

Was lesen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte?

Austrittsberichte

Dr. med. Géraldine Paratte^{a,b}, Prof. Dr. med. Nicolas Demartines^b, Prof. Dr. med. Markus Schäfer^b, Prof. Dr. med. Dieter Hahnloser^b

^a Service des Soins Intensifs, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève

^b Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Im informellen Gespräch wird oftmals eingeräumt, dass die Spitalärztinnen und -ärzte (in Ausbildung) den Austrittsbericht als administrative Bürde und Ursache zahlreicher Überstunden – sowohl in medizinischer als auch administrativer Hinsicht – empfinden. Den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erscheint der Austrittsbericht wie ein Sammelsurium an Informationen, die selten zweckdienlich sind. Wie viel ist wahr von diesen häufig aufgeworfenen und diskutierten Vorurteilen?

Einleitung

Seit Jahrzehnten ist der Austrittsbericht (AB) ein Schlüsseldokument des Patientendossiers. Er enthält alle Informationen, die für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte relevant sind, und gewährleistet die Kontinuität und Qualität der Versorgung sowie den sorgsam Einsatz der Ressourcen [1, 2].

Im Nachbarland Frankreich sind Format und Inhalt landesweit einheitlich geregelt [3, 4]: Der Inhalt muss kurz sein (höchstens zwei Seiten) und den Grund der Konsultation, die Hauptdiagnose und die Folgemaßnahmen umfassen. Der Zeitraum zwischen der Entlassung des Patienten und der Übermittlung des AB an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte darf höchstens acht Tage betragen, doch nur ein Drittel der AB wird tatsächlich in dieser Zeitspanne versandt [1]. Studien zufolge wird der AB nach Ablauf von 30 Tagen nutzlos [5, 6]. Auch wenn er einige Tage nach dem Austritt verfasst wird, nimmt die Zweckdienlichkeit des Berichts rasch ab, da bestimmte Informationen verloren gehen. In diesen Zeitraum fallen allerdings zwei Drittel der Erstkonsultationen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten [7–9]. Von diesen sind 41% der Ansicht, dass dies bei mindestens einem ihrer Patientinnen und Patienten ein unerwünschtes Ereignis verursachte [10].

Der Austrittsbericht – ein Abrechnungsinstrument?

In der Schweiz folgt jede Einrichtung ihren eigenen Regeln und Leitlinien. Ursprünglich war der AB ein

medizinisches Überweisungsdokument, das dazu diente, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die zur guten Patientenversorgung nötigen Informationen weiterzugeben. Nunmehr ist er ein Instrument zur Abrechnung der mit der stationären Behandlung verbundenen Kosten, aufgeschlüsselt nach Krankheit, geworden. Gemeinsame Grundlage sind die ehemaligen APDRG («All Patients Diagnosis Related Groups», Vergütung von Spitalleistungen über Tagespauschalen), die am 1. Januar 2012 von den Swiss DRG («Diagnosis Related Groups», Vergütung nach Diagnose) abgelöst wurden [11]. Auf ihnen beruht die Abrechnung, ein entscheidender Faktor der Finanzierung der öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen. Mithilfe des AB können zudem medizinische Statistikdaten zu Forschungszwecken erhoben werden. Für die Assistenzärztinnen und -ärzte in Ausbildung erfüllen die Berichte überdies einen didaktischen Zweck, da sie ihnen die Gelegenheit bieten, bisweilen komplexe Fälle zu strukturieren und zusammenzufassen.

Am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) umfasst der AB 14 offizielle, vom CHUV festgelegte Punkte (Abb. 1) und sollte die Übermittlungsfrist von acht Tagen nicht übersteigen.

