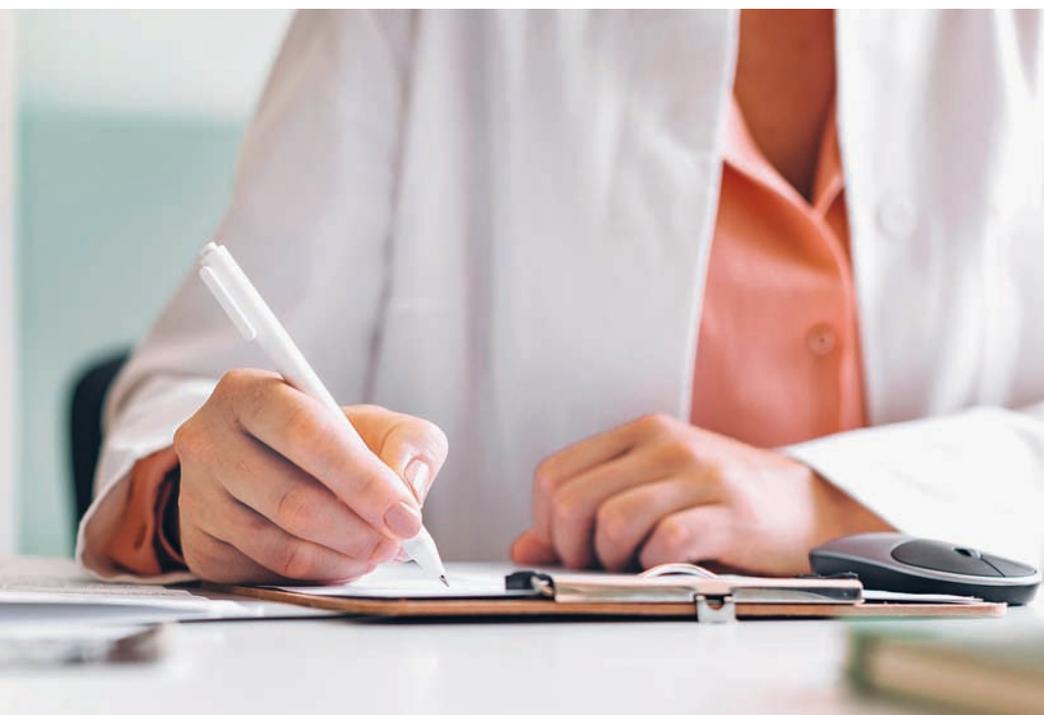


Foto: FreshSplash/Stock

Arztbrieife dienen der Information weiterbehandelnder Kolleginnen und Kollegen über den letzten Stand der Behandlung, aber auch der Dokumentation und nicht zuletzt Abrechnungszwecken. Sie ermöglichen einen Überblick über den Stand der Behandlung und können darüber hinaus auch für juristische Fragestellungen relevant sein. In der Regel sind Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mit dem Verfassen betraut, teilweise helfen Studierende dabei. Das vorläufige Exemplar wird an die Patientin oder den Patienten bei der Entlassung ausgehändigt. Eine durch die Fach- oder Oberärztin beziehungsweise den Fach- oder Oberarzt korrigierte endgültige Fassung geht anschließend per Post an die weiterbehandelnde Person.

Wichtig beim Verfassen des Arztbriefes ist es, den Fokus nicht

zu verlieren: Im Mittelpunkt steht der aktuelle Krankheitsverlauf. Die Informationen hierzu sollten komprimiert zusammengefasst werden. Gerade bei komplexen Krankheitsverläufen ist es oft schwierig, Informationen zu kondensieren, darum sind je nach Komplexität und Fall unterschiedlich lange Arztbriefe notwendig.

Angemessene Länge

Die Länge sollte dabei immer situationsangemessen sein: Bei einer stationären Entlassung in die Weiterbehandlung wird der Brief üblicherweise länger ausfallen, bei einer Notfallverlegung hingegen kürzer und als vorläufige Version ausgestellt, wobei auch in diesem Fall alle wesentlichen Informationen enthalten sein müssen. Zeichnet sich bei einer Patientin oder einem Patienten ein längerer Krank-

heitsverlauf ab, kann es sinnvoll sein, den Arztbrief fortlaufend mit täglichen Updates zu verfassen, um den komplexen Verlauf abzubilden. Das ist oft leichter, als am Ende des Klinikaufenthaltes einen sehr langen und ausführlichen Arztbrief schreiben zu müssen.

