

Der Arztbrief in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Franz Wienand

Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Workshops auf der Jahrestagung des BKJPP 2011 in Friedrichshafen.

Zusammenfassung

Thema der nachfolgenden grundsätzlichen Betrachtung ist die Bedeutung des Arztbriefs für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis. Zunächst wird die Bandbreite des Umgangs mit dem Arztbrief umrissen, dann werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für Ärzte und Vertragspsychotherapeuten dargestellt. Die Schweigepflicht als zentrales Element unserer Profession kontrastiert dabei mit dem Einsichtsrecht von Patienten und ihren Sorgeberechtigten. Der Aufsatz geht weiter auf die formalen und inhaltlichen Anforderungen an einen guten Arztbrief in der ambulanten KJPP ein. Einen Schwerpunkt meiner Überlegungen stellt die Bedeutung schriftlicher Befundberichte für die Außendarstellung der Praxis, für die Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen und für die interne Kooperationskultur dar. Der Schluss befasst sich mit organisatorischen Problemen und stellt auf der Grundlage eigener Erfahrungen in der Praxis des Autors mögliche Lösungen vor. Die Besonderheiten der elektronischen Datenübermittlung werden nicht erörtert.

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich in diesem Aufsatz abgesehen von rechtlichen Rahmenbedingungen und Zitaten meine eigene Meinung vertrete und nicht die offizielle Haltung des BKJPP. Allerdings würde es mich freuen, wenn meine Gedanken über den Berufsverband hinaus zu einer breiten Diskussion des Themas Anlass gäben. Es ist nicht mein Ziel (und vielleicht weder möglich noch sinnvoll), eine allgemein verbindliche Richtlinie oder Leitlinie zu generieren. Auch wenn die Erstellung zusammenfassender schriftlicher Arztberichte in die Facharztweiterbildung gehörte (und nicht nur Gutachten oder Befunddokumentation; im allgemeinen Teil der Weiterbildungsordnung z. B. Baden-Württembergs findet man diese Kompetenz nicht).

Der Begriff „Ärzte“ ist in diesem Zusammenhang eine Genusbezeichnung und schließt selbstverständlich auch Ärztinnen mit ein.

Einleitung

Kaum ein Thema führt in Kollegenkreisen zu solch engagierten Gesprächen wie die Frage, wie man es mit dem Arztbrief halte. Die erlebte Anforderung (oder Zumutung), neben der täglichen Arbeit und der ausufernden Bürokratie noch routinemäßig Arztbriefe zu schreiben, scheint nur vergleichbar mit der Last, als die viele Vertragspsychotherapeuten das Schreiben von Anträgen zur Richtlinienpsychotherapie empfinden.

Das verwundert nicht, wenn man sowohl die schiere Menge zu erstellender Berichte angesichts des Patientendurchlaufs in einer SPV-Praxis wie die inhaltlichen Anforderungen an einen durchdachten, in sich schlüssigen und nachvollziehbaren kinder- und jugendpsychiatrischen Arztbrief bedenkt – zumal der EBM den in unserem Fachgebiet erforderlichen Aufwand nicht annähernd honoriert.

Während noch vor zwanzig Jahren Kinderpsychiater, soweit sie überhaupt in Kollegenkreisen bekannt waren, als die Arztgruppe galten, die keine Briefe schreibt, hat sich inzwischen nach meinem Eindruck eine Vielfalt im Umgang mit dem Thema entwickelt. Hört man sich um, so reicht die Bandbreite von Praxen, die Briefe nur auf Anforderung schreiben, über andere, die nur beim Vorliegen einer Überweisung berichten, bis zu SPV-Praxen, in denen das Praxisprogramm aus den

im System gespeicherten Protokollen und Befunden der beteiligten Mitarbeiter einen sehr ausführlichen Bericht kompiliert.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dagegen betrachten das Verfassen von Verlaufs- oder Abschlussberichten an den zuweisenden Konsiliararzt offenbar nicht als ihre Aufgabe – was sich in letzter Zeit allenfalls bei Verhaltenstherapeuten etwas zu ändern scheint. Psychotherapeuten überhaupt berufen sich dabei nach meiner Erfahrung routinemäßig auf die Schweigepflicht und das fehlende Einverständnis des Patienten, meist ohne sich ernsthaft darum zu bemühen. Von Kliniken wiederum bekommen selbst einweisende Fachärzte Konvolute von acht bis zehn Seiten zugesandt, in denen sogar simple Symptomlisten wie die CBCL in aller Breite erläutert werden.

Dabei lassen die rechtlichen Grundlagen keinen Zweifel, dass das Verfassen von Befund- und Verlaufsberichten zu den originären Aufgaben von Ärzten und insbesondere von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten gehört. Die Frage, ob Arztbriefe in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sinnvoll sind (Raitzig 2012), erfasst das Problem also nicht vollständig.

Rechtliche Grundlagen

Ärzte und ihre Mitarbeiter unterliegen einerseits der ärztlichen Schweigepflicht, andererseits gibt es eine Verpflichtung zur Kooperation. Diese betrifft approbierte Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vgl. Bundesärztekammer 2008).

Abbildung 1: Verpflichtung zur Kooperation:

„(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“ (SGB V, § 72, Abs. 1)

Die ärztliche Schweigepflicht

ist im Strafgesetzbuch und der Musterberufsordnung geregelt und dient dem Schutz des Patienten.

Abbildung 2: Umfang der ärztlichen Schweigepflicht:

„Die ärztliche Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen, die nur einem bestimmten, abgrenzbaren Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Patient ein verständliches, also sachlich begründetes und damit schutzwürdiges Interesse hat. Sie ist grundsätzlich auch gegenüber anderen Ärzten, Familienangehörigen des Patienten sowie eigenen Familienangehörigen zu beachten. Auch nach dem Tod des Patienten besteht die ärztliche Schweigepflicht fort.“ (BÄK 2008, 2.2)

Abbildung 3: Verletzung der Schweigepflicht ist strafbar:

„Nach § 203 Abs. 1 StGB macht sich strafbar, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Nach § 9 MBO haben Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen.“ (BÄK 2008, 2.1)

Eine **Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht** ist also eine Straftat und für Ärzte und „Berufspsychologen mit anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung“ (§203 StGB) nur auf der Grundlage gesetzlicher und mit der ausdrücklichen oder konkludenten (stillschweigenden) Einwilligung des Patienten möglich.

Abbildung 4: Durchbrechung der Schweigepflicht:

„Eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht ist zulässig, wenn gesetzliche Vorschriften dem Arzt eine Pflicht oder ein Recht zur Offenbarung auferlegen bzw. geben. Der Arzt ist des Weiteren berechtigt, Informationen weiterzugeben, wenn der Patient seine Einwilligung ausdrücklich oder konkludent erteilt hat. Eine konkludente bzw. stillschweigende Einwilligung liegt immer dann vor, wenn der Patient aufgrund der Umstände von einer Informationsweitergabe durch den Arzt an Dritte ausgehen muss.“ (BÄK 2008, 2.4)

Gegen den Willen des Patienten darf die Schweigepflicht nur zum Schutz eines höherwertigen Rechtsguts durchbrochen werden:

Abbildung 5: Befugnis zur Offenbarung:

„Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.“ (BÄK 2006, § 9 Abs. 2)

Ein **Bruch der Schweigepflicht** erfordert einen sog. „**rechtfertigenden Notstand**“:

Abbildung 6: Schweigepflicht und Gefahr im Verzug:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“ (§ 34 StGB)

Grundsätzlich begründet die Kenntnis geplanter Straftaten nicht den Bruch der Schweigepflicht. Aus § 34 StGB ergibt sich eine **Offenbarungsbefugnis**, sofern eine konkrete Gefahr besteht, eine gründliche Abwägung erfolgte und keine andere Möglichkeit existiert, die Gefahr abzuwenden. Wissen um bereits abgeschlossene Straftaten berechtigt oder verpflichtet im Allgemeinen nicht zur Offenbarung, sofern keine konkrete Wiederholungsgefahr besteht (Frederichs 2003).