Aufgrund der raschen Entwicklung in der Medizin und der Digitalisierung haben AB je nach Abteilungen und individuellen Bedürfnissen sehr unterschiedliche Formen angenommen. Die Qualität ist darum sehr verschieden, oftmals aber suboptimal, und das Erstellen der AB zeitaufwendig, sowohl in medizinischer als auch in administrativer Hinsicht [1–7]. Um diese Beobachtungen zu bestätigen und die Meinung von



Géraldine Paratte

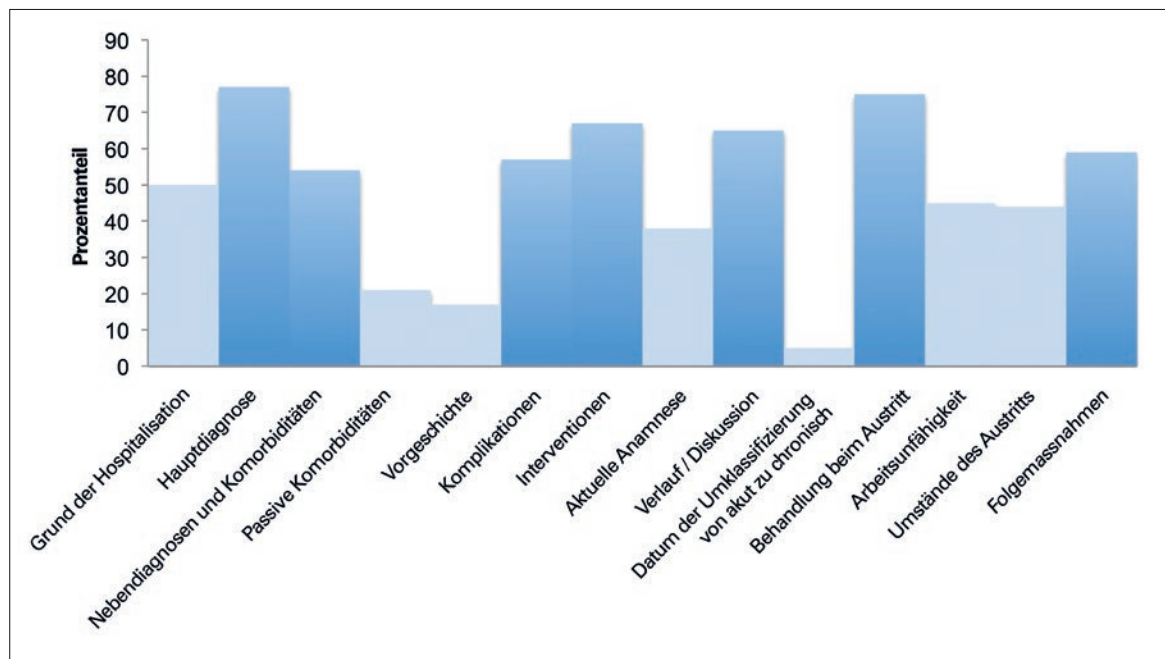


Abbildung 1: Relevanz der 14 Punkte des offiziellen Austrittsberichts für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (in Prozent).

952 im Kanton Waadt niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einzuholen, haben wir einen Fragebogen ausgearbeitet.

Unsere Untersuchung

Nach Durchsicht aktueller Fachartikel und interner Befragung des Ärzteteams haben wir einen in drei Abschnitte unterteilten Fragebogen ausgearbeitet. Die Abschnitte betreffen die demografischen Daten und die Merkmale der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Art ihrer Kommunikation (Instrumente und Wege der Informationsübertragung) und den Inhalt der Kommunikation (Art der übermittelten Information; Berücksichtigung der 14 Punkte des offiziellen Dokuments, Abb. 1).

Der Fragebogen wurde 952 behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Kanton Waadt, die in direktem Kontakt mit der Klinik für Viszeralchirurgie standen, übermittelt. Der Versand erfolgte postalisch oder per E-Mail, die Rücksendung war auf dem Postweg, per E-Mail oder per Fax möglich. Es erfolgten weder Erinnerungsschreiben noch wurde eine Frist für die Rücksendung gesetzt. Es gab keine finanzielle Entschädigung für das Ausfüllen des Fragebogens und die mit der Beschaffung der Adressen und dem Versand verbundenen Kosten wurden vollständig von der Klinik für Viszeralchirurgie des CHUV getragen.

