

## Weniger ist mehr – Kampf dem «copy paste» in Arztberichten

Bruno Kissling, Hausarzt und Co-Chefredaktor *PrimaryCare*

«Struktur, Prozess und Outcome» – diese Donabedian'sche Trias\* ist eine breit akzeptierte Grundlage des Qualitätsdiskurses im Bereich der Medizin. Kürzlich wurden in der *Schweizerischen Ärztezeitung* «Indikation und Diagnose» als weitere Schlüsseldimensionen der Qualität eingeführt. Es gibt aber noch eine zusätzliche Qualitätsdimension: die Datenqualität und -menge im Kontext der interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit bei der integrierten Behandlung von polymorbiden, chronisch kranken Patienten. Eine Arbeitsgruppe von Spital-, Spezial- und Hausärzten, Ärztinnen in Weiterbildung und eventuell weiteren Akteuren sollte eine Vorlage für einen neuen, kurzen Arztbericht mit zielgerichteten, sorgfältig ausgewählten, nötigen Daten entwerfen. Bei den immer komplexeren und immer weiter spezialisierten Abklärungs- und Behandlungsprozessen von polymorbiden, chronisch Kranken sind meistens viele Fachleute aus verschiedensten fachlichen Bereichen und Institutionen beteiligt: Hausärzte, Spezialisten in Privatpraxen oder Spitalambulatorien, Spitalabteilungen, Röntgeninstitute, Laborzentren, Pathologie-Institute etc. Meistens sind diese an unterschiedlichen Orten angesiedelt. Eine gut funktionierende interdisziplinäre Kooperation unter den Beteiligten ist für eine fehlerarme und erfolgreiche integrierte Versorgung der Kranken unabdingbar.

### Kommunikation – der Schlüssel zur interdisziplinären Kooperation

Die Kommunikation ist die Brücke über die vielen Schnittstellen der interdisziplinären Kooperation. Bekanntlich nehmen hier die meisten Fehler ihren Ursprung. Der Kommunikation gilt also ein ganz besonderes Augenmerk. Diese erfolgt manchmal mündlich oder telefonisch, wenn eine rasche gemeinsame Entscheidungsfindung erforderlich ist. In aller Regel wird aber ein schriftlicher Arzt- oder Austrittsbericht verfasst, der per Fax, Post und zunehmend per Mail übermittelt wird. Mit mehr oder weniger zeitlicher Latenz. Vor allem aber mit einer tendenziell wachsenden Datenmenge und da und dort mit umgekehrt proportionalem Tiefgang. Manchmal werden wir Hausärzte – «copy paste» macht's möglich – von einem veritablen Daten-Tsunami erschlagen. An dieser Stelle möchte ich die Mängel der heutigen Berichtskultur beleuchten und einen Anstoss zu einer neuen Datenübermittlung geben. Die künftigen Arztberichte sollen eine zielgerichtete und sichere interdisziplinäre Kommunikation ermöglichen, mit einer für Hausarzt und Patient situationsgerechten, angemessenen Datenmenge.

### Die Donabedian'sche Trias in der Kommunikation

«Nous rentrons pas trop grave» – dieses SMS schrieb die Ehefrau eines Patienten nach einer Notfalluntersuchung an ihren Sohn. Sie meinte: «Nous rentrons, pas trop grave.» Er las: «Nous (ne) rentrons pas, trop grave.» Ein Kommunikationsfehler, der grösste Besorgnis anstelle von Beruhigung auslöste [2]. Auch die Kommunikation kann aus Sicht der Donabedian'schen Trias betreffend Struktur, Prozess und Outcome betrachtet werden:

- Struktur: Die Botschaft ist inhaltlich korrekt, sprachlich und grammatikalisch richtig sowie verständlich.
- Prozess: Die nötige Information ist inhaltlich richtig, von angemessener Menge und auf den Informationsstand und Bedarf des Empfängers zugeschnitten. Sie erfolgt zum richtigen Zeitpunkt mit dem dafür geeigneten Medium – als Gespräch, Telefon, Brief, Fax, Mail.
- Outcome: Der Empfänger hat die Information korrekt und unmissverständlich verstanden. Mögliche Unklarheiten können geklärt werden.