Eine **Offenbarungspflicht** ergibt sich daraus nur, wenn das Leben oder die Gesundheit eines Menschen unmittelbar bedroht ist und der Schaden nicht anders abgewendet werden kann. So wird die Nichtanzeige geplanter Straftaten nach § 138 mit Geld- oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren sanktioniert. Die Anzeigepflicht betrifft neben Delikten wie Hoch- und Landesverrat und Geld- oder Scheckkartenfälschung beispielsweise die Planung folgender Straftaten:

Abbildung 7: Offenbarungspflicht:

Raub, räuberische Erpressung

Straftaten gegen die persönliche Freiheit Brandstiftung Mord und Totschlag (aus StGB § 138)

In der KJPP-Praxis wird beispielsweise in Fällen von fortgesetztem sexuellem Missbrauch von Kindern oder anhaltender familiärer Gewalt das Schutzgut der ungestörten sexuellen Entwicklung und körperlichen und seelischen Unversehrtheit das höherwertige Rechtsgut gegenüber der Schweigepflicht darstellen. Voraussetzung ist jedoch nach dem StGB, dass die drohenden Gefahren konkret und unmittelbar bevorstehen und nicht auf anderem Wege, etwa durch Warnung oder Beeinflussung des Täters, abgewendet werden können (Frederichs 2003). Die moralische und ethische Verantwortung des Arztes oder Psychotherapeuten allerdings kann nicht in all ihren Dimensionen vom Strafrecht erfasst und geregelt werden.

Einsichtsrecht von Patienten in Arztunterlagen und Berichte

Das Einsichtsrecht von Patienten und ihren gesetzlichen Vertretern in ärztliche, insbesondere psychiatrische Aufzeichnungen bezog sich bislang in Übereinstimmung mit den medizinethischen Grundsätzen des Fürsorge- und des Nicht-Schadens-Prinzips (Beauchamp und Childress 1987) auf objektive Daten und Befunde. Subjektive Beurteilungen und Aufzeichnungen, die möglicherweise zu Belastungen oder sogar Gefährdungen für den Patienten oder Dritte führen könnten, waren davon ausgenommen. Davon ließ sich auch ableiten, dass Berichte von Arzt zu Arzt nicht an Patienten weitergegeben werden durften. Inzwischen haben aber Überlegungen zur Würde und Selbstbestimmung des Menschen schon 2006 zu einer Neubewertung und Änderung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts BVerfG zunächst für das Fach Psychiatrie geführt (BVerfG, NJW 2006, 1116), die von der medizinischen Fachöffentlichkeit noch wenig zur Kenntnis genommen wurden (Hausner et al. 2008). Das BVerfG hat Zweifel geäußert, ob die Trennung in objektive und subjektive Aufzeichnungen vertretbar ist. Hausner et al. (l. c.) vertreten die Meinung, dass der faktisch im Ermessen des Arztes stehende „therapeutische Vorbehalt“ künftig wegfallen könnte, „sollte sich diese Rechtsauffassung verstetigen“. Vertreter des Datenschutzes (z. B. Weichert 2012) sind der Meinung, dass sich das Einsichtsrecht des Patienten grundsätzlich auf **alle** ärztliche Aufzeichnungen bezieht. Dieser Meinung schließt sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an: Danach haben Patienten (bzw. ihre gesetzlichen Vertreter) das Recht, auch Arztbriefe an den weiterbehandelnden Arzt einzusehen und zu bestimmen, wer ihn erhält (KBV, Patientenrechte, 2011). Ausnahmen wie mögliche Selbstgefährdung oder Gefährdung Dritter sind im Einzelfall konkret zu begründen, was für abgeschlossene Behandlungen schwerer fallen dürfte als für laufende Therapien. „Wegen des "objektiven Charakters" von Arztbriefen, Befunden und Epikrisen können diese auch im Bereich der Psychiatrie nicht vom Einsichtsrecht ausgeschlossen werden“... Im Krankenhaus ist alles objektiv: „Für die Behandlung im Krankenhaus spielt die Unterscheidung subjektiv/objektiv keine relevante Rolle, da dort die Dokumentation so weit vergegenständlicht und objektiviert ist, dass man nicht von subjektiven Daten sprechen kann“ (Weichert 2012).

Datenschutz schlägt Fürsorgeprinzip

„Der (einsichtsfähige, F. W.) Patient hat die Freiheit, sich durch die Kenntnisnahme von der Wahrheit zu schädigen, wenn er das will“. Ebenso hat der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter das Recht auf Datenkorrektur bzw. Einfügung einer Gegendarstellung „bei objektiv nicht haltbaren oder ehrverletzenden Angaben“, auch in Arztbriefen: „Werden dann (nach Einspruch, F. W.) Daten übermittelt, darf dies nicht ohne diese Gegendarstellung erfolgen (§ 35 Abs. 6 S. 2, 3 BDSG)“. (alle Zitate in diesem Abschnitt aus Weichert 2012).

Mag man auch aus ärztlicher und medizinethischer Sicht die zunehmende Ökonomisierung und Verrechtlichung der Beziehung zwischen Arzt und Patient bedauern: es wird keine Rückkehr von

einer defensiven zu einer paternalistischen Medizin geben. Zu den vier Prinzipien der Medizinethik (Beauchamp und Childress 1987) gehört eben auch das Autonomieprinzip, die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Außerdem gilt: Verstöße gegen das Datenschutzgesetz sind auf Antrag strafbar und möglicher Anlass für Schadensersatzansprüche. Die absehbare Folge ist selbstverständlich, dass als Folge der resultierenden Selbstzensur des Arztes seine Aufzeichnungen und Berichte immer steriler und inhaltsärmer werden. Vielleicht noch schlimmer: die Beziehung zwischen Arzt und seinen Patienten ist nicht mehr durch das Geheimnis geschützt: kein Arzt kann einem Gesprächspartner für die Zukunft absolute Verschwiegenheit garantieren, da spätestens bei einem Prozess dem Gericht alle Unterlagen zur Verfügung gestellt werden müssen. Nostalgikern unter uns sei die Lektüre von Krankenhausaufzeichnungen aus der Psychiatrie bis weit in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts empfohlen.

Verpflichtung zur Kooperation

Die Pflicht zur **Dokumentation** von Patientendaten ergibt sich sowohl aus der Berufsordnung wie aus dem Vertragsarztrecht (§ 10, Abs. 1 MBO; § 57 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 10 EKV) und aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten oder dessen rechtlichen Vertretern, unabhängig davon, ob er schriftlich, mündlich oder implizit durch Übernahme der Behandlung abgeschlossen wurde.

Die Verpflichtung zur **Information von Zuweisern und Weiterbehandlern** ergibt sich aus dem Vertragsarztrecht, dem Sozialgesetzbuch und dem Berufsrecht. Die Approbation unterwirft approbierte Ärzte und Psychotherapeuten der Berufsordnung, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen dem Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeutenrecht, Vertragspsychotherapeuten sind in rechtlicher Hinsicht den Vertragsärzten gleichgestellt (SGB V, § 72 Abs. 1).

Nebenbei bemerkt: Die Gleichstellung von Psychotherapeuten und Ärzten verpflichtet nach meinem Verständnis beide Berufsgruppen (und vielleicht insbesondere die Mediziner) zu gegenseitiger Wertschätzung der fachlichen Kompetenz und (vielleicht insbesondere die Psychotherapeuten und KJPP) auch zum Verfassen von Berichten.

Die Musterberufsordnung (MBO) befreit die denselben Patienten behandelnden Ärzte in dessen Interesse und mit seiner Zustimmung von der Schweigepflicht.

Abbildung 8: Kooperation befreit von Schweigepflicht:

„Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen und behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.“ (BÄK 2006, § 9 Abs. 4)

Die Schriftform ist danach nicht unbedingt Voraussetzung – in der Praxis auch nicht immer möglich, etwa in Notfällen, bei Minderjährigen, die sich ohne Sorgeberechtigte vorstellen oder wenn die Sorgeberechtigten infolge Trennung oder anderer Umstände nicht erreichbar sind. Allerdings sollte sich im Interesse der Praxis die Annahme des Einverständnisses dann aus der Dokumentation erschließen lassen.