Egal wie lang der Brief ausfällt – er sollte jeweils übersichtlich strukturiert und eindeutig formuliert sein. Eine klare Sprache sowie korrekte Grammatik und Rechtschreibung erleichtern das Verständnis und verhindern Nachfragen. Es ist durchaus legitim, sich an Vorbriefen zu orientieren, Informationen daraus sollten aber nicht blind übernommen, sondern einer Überprüfung unterzogen werden.

Zum Verfassen kann die Diktierfunktion (Sprache oder Texterkennung) genutzt werden. In jedem Fall sollte im Anschluss noch einmal Korrektur gelesen werden.

Zu den formellen Anforderungen beim Schreiben von Arztbriefen zählt, dass in der dritten Person Singular (er/sie) und der ersten Person Plural (wir) verfasst wird. Es sollten möglichst klare, eindeutige, nicht zu lange und nicht zu verschachtelte Sätze verwendet werden. Wenn Abkürzungen vorkommen, dann sollte nur auf bekannte Abbreviationen zurückgegriffen werden. Gegebenenfalls werden sie erklärt.

Die Empfängerin oder der Empfänger wird meist automatisch vom Krankenhausinformationssystem eingepflegt, beispielsweise die Hausärztin oder der Hausarzt. Dabei sollte immer überprüft werden, ob der Brief an diese Person oder zum Beispiel an eine weiterbehandelnde Klinik oder eine andere niedergelassene Fachkraft gerichtet ist.

Für die Gliederung des Arztbriefes gibt es keinen festen, allgemeingültigen Standard, sie richtet sich meist nach dem Fach und oft auch nach hausinternen Regeln. Als grobe Richtschnur kann aber folgende Reihenfolge erhalten: Einleitung, Diagnose(n), Nebendiagnose(n), Anamnese, körperlicher Untersuchungsbefund bei Aufnahme, (diagnostische) Befunde, Verlauf, Prozedere/Empfehlungen, Medikation bei Entlassung. Die Punkte Anamnese und Untersuchungsbefunde sowie Verlauf können gegebenenfalls auch als Epikrise zusammengefasst werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte des Arztbriefes mit Tipps zur Erstellung erläutert.

Einleitung: Die Einleitung stellt in der Regel einen automatisch generierten Standardtext dar. Hier werden Datum, Ort, Anrede, der Name der Patientin oder des Patienten, ihre oder seine Adresse und der Zeitraum des stationären Aufenthaltes genannt – beispielsweise: „Wir berichten über unseren gemeinsamen Patienten Herrn XY, wohnhaft in ABC-Straße 99 in PLZ Ort, der sich vom XX.XX.XXXX bis zum XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand.“

Diagnosen: Bei der Nennung der Diagnosen ist Präzision wichtig. Zunächst werden die Hauptdiagnosen gestellt – also die, die zum stationären Aufenthalt geführt haben. Anschließend folgen die Nebendiagnosen, möglichst nach absteigender Relevanz. Zusammenhängende Diagnosen sollten gegebenenfalls zusammengefasst werden. Wichtig ist es, Diagnosen aus vorherigen Arztbriefen nicht blind zu übernehmen, sondern kritisch zu überprüfen. Schließlich werden auch Interventionen (zum Beispiel PTCA, Operationen, ...) mit Datum genannt.

Anamnese: Der Anamnese-Abschnitt widmet sich dem Vorstellungsgrund der Patientin oder des Patienten: Mit welcher Symptomatik hat sich die Person vorgestellt? Wurde sie eingewiesen? Ist sie durch den Rettungsdienst vorgestellt worden? Welches Unfallgeschehen liegt unter Umständen

vor? Gegebenenfalls finden weitere anamnestische Angaben Einzug, zum Beispiel zur Familien- und Sozialanamnese oder auch zur Suchtanamnese. Ist eine Eigenanamnese nicht möglich, sollte das vermerkt und der Name der Person, die die Anamnese stattdessen durchgeführt hat, genannt werden. Die Anamnese wird in ganzen Sätzen verfasst, es sind die Vergangenheitsform und der Konjunktiv einzuhalten.