Die Fragebögen wurden gesammelt und mithilfe von Standardmethoden und Testverfahren der deskriptiven Statistik ausgewertet.

Ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte beantwortete den Fragebogen, 80 % davon waren Allgemeininternistinnen und -internisten. Die übrigen stammten aus den Fachgebieten Chirurgie, Endokrinologie, Gastroenterologie und Onkologie.

Aus den Angaben über die wöchentliche Bearbeitung der Austrittsberichte geht hervor, dass die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte das elektronische Patientendossier verwendet und sie in über 50% der Fälle weniger als zehn Berichte pro Woche erhalten. Die Berichte werden in zwei von drei Fällen vollständig gelesen. Hinsichtlich der 14 Punkte des CHUV-AB (Abb. 1) geben die Ärztinnen und Ärzte an, in über 50% der Fälle nur sieben davon zu lesen. Bei genauerer Analyse stellt man fest, dass die zu Beginn des Aufenthalts wichtigen Aspekte (Grund der Konsultation, aktuelle Anamnese) beim Austritt oftmals obsolet sind: Sie fliessen in die Hauptdiagnose ein, die für sich selbst spricht. Die Angaben über die passiven Komorbiditäten und die Vorgeschichte stammen häufig aus einem Fax oder E-Mail der Ärztin respektive des Arztes selbst und sind darum nicht relevant, ausser im Hinblick auf die Genauigkeit der elektronischen Dossiers der Spitäler. Dass ein stationärer Aufenthalt beim Übergang von der Akut- zur chronischen Phase neu klassifiziert wird, ist für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ebenfalls von geringem Interesse, da diese Information lediglich finanzieller Natur ist. Die Fallzusammenfassung (Verlauf, Diskussion) bleibt weiterhin wichtig, wurde aber für die bisweilen schlechte Qualität stark kritisiert. Um ihre Unzufriedenheit mit der Qualität

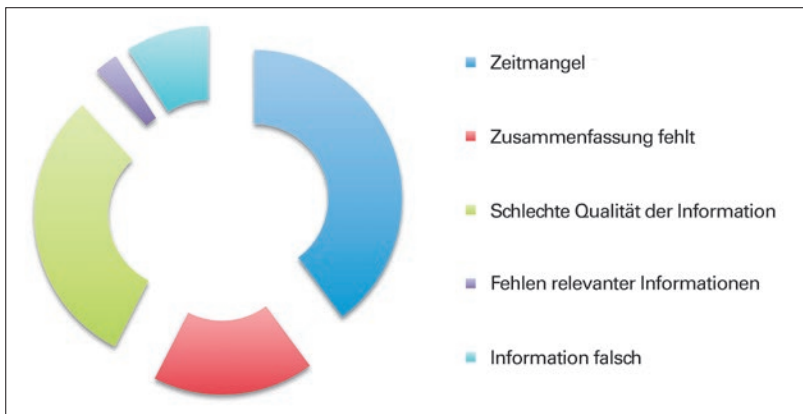


Abbildung 2: Gründe, warum der Abschnitt Verlauf/Diskussion nicht vollständig gelesen wird.

mancher Fallzusammenfassung auszudrücken, fügten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte am Rande des Fragebogens zahlreiche Kommentare hinzu, deren wichtigste Punkte in Abbildung 2 dargestellt sind. Daraus geht hervor, dass die Fallzusammenfassung in einem von drei Fällen aus Zeitmangel nur teilweise gelesen wird. In den übrigen zwei Dritteln der Fälle ist die schlechte Qualität des Austrittsberichts Grund für die unvollständige Lektüre.