Die MBO betont die **Symmetrie zwischen Praxis und Klinik** und den **zeitlichen Aspekt**:

Abbildung 9: Rechtzeitige Übermittlung von Befunden:

„Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und –entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.“ (BÄK 2006, §7, Abs. 7)

Auch das Vertragsarztrecht verpflichtet den Facharzt, den Hausarzt zu informieren.

Abbildung 10: Facharzt muss Hausarzt informieren:

„Nimmt der Versicherte einen Facharzt unmittelbar in Anspruch, ist dieser verpflichtet, den Patienten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem - mit schriftlicher Einwilligung des Patienten - die betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln.“ (EMB 01600)

Nach dem Sozialgesetzbuch ist die **Berichtspflicht dabei nicht an eine Überweisung gebunden**.

Abbildung 11: Bericht auch ohne Überweisung:

„Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln.“ (SGB V, § 73, 1b)

Die **Verpflichtung zur zügigen Berichterstattung** wird sowohl in der neuen Musterberufsordnung von 2011 (§7, Abs. 7, s. Abb. 9) sowie im EBM 01600 geregelt.

EBM 01600 ist in der Grundpauschale 14210/14211 enthalten und fordert: „...muss ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Untersuchung des abrechnenden Arztes und dem Versand“ des Berichts bestehen, der von den Gerichten ernst genommen wird:

Abbildung 12: Was heißt „unverzüglich“?:

„Unverzüglich“ bedeutet in diesem Fall, dass der behandelnde Arzt die Übermittlung nicht schuldhaft verzögern darf – was aber eine angemessene Bearbeitungszeit nicht ausschließt.“ (Ärztezeitung für Neurologen und Psychiater 2011)

Das Sozialgericht Stuttgart hält zeitliche Abstände von vier Wochen lediglich in Ausnahmefällen noch für tolerierbar (SG Stuttgart, S11KA2267/02 vom 14. Mai 2003), in der Regel müssen die Abstände wesentlich kürzer sein. Auch die Landesärztekammer Baden-Württemberg vertritt diese Haltung (persönliche Mitteilung).

Anderenfalls sind durchaus haftungsrechtliche Konsequenzen möglich.

Abbildung 13: Arzt haftet bei Fehlern oder Verzögerung:

„Der Behandler haftet, wenn der Arztbrief Unrichtigkeiten enthält, unvollständig, unklar oder verspätet abgefasst ist und dem Patienten dadurch Schaden entsteht.“ (ÄK Nordrhein, 2010)

Besondere Bedeutung bekommt dieser Aspekt beispielsweise bei der Einweisung von Notfällen, etwa bei Suizidalität oder nach Medikamentengabe.

Bericht als Voraussetzung für Abrechnung

Die Erstellung eines schriftlichen Berichts ist die **Voraussetzung für die Abrechnung** der Ziffer 01600. Die KBV hat 2006 die Abrechenbarkeit der Nr. 01600 auch für Psychologische Psychotherapeuten und KJP eingeführt und damit die Berichtspflicht auch für diese Berufsgruppen verbindlich gemacht – und zwar einmal im Behandlungsfall. Anderenfalls sind die Psychotherapieleistungen nicht vollständig erbracht und können nicht abgerechnet werden. Über Sinn und Unsinn eines psychotherapeutischen Verlaufsberichts in jedem Quartal kann man streiten. **Abschlussberichte (durchaus kurz gefasste!) über Verlauf, Erfolg oder Abbruch einer Psychotherapie an den überweisenden Facharzt und den Hausarzt sollten nach meiner Auffassung allerdings eine Selbstverständlichkeit sein.**

Die Übermittlung von Befunden setzt die **Einwilligung des Patienten** oder seines Sorgeberechtigten voraus, wobei es Aufgabe des Arztes ist, sich um diese Einwilligung zu bemühen. Im Interesse des behandelnden Arztes bzw. Psychotherapeuten liegt es, sowohl die Zustimmung des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten wie auch die Ablehnung einer Weitergabe schriftlich bestätigen zu lassen und zu dokumentieren.

Inhaltliche Anforderungen an ärztliche Berichte

Dass ärztliche Berichte nicht nur überhaupt erstellt und zügig zugestellt, sondern auch mit angemessener **Sorgfalt** abgefasst werden müssen, lässt sich aus der Berufsordnung ableiten.

Abbildung 14: Sorgfaltspflicht:

„Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen.“ (BÄK 2006, § 25)

Da Arztbriefe durchaus Anlass für unangenehme juristische Auseinandersetzungen sein können, sollte bei ihrer Abfassung dieselbe Sorgfalt wie bei Gutachten aufgewendet werden.

Die **Verantwortung für ärztliche Berichte** liegt beim behandelnden Facharzt bzw. dem Praxisinhaber. Diese Verantwortung beinhaltet die Vertretung der Praxis nach außen, die rechtliche Haftung, die Verantwortung gegenüber den Kostenträgern für veranlasste Maßnahmen und die Zuständigkeiten bei Rückfragen.

Die rechtlichen Regelungen spiegeln Notwendigkeiten, Bedürfnisse und Interessen der beteiligten Kooperationspartner, durchaus auch die der Patienten und ihrer Bezugspersonen. Die überweisenden Allgemein- und Kinderärzte sind nicht nur angewiesen auf die Kenntnis unserer Befunde, Maßnahmen und Empfehlungen, sondern im Allgemeinen auch interessiert daran, die Denk- und Handlungsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie kennen zu lernen, die ihnen in der Regel aus der eigenen medizinischen Ausbildung nicht bekannt sein dürfte.

Abbildung 15: Allgemeinärzte brauchen den Überblick:

„Nur der Arztbrief macht für den Hausarzt und dessen Patienten das Wissen und Können aus 42 Fachgebieten und über 200 Zusatzqualifikationen zugänglich“ (ÄK Nordrhein 2010)

Selbstverständlich liegt die Dokumentation und Weitergabe wichtiger Befunde auch im **Interesse** der Patienten und ihrer Familien. Für die behandelnde Praxis stellen zusammenfassende Berichte die Notwendigkeit und die Möglichkeit dar, die Diagnostik und das therapeutische Handeln auch im Hinblick auf künftige Behandlungen zu reflektieren (Spitzcok 2006, S. 285). Sie sind die Grundlage für die Zusammenarbeit im Team über den zeitlichen Verlauf sowie für die Kooperation mit anderen an der Behandlung Beteiligten und damit auch die Möglichkeit, Empfehlungen zu übermitteln. Sie bieten eine hervorragende Gelegenheit, immer wieder die Arbeits- und Denkweise eines Praxisteam und die Qualität der Arbeit in der Praxis nach außen zu vermitteln und so für die Praxis zu werben.

Abbildung 16: Wozu Arztbriefe schreiben?

- Im Interesse der Patienten und Bezugspersonen
- Im Interesse der Mit-/Weiterbehandler (die wollen/müssen informiert werden)
- Kooperation im Team über die Zeit (interne Kommunikation)
- Kooperation mit anderen Beteiligten (Hinweise der Praxis - externe Kommunikation)
- Reflexion über Diagnostik und Therapie
- Qualitätsnachweis und
- Werbung für die Praxis

Als mögliche **Adressaten ärztlicher Berichte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie** kommen Kollegen in Praxis und Klinik, die Eltern bzw. Familien, Jugend- und Sozialämter, Schulen bzw. Lehrer und der medizinische Dienst von Krankenkassen und Versicherungen in Frage. Jede Adressatengruppe hat unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse:

Überweisende oder weiterbehandelnde **Fachkollegen** erwarten einen prägnanten, schlüssigen Bericht, um die Diagnose und daraus abgeleitete Empfehlungen nachvollziehen und berücksichtigen zu können, die Formulierungen entsprechen der medizinischen bzw. psychologisch-psychotherapeutischen Fachsprache.