### Heutige Arztberichte – grosse Datenmenge, kleiner Nutzen

Befassen wir uns nun mit der Datenqualität und -menge in den Spitalaustritts- und Spezialarztberichten. Fakt ist, dass die meisten Berichte grundsätzlich inhaltlich genau und korrekt sind. Fakt ist aber auch, dass die übermittelte Datenmenge in den meisten Fällen inadäquat zu gross ist.

Denken wir zur Einstimmung kurz an einen jener Patienten, die uns – in ihrer Not – mit ihrem unbrennbaren, frei assoziierenden Redefluss überfluten. Für uns Ärzte bedeutet es eine grosse Herausforderung, dem Patienten genau zuzuhören, konzentriert zu bleiben, sorgfältig steuernd einzuwirken, die ausgebreitete Geschichte und ihre Bedeutung in allen Dimensionen zu verstehen, nichts zu überhören, das Gehörte zusammenzufassen und schliesslich das für Arzt und Patient Wichtige gemeinsam herauszudestillieren. Viel Erfahrung sowie die Anwendung interaktiver Kommunikationstechniken sind dafür unentbehrlich.

Wenn ich am Ende eines langen Sprechstundentags die eingegangene Briefpost zur Hand nehme, begegne ich

\* Avedis Donabedian (1919–2000), amerikanischer Arzt und Wissenschaftler, Vordenker und Pionier im Qualitätsdiskurs des Gesundheitswesens.



Bruno Kissling

zunehmend genau solchen «schwatzhaften» Spezial- und Spitalarztberichten mit erschlagenden Datenmengen. Dicke Briefe mit zahllosen Seiten, unlesbar wie die Gebrauchsanweisung meiner neuen Kamera. Der Lustpegel sinkt schlagartig ab. Mein während 30 Jahren geübtes Auge schaltet auf «Autopilot» und überfliegt den Text routiniert, in Windeseile – diagonal. Mein Kugelschreiber hebt da und dort etwas Wichtiges hervor. In meine Krankengeschichte übertrage ich mit dichten Worten das aus der Lektüre erfasste Destillat der wichtigsten medizinischen Diagnosen, Befunde und Medikamente. Auf einen Post-it-Zettel schreibe ich, was keinesfalls vergessen gehen darf, und klebe diesen Laufzettel in die Krankengeschichte.

Die praxisbezogene Ernte aus der Lektüre der datenüberfluteten Arztberichte ist oft dürftig. Es kann durchaus der Eindruck entstehen, dass der Schreiber des Berichts den Patienten nie selbst gesehen hat; dass der junge Assistent in Weiterbildung, der Hauptautor des Briefs, von den mitunterzeichnenden Vorgesetzten nicht die Anleitung und Unterstützung erhalten hat, die ihm zustünde; dass einfach die elektronischen Verlaufseinträge in den Austrittsbericht hineinkopiert wurden; dass der Berichtsinhalt mehr der heute an Fetischismus grenzenden Qualitätsabsicherung dienen muss als einer qualitativ hochstehenden, zielführenden Kommunikation. Trotz grosser Datenmenge: In der Diagnosenliste kann der aktuelle Hospitalisationsgrund oder die aktuell durchgeführte Operation fehlen oder als «Status nach» erwähnt sein. Die Indikation und Bedeutung von Zusatzuntersuchungen können wortreich unbeschrieben bleiben. Die Begründung wesentlicher Therapieentscheide kann vergessen bleiben oder ist in der Datenflut untergegangen. Vorschläge zum Prozedere sind nicht selten in der Bleiwüste des Fliesstexts versteckt. Die oft lange Medikamentenliste ist nicht zwingend identisch mit dem Dosierblatt des Patienten. Mit «copy paste» werden wahllos und unverarbeitet alle im Spital getätigten technischen Zusatzuntersuchungen und Laborblätter – sicherheitshalber – angehängt. Am Ende bleibt das ungute Gefühl, in dieser Datenflut etwas Wichtiges übersehen zu haben.