Korrespondenz:
Dr. med. Géraldine Paratte
Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois
Rue du Bugnon 21
CH-1011 Lausanne
geraldine.paratte[at]blue-
win.ch

Perspektiven

Der kurze Fragebogen verdeutlicht die grosse Diskrepanz zwischen den internen Vorschriften des CHUV und den Bedürfnissen der niedergelassenen Ärztinnen

Das Wichtigste für die Praxis

- Der Austrittsbericht (AB) sollte nicht ein reines Abrechnungsinstrument sein, sondern gänzlich neu gestaltet werden. Die administrativen Vorgaben (etwa die SwissDRG) sollten nicht länger als Grundlage für die Ausstellung des AB dienen.
- Die Zeitspanne bis zum Erhalt des AB ist besonders wichtig, nicht nur aus finanziellen Gründen, sondern vor allem aufgrund der Patientensicherheit.
- Durch die Verbesserung der Patientensicherheit in der Übergangsphase nach der Entlassung könnten unerwünschte Ereignisse (vor allem medikamentös bedingte: nicht kommunizierte Umstellung der Behandlung) vermieden und so erhebliche Einsparungen erzielt werden.
- Gemäss dem Motto «Weniger ist mehr» sollte der Umfang der im AB übermittelten Informationen verringert und seine Qualität sowie Relevanz für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden.
- Die Qualität der Fallzusammenfassung ist von zentraler Bedeutung, allerdings wird unterschätzt, wie komplex es ist, eine solche zu erstellen. Dies zu erlernen, sollte ein spezifischer Teil der Ausbildung sein, ebenso wie das Lesen von Fachartikeln oder die Anwendung von medizinischen Instrumenten.

und Ärzte. Diese Lücke in der Versorgungskette gefährdet die Sicherheit und die weitere Entwicklung der Patienten. In der Übergangsphase nach der Entlassung treten bei 20% der Patientinnen und Patienten unerwünschte Ereignisse auf, von denen zwei Drittel auf Arzneimittelwirkungen zurückzuführen sind, die oftmals vermeidbar wären [12]. Es besteht also die dringende Notwendigkeit, die Struktur, den Inhalt und die Übermittlungsfrist der AB zu optimieren.

Angesichts des ständig zunehmenden administrativen Aufwands und der geringen Relevanz des AB in seiner aktuellen Form erscheint es angebracht, die derzeit 14 Punkte auf jene sieben zu reduzieren, die in über 50% der Fälle von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gelesen werden: Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Komorbiditäten, Interventionen, Komplikationen, Verlauf und Diskussion, Behandlung beim Austritt und Folgemassnahmen. Das allfällige Ausstellen von Austrittsmeldungen erhöht lediglich den Arbeitsaufwand und bietet nur scheinbare Sicherheit, da sie provisorische, potenziell unzutreffende Angaben enthalten können. Diese Lösung ist nicht anzustreben. Wenn der endgültige Austrittsbericht den Bedürfnissen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte besser entspreche und am Tag der Entlassung zur Verfügung stünde, wäre es nicht mehr nötig, eine Austrittsmeldung auszustellen. Es geht nicht nur darum, Effektivität und Effizienz zu verbinden. Im Hinblick auf die Fallzusammenfassung sollten Kurse, die sich konkret mit dem Verfassen einer hochwertigen Zusammenfassung beschäftigen, zu einer Priorität der ärztlichen Ausbildung und zum festen Bestandteil der Weiterbildung werden. So könnte man nicht nur die Qualität des Berichts verbessern, sondern auch die Ausstellungsdauer verkürzen. Die Begrenzung der ärztlichen Wochenarbeitszeit während der Ausbildung und die möglichen negativen Folgen von zu spät erhaltenen AB sollten gewichtige Argumente dafür sein, die Ausstellung von AB in den Spitälern zügig und gründlich zu überarbeiten.

Auf die Gesundheitskosten würde es sich positiv auswirken, wenn die Zeitspanne bis zum Erhalt des AB verkürzt, allfällige unerwünschte Ereignisse verhindert und durch das Verfassen der AB verursachte Überstunden verringert würden. In Zeiten steigenden finanziellen Druckes sollten diese Punkte berücksichtigt werden.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2020.08473>.