Briefe an die **Eltern** bzw. (adoleszente) **Patienten** erfordern eine verständliche Sprache ohne allzu komplizierte Fachausdrücke und nachvollziehbare Erklärungen über die diagnostischen Ergebnisse bzw. den therapeutischen Prozess, an dem sie teilgenommen haben, sowie konkrete und praktische Empfehlungen für die Zukunft. Diese Berichte bieten die Chance, auch nach dem Ende der Behandlung therapeutischen Einfluss auszuüben, die Kompetenzen und Ressourcen der Familie zu stärken und die erreichten Fortschritte zu würdigen (vgl. Spitzcok 2006, Seite 280 f.). Beachtet werden sollte dabei die Sensibilität und Kränkbarkeit Angehöriger durch als wertend erlebte Feststellungen, ja selbst durch anamnestic Angaben, die vor allem von getrennten Elternteilen als diffamierend erlebt werden können.

Jugend- und Sozialämter erbitten oder verlangen Berichte und Gutachten, um die Indikation und damit die Kosten für bestimmte Hilfemaßnahmen (wie Integrationshilfen, Schulbegleitung, Leistungsfördermaßnahmen, vollstationäre Heimunterbringung) begründen und ggf. bei der Amtsführung durchsetzen zu können. Da Ämter im Allgemeinen die Kosten für eigens erstellte Berichte scheuen, werden nicht selten Kopien der Arztbriefe angefordert. Da sich die Hilfe suchenden Sorgeberechtigten dem Druck zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht schwer entziehen können, stellt sich selbst bei Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung dem Arzt die Frage, ob

er seine Berichte auf Dauer in den Akten von Sachbearbeitern wissen möchte. Andererseits ist die Festschreibung der Hinzuziehung von Kinder- und Jungenpsychiatern im Rahmen der Hilfeplanung nach dem SGB V aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Fortschritt zu verbuchen, dieser Aufgabe können wir uns auch nicht verweigern. Eine Lösung ist eine Vereinbarung der Praxis mit dem regionalen Jugendamt über schriftliche Anfragen mit spezifischer Fragestellung und eine angemessene Kostenregelung, am besten auf der Grundlage der GOÄ.

Schulen bzw. die unterrichtenden Lehrer wünschen bzw. erwarten sich von einem ärztlichen Bericht Aufschluss darüber, welchen Anforderungen ein Schüler mit einer psychischen Störung in der Schule ausgesetzt werden kann und wie weit pädagogische Maßnahmen daran angepasst werden müssen und möchten nicht selten konkrete Hinweise und Tipps für den Unterricht erhalten, etwa bei Kindern mit ADHS. Dies gilt insbesondere, wenn sie dem Arzt auf Bitten der Eltern einen Schulbericht zu Verfügung gestellt haben. Hier ist es sinnvoll, den Eltern reine Befundberichte zur Weitergabe an die Schule zur Verfügung zu stellen (siehe unten, Eigene Erfahrungen).

Der Medizinische Dienst von Versicherung und Krankenkassen, nicht selten auch Sachbearbeiter, fordern Informationen, die ihnen die Nachvollziehbarkeit veranlasster oder beantragter Kosten ermöglichen. Dies gilt insbesondere für den stationären Bereich und im ambulanten Bereich für die private Krankenversicherung. Hier ist der Arzt gegenüber den Krankenkassen (§ 284 I.V.M § 295 SGB V) und dem Medizinischen Dienst (§§ 276, 277 GSB V) zur Auskunft verpflichtet. Informationen an private Krankenversicherungen sollten über die Patienten bzw. Sorgeberechtigten geleitet werden.

Aus diesen unterschiedlichen Interessen resultieren unterschiedliche Anforderungen an die Ausgestaltung ärztlicher Berichte in Bezug auf Inhalt, Formulierungen und Umfang. Die Viersener Klinik hat unter der Leitung von Wilhelm Rotthaus Entlassbriefe in Form eines detaillierten Therapieberichts direkt an die Eltern geschickt und den überweisenden Arzt darüber sowie über wesentliche Aspekte des Aufenthalts in einem kurzen Bericht informiert. Inzwischen ist die Klinik dazu übergegangen, meist nur einen Abschlussbericht zu erstellen, der an den einweisenden Arzt bzw. weiterbehandelnden Therapeuten, in Kopie an die Familie und ggf. auch an den MDK versandt wird. (Ausführliche Diskussion bei Spitzcok 2006, 281 ff.). Die Verfasser dieser Berichte müssen allerdings dann die schwierige Aufgabe lösen, sprachliche Verständlichkeit, fachlich-wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit, systemische Sichtweise, Ressourcenorientierung und weiteren therapeutischen Nutzen für die Familie unter einen Hut zu bringen. Kritisch diskutiert Spitzcok insbesondere den dann auftretenden Zielkonflikt zwischen der Notwendigkeit störungs- oder defizitorientierter Fachsprache gegenüber den Kostenträgern und der ressourcenorientierten Sicht- und Ausdrucksweise der systemischen Therapie.

Ein Brief für alle birgt allerdings die Gefahr von Redundanz, wie das folgende Beispiel zeigt:

Die **Analyse eines durchschnittlichen Arztbriefes aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilung an den einweisenden Facharzt für KJPP** nach vier Wochen Behandlungszeit ergibt folgende Ergebnisse: Der Brief datiert am Tag nach der Entlassung, ein sehr erfreulicher Umstand, und geht in der Praxis zehn Tage später ein. Sein Umfang beträgt neun Seiten mit 332 Zeilen Text (100 %), davon entfallen auf Anamnese und psychiatrisch-psychologische und körperliche Befunde: 12 %, auf testpsychologische Untersuchungen 70 %, auf Therapie und Verlauf 11 % und auf Diagnose und Empfehlung 7 %. Analysiert man die testpsychologischen Untersuchungen, also 70 % des abschließenden Arztbriefes, entfallen auf Beschreibung der Tests einschließlich der Skalen der CBCL 77 %, während der patientenspezifische Anteil incl. Verhaltensbeobachtung maximal 23 %, d.h. ein knappes Viertel erreicht.

Abbildung 17: Analyse eines typischen Klinikberichts:

Brief datiert:	1 Tag nach Entlassung	
Eingang:	10 Tage nach Entlassung	
Umfang:	9 Seiten mit 332 Zeilen Text:	100%
Testpsychologische Untersuchungen:		70%
davon		
relevante Ergebnisse:		23%
Beschreibung der Tests:		77%
Anamnese und psych/körperl. Befunde:		12%
Therapie und Verlauf:		11%
Diagnose/Empfehlung:		7%

Die Abteilungsleitung erklärte auf Nachfragen die Redundanz und den ausufernden Umfang ihrer Berichte mit der Notwendigkeit der Rechtfertigung gegenüber dem MDK der Krankenkassen, die regelmäßig und in immer kürzeren Abständen Verlaufsberichte anforderten.

Als Facharzt erwarte ich allerdings etwas anderes von einer Fachklinik oder -abteilung: einen zusammenfassenden, übersichtlichen und knappen, aber vollständigen Bericht mit Diagnose, Anamnese, Befunden, Psychodynamik bzw. Lerngeschichte oder systemischen Bezügen, Methoden, Verlauf und Empfehlung.

Abbildung 18: die häufigsten Ärgernisse in Arztbriefen – keine Gewähr für Vollständigkeit:

- Redundanz: Wer liest acht Seiten?
- Nichtbeachtung des Adressaten: Beschreibung einfacher Tests im Brief an einen Facharzt
- Jeder ist hochbegabt: Überinterpretation von Befunden
- Beschreiben statt Erklären: fehlende Psychodynamik bzw. Verhaltensgenese
- Narrative Briefe ohne Übersichtlichkeit
- Fehlende Zusammenfassung /Empfehlung

Die notwendigen Inhalte eines Arztbriefes sind nach den **EBM-Ziffern** 01600 (hausärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung) und 01601 (ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. den Krankheitszustand des Patienten) geregelt und umfassen minimal: Anamnese, Befunde, epikritische Bewertung und schriftliche Informationen zur Therapieempfehlung. Beide EBM-Ziffern sind in der Grundpauschale 14210 / 14211 enthalten und werden mit 110 bzw. 210 Punkten bewertet.