In spezialärztlichen Verlaufsberichten sind meistens nur einige wenige Worte neu. Der Bericht bleibt unverändert dick, da er alle früheren Informationen erneut enthält. Im besten Fall sind die Veränderungen speziell hervorgehoben.

Je nach abendlicher Restentscheidungskraft lege ich die datenüberfüllten Berichte in meine Papierkrankengeschichte ab. Oder ich schreddere sofort jene zahllosen Seiten, die für mich nutzlose Zahlenreihen enthalten, damit die Schubladen meiner Kartei nicht noch voller werden. Einen Datenverlust muss ich nicht befürchten, denn dieselben Daten werden auch in den Archiven des Absenders und der weiteren Berichtskopieempfänger eingelagert.

Meine Kollegen, die mit elektronischen Krankengeschichten arbeiten, dürften es nicht wirklich besser haben. Sie können das Wesentliche nicht leichter herauslesen. Und

auch sie stehen letztlich vor der Entscheidung der Daten-selektion: was einscannen und was nicht? Sie haben einzig den Vorteil, dass die Datenmenge ihre Kartei nicht physisch zum Platzen bringt, sondern elegant zwischen den Bites der Computerfestplatte verschwindet.

## Ein neuer Arztbericht ist gefordert

Das Anliegen der Hausärztinnen und Hausärzte ist klar: ein neuer, kurzer Arztbericht mit zielgerichteten, sorgfältig ausgewählten, nötigen Daten. Die Auslegeordnung der Mängel ist gleichzeitig Programm für die nötigen Verbesserungen in künftigen Arztberichten. Es ist an der Zeit, dass Hausärzte, Spezialisten, Spitalärzte, Ärztinnen in Weiterbildung und eventuell weitere Akteure gemeinsam

- die Struktur der Arztberichte neu überdenken,
- den Informationsbedarf arzt- und patientenorientiert reflektieren,
- die erhobenen Untersuchungsdaten selektionieren, sorgfältig verarbeiten und integrieren,
- alles mit einer möglichst kleinen und überschaubaren Datenmenge und zeitgerecht übermitteln.

Dies benötigt Zeit, Wissen, Engagement sowie eine geeignete Finanzierung.

Es gibt bereits gute Ansätze dafür. Die Onkologen beispielsweise erstellen Diagnosenlisten und subsumieren unter jeder Diagnose stichwortartig den Verlauf und die unterschiedlichen Behandlungsepisoden. Der aktuelle Zustand des Patienten wird dabei speziell hervorgehoben. Dieser Ansatz wird zunehmend von internistischen Spitalabteilungen übernommen. Allerdings mit einer – wegen DRG? – zunehmend langen Diagnosenliste, die sich manchmal über beinahe zwei Seiten hinzieht.

Schenken wir der Datenqualität und Datenmenge in den Arztberichten, diesen wichtigen Kommunikationsinstrumenten an den interdisziplinären Schnittstellen, die nötige Sorgfalt und Aufmerksamkeit. Unsere Kunst – in Anamnese und Abklärung ja täglich geübt – muss sich auch in den Arztberichten niederschlagen: priorisieren, priorisieren und noch einmal priorisieren. Zum Wohl der Patientinnen und Patienten sowie von uns Ärztinnen und Ärzten.

---

### Danksagung

Ich danke folgenden Kollegen für ihre aufmerksame Gegenlektüre und wertvollen Ergänzungen: Stefan Neuner, Natalie Marty, Gerhard Schilling und Peter Tschudi.

---

### Korrespondenz:

Dr. med. Bruno Kissling  
Elfenauweg 6  
CH-3006 Bern  
[bruno.kissling\[at\]hin.ch](mailto:bruno.kissling[at]hin.ch)

---

### Literatur

- 1 Kraft E, Hersperger M, Herren D: Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität. SAEZ. 2012;93:41.
- 2 Kissling B: Nous rentrons pas trop grave. PrimaryCare. 2009;9(2):46.