Körperlicher Untersuchungsbefund bei Aufnahme: Je nach Situation ist in diesem Abschnitt eine mehr oder weniger ausführliche Schilderung notwendig. So ist beispielsweise bei einer Vorstellung zur elektiven handchirurgischen Operation eine Beschränkung auf den klinischen Untersuchungsbefund der betroffenen Hand (besser noch der betroffenen oberen Extremität) eher sinnvoll als bei einer Vorstellung aufgrund einer komplexen internistischen oder neurologischen Symptomatik.

Dementsprechend muss auch der Untersuchungsbefund je nach Fachgebiet unterschiedlich strukturiert werden. Zum Beispiel muss ein internistischer Untersuchungsbefund den Allgemein- und Ernährungszustand, Befunde von Haut, Kopf/Hals, Herz, Lunge und Abdomen sowie des Gefäßstatus und Auffälligkeiten hinsichtlich des Bewegungsapparates und den neurologischen Status enthalten. Ergänzt wird er durch die Vitalwerte (Herzfrequenz, Atemfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur, Sauerstoffsättigung, Blutzucker und gegebenenfalls Rekapillarierungszeit).

Weitere Befunde: Weitere Befunde wie zum Beispiel aus der Bildgebung und dem EKG sollten mit Datum und am besten chronologisch aufgeführt werden. Wichtig ist es, keine Interpretationen vorwegzunehmen – diese gehören in den Verlauf.

Verlauf: In diesem Teil des Arztbriefes werden die Befunde interpretiert und diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie Therapie und Verlauf beschrieben. Wichtig ist, eine logische Reihen-

folge einzuhalten (zum Beispiel Symptome A und B – Verdacht auf Diagnose C – Diagnostik D – Bestätigung oder Ausschluss Diagnose E – Therapie F). Auch Komplikationen oder Schwierigkeiten werden hier aufgeführt. Abschließend wird der Zustand der Patientin oder des Patienten bei der Entlassung dokumentiert und festgehalten, wohin er oder sie entlassen wurde (nach Hause, ins Pflegeheim, in die Rehaklinik, ...).

Medikation bei Entlassung: Hier sollten sowohl Handelsname als auch Wirkstoff aufgeführt werden. Wenn nur eines von beiden genannt wird, dann sollte das konsequent fortgeführt werden. Genannt werden müssen darüber hinaus die Darreichungsform (zum Beispiel oral), die Dosis, das Dosierungsschema und gegebenenfalls die Anwendungsdauer.

Der Abschnitt Medikation gibt auch die Möglichkeit, die verordneten Arzneien noch einmal zu überprüfen, um beispielsweise eine Polymedikation zu vermeiden und ein besonderes Augenmerk auf Kontraindikationen und Wechselwirkungen zu legen.

Prozedere/Empfehlungen: Auf das Prozedere/Empfehlungen sollte besonderer Wert gelegt werden, da vordringlich (und leider manchmal ausschließlich) dieser Abschnitt von den weiterbehandelnden Kolleginnen und Kollegen gelesen wird. Es sollten also die wichtigsten Informationen für die Weiterbehandlung aufgeführt werden. Das Prozedere erscheint oftmals nebensächlich, ist aber entscheidend, da es beschreibt, wie es nach der Entlassung weitergeht und welche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden müssen.

Den Abschluss des Arztbriefes bilden die **Schlussformel** (zum Beispiel „Für Rückfragen stehen wir zur Verfügung“) und die **Unterschriften** – in der Regel der Chefärztin oder des Chefarztes, der zuständigen Oberärztin/des zuständigen Oberarztes oder der briefverfassenden Ärztin (in Weiterbildung)/des Arztes (in Weiterbildung). *Andreas Hammerschmidt*