Bei **Privatversicherten** gehören zu dem ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 75 GOÄ neben Angaben zu den Befunden weitere Angaben zur Vorgeschichte, eine epikritische Würdigung und ggf. Angaben zur Therapie. „Die Epikrise bzw. epikritische Bewertung ist definiert als ein zusammenfassender kritischer Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach Abschluss des Falles oder nach endgültiger Diagnosestellung“ (Pieritz 2005). Die Abrechnung eines ärztlichen Berichts nach Nr. 80 oder 85 GOÄ erfordert „dass der Arzt aufgrund von ihm erhobener oder übermittelter Befunde Fragen beantwortet, die ausschließlich aufgrund ärztlichen Sach- oder Fachverständes zu beantworten sind (Pieritz, a. a. O.).

Aus diesen Minimalanforderungen und den impliziten Standards unseres Fachgebiets (eine Leitlinie „Arztbrief“ gibt es bislang nicht), ergeben sich folgende **Inhalte eines Arztbriefes in der KJPP**:

Abbildung 20: Inhaltliche Struktur eines Arztbriefes in der KJPP:

- Diagnose
- Vorstellungsanlass / Symptomatik
- Familiäre und soziale Situation / Anamnese
- Wesentliche Befunde je nach Fragestellung
(Entwicklungsstand, Teilleistungs- und Fähigkeitendiagnostik, psychischer Befund, emotionale Verfassung, Bindungssituation, Konflikte, Ressourcen)
- Differentialdiagnostische Überlegungen
- Beurteilung
- Empfehlung

Der Zusammenhang zwischen Symptomatik, Anamnese, relevanten Befunden, Interpretationen bzw. Einordnung der Befunde und verordneten bzw. empfohlenen Maßnahmen muss problemlos, vollständig und rasch nachvollziehbar sein. Das kann je nach theoretischer Orientierung als kurze Psychodynamik, Lerngeschichte oder Skizzierung der systemischen Zusammenhänge erfolgen.

Dies ist nur möglich, wenn der Arztbrief die folgenden **formalen Anforderungen** erfüllt:

Abbildung 21: formale Anforderungen:

- Tempo
- Gliederung
- Übersichtlichkeit
- Vollständigkeit
- Kürze, Prägnanz
- Sprache
- Stil, Grammatik, Orthographie

Das **Tempo** der Zustellung eines Arztbriefes wird vom Anlass bestimmt: „Die Schnelligkeit des Arztbriefes muss in jedem Fall der Dringlichkeit des Handelsgeschehens beim individuellen Patienten entsprechen“ (Zimmer 2010). Eine **Gliederung** in übersichtliche Abschnitte erleichtert dem Leser die Orientierung. Narrative Arztbriefe können mitunter beachtliche literarische Qualitäten aufweisen, werden jedoch vom meist eiligen Leser selten gewürdigt oder geschätzt. **Vollständigkeit** bedeutet, dass der Brief diejenigen Informationen enthält, die eine Nachvollziehbarkeit ermöglichen. Damit ergibt sich ein Zielkonflikt zur Forderung nach Prägnanz, also Zusammenfassung und Verdichtung der wesentlichen Aspekte zu verständlichen Sprachmustern. So gehören wörtliche Zitate nur dann in einen Brief, wenn sie den gemeinten Sachverhalt auf den Punkt bringen. Die Sprache und verwendete **Begrifflichkeit** richtet sich nach dem Empfänger, der sie verstehen und umsetzen soll. Dabei ist zu bedenken, dass Allgemeinmediziner und Pädiater nicht unbedingt alle Feinheiten psychiatrischer bzw. psychoanalytisch-verhaltenstherapeutischer Fachjargons verstehen können. Im Zweifel wären sie zu erläutern, dies gilt auch für (möglichst zu vermeidende) Abkürzungen. Korrekte Orthographie (Orthografie) ist eine Selbstverständlichkeit.

An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass ein Brief in sofern **korrekt** zu sein hat, als zwischen Gehörtem (Anamnese), Beobachtungen und erhobenen Daten, Befunden (eigene und

Fremdbefunde, Interpretation, Wissen und Meinungen) sprachlich klar unterschieden werden muss.

Abbildung 22: Korrektheit:

Unterscheidung zwischen und Kennzeichnung von:

Hörensagen:	Anamnese, indirekte Rede!
Wissen:	Befunde (eigene, Fremdbefunde), Beobachtungen, Daten
Begründeter Meinung:	Interpretation, Schlussfolgerungen

In der medizinischen, insbesondere **psychiatrischen Fachsprache** wurde und wird zu Recht kritisiert, dass sie unreflektiert verwendet defizit- und pathologieorientiert wirken kann. Dies ist zum Teil auch ein von dem Kostenträger induziertes Problem: „Die Logik, mit der über Anträge bei Krankenkassen entschieden wird, zwingt Einrichtungen dazu, pathologieorientiert und defizitorientiert zu berichten (Schweitzer et al. 2005 nach Spitzcok 2006, S. 276). Eine die Menschenwürde achtende und neben den Defiziten auch die Ressourcen beachtende Sprache steht gerade unserem Fachgebiet, in dem sich das meiste noch verändert und entwickelt, gut zu Gesicht. Abwertungen allerdings haben in Arztbriefen nichts zu suchen. Hierzu ein Beispiel aus dem Bericht eines fachärztlichen Kollegen über eine Einschulungsuntersuchung: „Sein gesamtes Verhalten ist von Defiziten und absurd anmutenden Kompensationsversuchen geprägt“. Das ganze „Gutachten“ ist in diesem Duktus verfasst. Nachvollziehbar, dass die Angehörigen Beschwerde eingelegt haben.

Befunde, Interpretationen und Empfehlungen sollten eine **nachvollziehbare innere Logik** enthalten und die Empfehlungen auf den Befunden aufbauen. Widersprüche wären gegebenenfalls zu erklären. Wenn etwa bei einer Schülerin der 6. Gymnasialklasse an einem G8- Gymnasium mit Kopfschmerzen, psychosomatischen Beschwerden, abfallenden Leistungen und sozialem Rückzug ein lediglich durchschnittlicher IQ festgestellt wird und nicht zu einem schulischen Beratungsverfahren bzw. einem Schulwechsel geraten wird, wäre dies zu begründen.

Aufwand, Zeit, Honorar und Organisation

Wenn es nun zweifellos zu den Aufgaben einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gehört, Arztbriefe zu schreiben, bleibt es jeder Praxis überlassen, einen Weg zu finden, wie sie dieses Problem löst. Zu Bedenken ist dabei die schiere Menge von Patienten in einer SPV-Praxis, der überbordende (irrsinnige) Aufwand für Dokumentation, Diagnosenkodierung, Qualitätssicherung Abrechnung, Beachtung von Budgetgrenzen für Regelleistungsvolumen, Zeitaufwand pro Tag, Woche und Quartal, abgerechnete Ziffern, Heilmittel- und Arzneimittelverordnungen und die Grenzen der personalen, finanziellen und ideellen Ressourcen im Praxisteam.

Welchen Aufwand erfordert ein Arztbrief in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Anders als in anderen Fächern wie etwa der Orthopädie lässt sich ein Brief in der KJPP nicht so ohne weiteres derart operationalisieren, formalisieren und digitalisieren, dass der Computer am Ende der Befunderhebung den fertigen Brief ausdrucken kann. Es sei denn, der Arzt tippt während des Gesprächs mit dem Patienten oder der Familie fortlaufend direkt in den PC und kommuniziert mehr mit der Maschine als mit seinem Gegenüber. Es gibt Psychiater, die so vorgehen und das als moderne Form des Mitschreibens vertreten. Vielleicht ist ja virtuelle Kommunikation für die kommenden Generationen eine Selbstverständlichkeit geworden und reale Kontakte gehören vergangenen Zeiten an. Noch möchte ich zumindest das aufmerksame und achtsame Gespräch mit Menschen nicht derart verfremden und damit belasten.

Das Erstellen eines Arztbriefes (als Diktat oder direkt getippt) erfordert das Durchsehen, Bewerten, Interpretieren und Zusammenfassen von Anamnese und Befunden, das Durchdenken der Zusammenhänge und die Formulierung des Textes. Wenn das für den Brief zu verwendende Material gut aufbereitet wurde, braucht es mit viel Routine für ein Diktat mindestens zehn, durchschnittlich 15 Minuten, in Einzelfällen sehr viel mehr. Dazu kommt der Aufwand für die Schreibkraft, für Durchsehen, Korrektur, Druck, Papier und Porto.

Wenn wir in einer Beispiel-SPV-Praxis von 400 neuen Patienten im Jahr ausgehen und der Einfachheit halber annehmen, die Praxis arbeitet 40 Wochen, dann sind nach Durchlaufen der Diagnostik pro Woche durchschnittlich zehn Arztbriefe zu erstellen. Hinzu kommen noch die Berichte über beendete Therapien und gesonderte Anfragen, etwa von Jugendämtern, das addiert sich auf ungefähr 16 Briefe in der Woche. Bei 15 Minuten Diktat, also vier Briefen in der Stunde, sind das vier Stunden oder ein halber durchschnittlicher Arbeitstag. Bei einem den Berechnungen der KV zugrunde liegenden Arzthonorar von € 80.- pro Stunde ist das eine ärztliche Leistung im Wert von € 320.-. Rein die ärztliche Leistung für einen durchschnittlichen Arztbrief in der KJPP entspricht somit einem Wert von € 20.-. Hinzu kommen noch die sonstigen Personal-, Sach- und Portokosten.

Honorierung ärztlicher Leistungen

Es ist aufschlussreich, sich klar zu machen, wie gering im **Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM** der Aufwand für die Erstellung ärztlicher Berichte honoriert und damit geachtet wird:

Abbildung 23: Honorierung nach EBM:

EBM 01600	
Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung:	110 Punkte
EBM 01601	
Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Patienten	
obligater Leistungsinhalt:	
- Anamnese,	
- Befund(e)	
- Epikritische Bewertung	
- Schriftliche Information zur Therapieempfehlung:	210 Punkte

Beide Ziffern sind in der Grundpauschale enthalten. Bei einem Orientierungspunktwert von ungefähr 3.5 Cent sind das für Nummer 01600 € 3.85 und für 01601 € 7.70.

Die Gebührenordnung für Ärzte GOÄ honoriert Arztbriefe nach drei unterschiedlichen Gebührenpositionen (vgl. Pieritz 2005):

Nummer **70 GOÄ** bezieht sich auf den einfachen Befundbericht und die einfache Befundmitteilung und ist mit der Gebühr für die Untersuchung abgegolten (das gilt für alle Leistungen der GOÄ, siehe Anmerkungen zu Nr. 75 GOÄ Allgemeine Bestimmungen Abschnitt M Ziffer 1 und Abschnitt O Ziffer 3, nach Pieritz 2005).

Die Abrechnung von Nummer **75 GOÄ**: „Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zu Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie“ erfordern über den einfachen Befundbericht hinaus einen zusammenfassenden kritischen Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach endgültiger Diagnose-

stellung oder nach abgeschlossener Behandlung und/oder des Vergleichs mit Vorbefunden oder sonstigen Informationen (Pieritz 2005). Nummer 75 ist mit 130 Punkten bewertet, Einzelsatz € 7.58, 2,3-fach € 17.43.

Nummer **80 GOÄ** („Schriftliche gutachterliche Äußerung“) erfordert einen schriftlichen Gutachtenauftrag und setzt voraus, dass der Arzt „aufgrund von ihm erhobener oder übermittelter Befunde Fragen beantwortet, die ausschließlich aufgrund ärztlichen Sach- oder Fachverständes zu beantworten sind. Nr. 80 GOÄ lässt sich daher nicht ohne weiteres für routinemäßige Arztbriefe ansetzen. Nr. 80 wird mit 300 Punkten bzw. € 17.49 im Einzelsatz bewertet, 2,3-fach € 40.23.

Die Abrechnung von Nummer **85 GOÄ**: „Schriftliche gutachterliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand“ erfordert eine wissenschaftliche Begründung und/oder eine benötigte Arbeitszeit von 15 Minuten oder mehr (siehe Kommentar zu Nr. 80). Die Bewertung beträgt 500 Punkte oder einfach € 29.14 bzw. 23-fach € 67.02 je angefangene Stunde Arbeitszeit.

Hinzu kommen wie bei Nr. 70, 75 und 80 gem. § 10 GOÄ Porto und Versandkosten.

(Die aktuell gültigen Gebührensätze der GOÄ entsprechen der vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. Dezember 1995. Eine Überarbeitung steht nach siebzehn Jahren jetzt bevor. Die Gebührensätze für Rechtsanwälte wurden im gleichen Zeitraum mehrfach und kräftig erhöht.)

Nach dem **Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetz JVEG** wird ein „Befundschein oder das Erteilen einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung“ (Ziffer 200) mit € 22.- oder, wenn die Leistung besonders umfangreich ist (Ziffer 201), mit bis zu € 44.- vergütet.

Zeit sparen

Abgesehen von den Kosten liegt das Hauptproblem im erforderlichen Zeitaufwand. Bei Routineaufgaben lohnt es sich, auf die Kleinigkeiten zu achten, weil das Zeit spart.

So bereite ich die abschließende Besprechung der Diagnostik mit der Familie anhand eines Formulars (einer Maske) vor, das der Struktur des Arztbriefes entspricht. Es handelt sich um ein Din A 4-Übersichtsblatt mit folgender Gliederung:

Abbildung 24: Übersichtsblatt zur Vorbereitung der Diagnostikbesprechung mit Team/Patient/Familie:

Patient: Name, Geburtsdatum, Datum der Vorstellung
Fragestellung:
Anamnese:
Familiäre Situation:
Befunde:
Verhalten:
Fragebogen:
Projektive Verfahren:
Entwicklungs-, Teilleistungs- und Intelligenzdiagnostik:
Körperlicher Befund/Neurologie:
Sonstige Befunde:
Übertragung/Gegenübertragung:
Psychodynamik/Beurteilung:
Diagnose:
Empfehlung:

Die Begrenzung des Blattes zwingt zur Prägnanz, die Strukturierung dient als Vorlage für das Diktat.

Wichtig ist, beim Ausfüllen noch Platz zu lassen für Ergänzungen, die sich aus dem abschließenden Gespräch ergeben. Die Reaktionen der Eltern und Patienten können die aus den Befunden abgeleiteten Hypothesen validieren, ergänzen oder in Frage stellen. In jedem Fall sind sie hilfreich und die Diagnostik ist vor diesem Gespräch für mich nicht abgeschlossen.

Auf der Grundlage dieser Übersicht diktiere ich dann den Arztbrief, der eine Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte darstellt und einen Umfang von durchschnittlich einer bis eineinhalb Seiten hat.

Alternativen zum ausführlichen Arztbrief sind Kurzbriefe, Formularbriefe, sowie bei digitaler Dokumentation die Verwendung von Textbausteinen und die Erstellung eines Berichts aus der diagnostischen bzw. Behandlungsdokumentation. Beide Varianten haben Vor- und Nachteile.

Der Kurzbrief (besser als gar kein Brief) hat eine klare Gliederung, kann die wichtigsten Informationen enthalten und spart Zeit, lässt jedoch nur knappe Formulierungen zu mit dem Risiko zu geringen Informationsgehalts und ist doch sehr schematisch.

Abbildung 25: Beispiel für einen Kurzbrief:

Sehr geehrter Herr Kollege /Frau Kollegin,	Datum:
besten Dank für die Überweisung von ich berichte Ihnen über den gemeinsamen Patienten / die gemeinsame Patientin	
der/die mir erstmals am von..... vorgestellt worden war.	
Diagnose:	
Vorstellungsanlass/Symptomatik:	
Familiäre Situation/Anamnese:	
Wesentliche Befunde:	
Differentialdiagnostische Überlegungen:	
Beurteilung:	
Empfehlung:	
Mit freundlichen Grüßen!	
Dr. Franz Wienand	

Kurzbriefe können durchaus so gestaltet werden, dass sie die notwendige Information enthalten und ihren Zweck voll und ganz erfüllen. Ein Beispiel stellt für mich der Abschlussbericht meiner Praxis am Ende der sozialpsychiatrischen Behandlung dar:

Abbildung 26: Abschlussbericht der SPV-Behandlung:

<p>Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie – Psychoanalyse – Sozialpsychiatrie Sprechstunden nach tel. Vereinbarung Mo - Do 11:30 - 12:30 Uhr</p>	<p>71034 Böblingen Berliner Straße 31 Telefon 07031/224478 Telefax 07031/224165 www.praxis-wienand.de</p>	<p>Seite 2 Abschlussbericht der sozialpsychiatrischen Behandlung Praxis Dr. Wienand Böblingen</p>														
<p>An</p> <p>nachrichtlich an:</p> <p>Sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Frau Kollegin,</p> <p>ich berichte Ihnen abschließend über den Verlauf der sozialpsychiatrischen Behandlung von</p> <p>der/die mir erstmals am wegen</p> <p>vorgestellt worden war, vgl. meinen Bericht vom</p> <p>In der Zwischenzeit erfolgte eine sozialpsychiatrische Behandlung durch Frau.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> unter Einbeziehung der Bezugspersonen</p> <p>von insgesamtSitzungen und Kooperationsgesprächen mit</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Schule</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ergotherapie</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/></p> <p>Therapieziele:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Der Verlauf war</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> schwierig</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> wechselhaft</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> positiv</p> <p>.....</p> <p>Aktuelle Situation:.....</p> <p>.....</p> <p>Kommentar:</p> <p>.....</p> <p>Das Ende der Therapie erfolgte</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in gegenseitiger Übereinstimmung</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> vorzeitig aufgrund äußerer Umstände</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Abbruch</p> <p>Das Behandlungsergebnis wird beurteilt als:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">aus unserer Sicht</td> <td style="text-align: center;">von den Eltern</td> <td style="text-align: center;">vom Kind</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>deutlich gebessert</u></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>etwas gebessert</u></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>unverändert</u></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>verschlechtert</u></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Die Prognose erscheint</p> <p style="padding-left: 20px;">günstig <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">offen <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">ungünstig <input type="checkbox"/></p> <p>Abschließende Diagnose: <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/></p> <p>Empfehlung:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Wiedervorstellung im Bedarfsfall</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">.....</p> <p style="text-align: center;">(Unterschrift)</p>	aus unserer Sicht	von den Eltern	vom Kind	<u>deutlich gebessert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>etwas gebessert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>unverändert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>verschlechtert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus unserer Sicht	von den Eltern	vom Kind														
<u>deutlich gebessert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<u>etwas gebessert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<u>unverändert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<u>verschlechtert</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Dieses Formular wird von der für die Behandlung zuständigen Mitarbeiterin nach der abschließenden Sitzung ausgefüllt, von mir durchgesehen, ggf. ergänzt oder korrigiert, diktiert und im Sekretariat geschrieben. Für die Evaluierung des Therapieerfolgs verwenden wir routinemäßig die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung FBB von Mattejat und Remschmidt (1999).

Formulare und Tabellen: Noch mehr Zeit spart unter Umständen das Ausfüllen von Formularen. Allerdings werden die Informationen dabei noch weiter verdichtet und auf Zahlen- oder Bereichsangaben verkürzt, so dass solche Übersichten nur für spezielle Zwecke wie etwa die Leistungsdiagnostik in Frage kommen. Formulare ersetzen in keiner Weise einen Arztbrief. Hierzu zwei Beispiele aus meiner Praxis zur Vermittlung von Befunden an Lehrer:

Abbildung 27 und 28: Tabellarische Befundübersicht zur raschen Information:

Tabellarischer Befundbericht Patient: _____

Tabellarischer Befundbericht Patient: _____

Untersuchter Bereich		Ergebnis			
		Unterdurchschnittlich ≤ PR 17	Unters. Mittelwert PR 18-50	Oberes Mittelwert PR 50-82	Überdurchschnittlich PR > 83
Kognitive Entwicklung	Kognitive Entwicklung				
	Inzessant (K-ABC)				
	Einzelheitlich-sequenzielles Denken (Konzentration/ Gedächtnis)				
	Ganzheitlich-simultanes Denken (Aufmerksamkeit)				
	Konzentration				
Sprach- entwicklung	Arbeitszeit				
	Leistungsmotivation				
	Wortschatz				
	Sprachverständnis				
Wahr- nehmung	Grammatik				
	Artikulation				
Motorik	Visuell				
	Auditiv				
	Körperkoordination				
	Feinmotorik				
Schulische Fertigkeiten	Lesen				
	Rechtschreibung				
	Rechnen				
Emotionale Entwicklung		<input type="checkbox"/> <small>altersentsprechend</small>	<input type="checkbox"/> <small>Nicht altersentsprechend</small>	<input type="checkbox"/> <small>altersentsprechend</small>	<input type="checkbox"/> <small>altersentsprechend</small>
Soziale Entwicklung		<input type="checkbox"/> <small>altersentsprechend</small>	<input type="checkbox"/> <small>Nicht altersentsprechend</small>	<input type="checkbox"/> <small>altersentsprechend</small>	<input type="checkbox"/> <small>altersentsprechend</small>

Diagnose: _____

- Empfehlung: Jugendhilfemaßnahmen Erziehungsberatung
 Schulische Maßnahmen medikamentöse Therapie
 Ergotherapie Logopädie
 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
 Betreuung in meiner Praxis durch Fr.
 Sonstige

Datum

Tabellarische Befundberichte-Kinder.doc 2008

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand

Untersuchter Bereich		Ergebnis			
		Unterdurchschnittlich ≤ PR 17	Unters. Mittelwert PR 18-50	Oberes Mittelwert PR 50-82	Überdurchschnittlich PR > 83
Allgemeine Intelligenz	Gesamt-IQ (nach Hamburg-Wechsler)				
	Sprachkompetenz (Verbal-IQ)				
	Praktisch-technische Intelligenz (Handlung-IQ)				
	Konzentration				
	Daueranmerksamkeit				
Motorik	Arbeitstempo				
	Körperkoordination				
	Feinmotorik				
Schulische Fertigkeiten	Lesen				
	Rechtschreibung				
	Rechnen				
Emotionale Diagnostik	Angst				
	Depression				
	Emotionale Stabilität				
	Konfliktbewältigung				
	Leistungsmotivation				
	Selbstüberzeugung				

Diagnose: _____

- Empfehlung: Jugendhilfemaßnahmen Erziehungsberatung
 Schulische Maßnahmen medikamentöse Therapie
 Ergotherapie Logopädie
 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
 Betreuung in meiner Praxis durch Fr.
 Sonstige

Datum

Tabellarische Befundberichte-Jugendliche.doc 2008

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand

Trotz des Vorteils der Übersichtlichkeit sind die Tabellen in dieser Form zu meiner Überraschung selbst für Lehrer nicht ohne weiteres verständlich, so dass ich sie nur noch als Gedächtnisstütze für Bezugspersonen verwende, mit denen ich sie persönlich besprechen konnte.

Textbausteine werden für die Erstellung von Arztbriefen üblicherweise so verwendet, dass zuvor definierte Abschnitte der Dokumentation der am Fall beteiligten Teammitglieder im Praxis-PC (wie multiaxiale Diagnose, Anamnese, Befunde und Empfehlung) vom Sekretariat zu einem Text zusammengesetzt werden. Das erleichtert natürlich die Erstellung komplexer Berichte enorm. Allerdings verführt diese Methode zu sehr umfangreichen Berichten, die aus miteinander unverbundenen Einzelinformationen bestehen. Die einzelnen Textabschnitte stammen von verschiedenen Autoren und können sich sprachlich sehr unterscheiden. Man kann das natürlich in Kauf nehmen, weil die Vorteile überwiegen. Berichte aus einem gedanklichen und sprachlichen Guss, die den Geist der Praxis nach außen vermitteln, entstehen so nur ausnahmsweise. Dies erforderte entweder die Überarbeitung durch einen Autor, also doch Arbeit, oder einen hohen Grad an Formalisierung und damit Reduktion von Information.

Eigene Erfahrungen

In den zwanzig Jahren meiner Praxistätigkeit habe ich mit unterschiedlichen Formen ärztlicher Berichte unterschiedliche Erfahrungen gesammelt. In der Anfangsphase der Organisationsfindung der neu gegründeten Praxis erhielten die überweisenden Ärzte selbst getippte, auf Stichpunkte beschränkte Berichte im DIN A5-Format, die außer Diagnose und Empfehlung nur die allernotwendigsten Informationen enthielten. Bald wurde mir allerdings klar, dass der Arztbrief eine einzigartige Möglichkeit darstellt, die Denk- und Arbeitsweise, die Qualitätsstandards und die fachliche Kompetenz der Praxis nach außen darzustellen und damit für die Praxis zu werben. Seit dieser Zeit, also seit etwa 18 Jahren, erhalten die überweisenden und weiterbehandelnden Kollegen nach dem Abschluss einer jeden Diagnostik und nach dem Ende einer jeden Behandlung auch in der SPV-Praxis einen Arztbrief. Es folgte eine Phase, in der ich diese Briefe nachrichtlich regelmäßig auch an die Sorgeberechtigten weitergegeben habe. Während ein Teil der Eltern damit zufrieden war, kam es immer wieder zu Auseinandersetzungen mit vor allem getrennt lebenden Elternteilen über einzelne Formulierungen insbesondere in der Anamnese. Widerspruch erfolgte ohne Berücksichtigung indirekter Rede oder der Tatsache, dass die Daten als Zitat gekennzeichnet wurden, die

notwendige Klärungsarbeit erwies sich doch als anstrengend. Inzwischen gehen die Arztbriefe an die Überweiser, die weiterbehandelnden Ärzte und Psychotherapeuten, während den Eltern auf ihren Wunsch hin ein Befundbericht über ihr Kind überlassen wird, der sich auf die erhobenen Befunde, die Diagnose und die Empfehlungen beschränkt und den sie für ihre Zwecke verwenden können. Dieser Bericht wird auf der Grundlage des vorliegenden Arztbriefes eigens erstellt, als Befundbericht gekennzeichnet und den Eltern gegen die Verwaltungsgebühr von 5 € zur Verfügung gestellt.

Abbildung 29: heutiges Vorgehen meiner Praxis:

- Arztbrief an Ärzte und Psychotherapeuten
- Befundberichte an die Bezugspersonen

Auf diese Befundberichte können auch Jugend- und Sozialämter sowie die Lehrer zurückgreifen. Aus meiner Praxis gehen Arztbriefe nicht an die Schulen und von wenigen Ausnahmen abgesehen auch nicht an Jugend- und Sozialämter. Angeforderte Gutachten werden auf der Grundlage einer Kostenübernahmeerklärung erstattet und nach GOÄ vergütet.

Abschließende Überlegungen

Es gibt verschiedene jeweils plausible Wege, das Problem der Fülle zu erstellender Berichte zu friedensstellend zu bewältigen. Wenn die Arbeit schon unvermeidlich ist, dann sollte sie sich auch für die Praxis in irgendeiner Weise lohnen. Das setzt nicht nur voraus, dass die Verantwortlichen auf Zeit, Kosten und Ökonomie achten, sondern dass sie auch in dieser Frage die Interessen der Praxis bedenken. Arztbriefe von hoher inhaltlicher, gedanklicher und sprachlicher Qualität sind die Visitenkarte einer Praxis. Sie stellen ein wichtiges Arbeitsmittel innerhalb des Teams über die Zeit dar, vermitteln komprimiert die wesentlichen Informationen über einen Behandlungsfall nach außen, geben einen Einblick in die Arbeits- und Denkweise, also über den Geist der Praxis und achten die Würde der Patienten und ihrer Bezugspersonen genauso wie die Rechte der Kooperationspartner. Bedenkt man diese „weichen“ Faktoren, die über Ruf und Ansehen eines Praxisteam entscheiden, so lohnt sich die Mühe letztlich doch.

Autor

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Psychoanalyse - Sozialpsychiatrie
Berliner Straße 31
71034 Böblingen
www.praxis-wienand.de

Literatur

- Ärzttekammer Nordrhein (2010): Arztbrief: mehr als eine ungeliebte Pflicht. Rheinisches Ärzteblatt, Dezember 2010 <http://www.aekno.de/page.asp?pageId=8678&noredir=True>
- Ärztzeitung für Neurologen und Psychiater (2011): Verhaltensregeln: Überweisung von Patienten. August 2011, S. 3 (mn)
- Beauchamp, Tom L., James Childress (seit 1987): Principles of Biomedical Ethics“, Oxford University Press
- Bundesärztekammer (2006): (Muster-) Berufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>

- Bundesärztekammer* (2008): Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 19 (09.05.2008), S. A-1026 – A-1030
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlung_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf
- Bundesärztekammer* (2011): Anlage 1 zum Beschlussantrag III – 01 des Vorstands der Bundesärztekammer
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114DAETBeschlussAnlageIII-01.pdf>
- Frederichs, Jan* (2003): Gibt es Ausnahmen von der Schweigepflicht? Report Psychologie Heft 7/8
http://www.bdp-bw.de/backstage2/baw/documentpool/report_texte/2003_report_frederichs_schweigepflicht.pdf
- Hausner, Helmut, Göran Hajak, Hermann Spießl* (2008): Wer darf Einsicht nehmen? Eine Analyse unter dem Blickwinkel der neueren Rechtsprechung. Dtsch. Ärztebl. 2008; 105(1–2): A 27–29
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2006): Mitteilungen – zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
 Dtsch. Ärztebl. 2006; 103(46): A-3134
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2011): Patientenrechte. III: Patientenrechte in der Behandlung: Einsichtsrecht.
<http://www.kbv.de/patienteninformation/408.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2011): Einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM.
<http://www.kbv.de/ebm2011/EBMGesamt.htm>
- Mattejat, Fritz, Helmut Remschmidt* (1999): Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung. Testzentrale. Manual: Hogrefe, Göttingen
- Pieritz, Anja* (2005): GOÄ-Ratgeber: Abgrenzung 70 – 75 – 80. Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 26 (01.07.2005), Seite A-1909 / B-1613 / C-1517
- Raitzig, Marion* (2012): Sind Arztbriefe in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sinnvoll? Was wünschen sich die Kollegen? Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 22. Jahrgang, Heft 1/2012, S. 22-28
- Rixen, Stephan* (2005): Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht: Am Beispiel des Leistungserbringerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Mohr Siebeck, Tübingen 2005, ISBN 3-16-148573-4 (Jus publicum; Bd. 130. Zugl.: Köln, Univ., Habil.-Schr., 2004).
- Sozialgesetzbuch* (SGB), Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>
- Spitzzok von Brisinki, Ingo* (2006): Systemische Narrative, Qualitätsmanagement, Psychiatrie & Krankenkassen: Eine Reflexionsliste zur systemischen Berichterstattung. Kontext 3, 275 - 296
- Schweitzer, J.; Nicolai, E.; Hirschenberger, N.* (2005): Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen.
- Weichert, Thilo* (2012): Datenschutzrechte der Patienten. V: Recht auf Einsicht in Patientenakte. Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
<https://www.datenschutzzentrum.de/medizin/arztprax/dsrdpat2.htm> vom 27.5.2012