

ZFA



Kommunikationsprobleme

Kritik des Allgemeinarztes
am Arztbrief, J. M. Schmidt 2003

Das Leistungsspektrum des
Allgemeinarztes in der Großstadt,
der Mittelstadt und auf dem
Lande, K. H. Eisenmann 2011

Alkoholismus. Epidemiologische
Untersuchung einiger Aspekte.
Eine Pilotstudie, H. Brammer
und W. Fritz 2017

Fragen aus dem Leserkreis
Mikro-Hämatokrit-Zentri-
fuge – Erythrozytenzählung 2023
Akute Blutung und Hämato-
kritwert – Achselschweiß 2024

Serie Sexualmedizin (31)
Kontrazeptionsmethoden
und sexuelles Empfinden (1) 2029

Patient der Praxis –
Patient der Klinik 2032

Therapeutische Erfahrungen
Elugan 2036

Internationale Allgemeinmedizin
und Hochschule (nach S. 2040)

ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Hippokrates Verlag Stuttgart

20. Dezember 1979 · 55. Jahrgang, Heft **35/36**

Zugleich Organ der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e.V. (Association of Teachers in General Medicine) »Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule« herausgegeben von S. Häussler

Schriftleitung: P. Doenecke / Homburg (Saar) · W. Mahringer / Esslingen · H. Pillau / München · H. Schneider / Waiblingen · G. Volkert / Traunstein · R. Walder / Winnenden · K. Weidner / Ebenhausen bei München

ZFA

Aus Praxis und Forschung

Josef M. Schmidt

Kritik des Allgemeinarztes am Arztbrief

Zusammenfassung: Der Autor geht der Frage nach, wie es dazu kommt, daß eine große Zahl von Allgemeinärzten Kritik am Arztbrief übt und sich darin von ihren Kollegen in der Klinik verletzt oder überheblich behandelt fühlt. Dazu wurden 1251 Arztbriefe, die ein Münchner Allgemeinarzt in fünf Jahren von Klinikärzten zugeschickt bekam, ausgewertet. Die Berichte bezogen sich etwa zur

Hälfte auf stationäre (648) und ambulante (603) Untersuchungen bzw. Behandlungen. Insgesamt fanden sich in 256 Arztbriefen (etwa 20%) Stellen, die ein Allgemeinarzt beanstanden könnte – bei den Berichten über stationäre Untersuchungen bzw. Behandlung 15%, bei den ambulanten 26%. Der Grund der Beanstandungen waren meist Banalitäten im Arztbrief oder Verstöße gegen die Be-

rufsordnung in der Weise, daß vom Allgemeinarzt an die Klinik überwiesene Patienten von den Klinikärzten unnötig lange ambulant wiedereinbestellt wurden.

Banalitäten fanden sich in fast 5% aller untersuchten Arztbriefe, nicht korrekte Wiedereinbestellungen in etwas über 10%, ebenfalls nicht ganz korrekte, doch weniger gravierende Wiedereinbestellungen in etwas über 5%.

Berufsordnung für die deutschen Ärzte

Nach den Beschlüssen des 79. Deutschen Ärztetages in der Zeit vom 10. bis zum 15. Mai 1976 in Düsseldorf

§ 3: Zusammenarbeit der Ärzte

1. Der Arzt ist zu kollegialer Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten behandeln.

2. Der Arzt ist verpflichtet, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder den Patienten an einen anderen Arzt zu überweisen, wenn dies nach seiner ärztlichen Erkenntnis angezeigt erscheint.

Den Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

3. Überweist der Arzt den Patienten an einen anderen Arzt, so hat er ihm die erhobenen Befunde zu übermitteln und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, es sei denn, daß der Patient etwas anderes bestimmt. Dies gilt insbesondere auch bei der Krankenhauseinweisung und Krankenhäusentlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

§ 15: Kollegiales Verhalten

1. Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Herabsetzende Äußerungen über die Behandlungsweise und das berufliche Wis-

sen eines anderen Arztes sind berufsunwürdig. Ebenso ist es berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber durch unlautere Handlungsweise zu verdrängen.

2. Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.

3. In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenanstalten.

4. Nachuntersuchungen arbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem anderen Arzt hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. Die Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Sozialversicherung oder amtsärztliche Aufgaben werden hiervon nicht berührt.

§ 16: Behandlung von Patienten anderer Ärzte

1. In seiner Sprechstunde darf der Arzt jeden Patienten behandeln. Wird der Arzt von einem Patienten in Anspruch genommen, der bereits

in Behandlung eines anderen Arztes steht, so hat er darauf hinzuwirken, daß der von ihm zugezogene Arzt durch den Patienten oder dessen Angehörige verständigt wird.

2. Wird ein Arzt in einem Notfall zu einem Patienten gerufen, der bereits in Behandlung eines anderen, nicht erreichbaren Arztes steht, so hat er nach der Notfallbehandlung diesen baldmöglichst zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überlassen.

3. Nach Entlassung aus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand. Wiederbestellung zur ambulanten Behandlung oder Überwachung ist nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes gestattet.

4. Der Arzt darf den von einem anderen Arzt erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

5. Der Arzt soll Patienten, die ihm von einem anderen Arzt überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist.

6. Bei Konsilien sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Patienten oder seiner Angehörigen abhalten. Sie sollen sich darüber einigen, wer das Ergebnis des Konsiliums mitteilt.

Einleitung

In einer Zeit, in der sich die Medizin in immer engere Spezialgebiete aufteilt, gewinnen alle Mittel an Bedeutung, die dazu beitragen, ein Konsilium zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen zuwege zu bringen. Dazu gehört unter anderem der Arztbrief, der in letzter Zeit immer häufiger Gegenstand der Kritik vonseiten der

Ärzteschaft wurde. Während die Klinikärzte und Fachärzte vor allem die mangelnde Information durch den überweisenden Allgemeinarzt bemängeln, beklagen diese zum Beispiel das verspätete Eintreffen der Entlassungsberichte und das unkollegiale Verhalten ihrer Kollegen.

Wir haben uns in dieser Arbeit

»Zusammenarbeit der Ärzte« – in der Berufsordnung geregelt

darauf beschränkt, das angeblich unkollegiale, überhebliche Verhalten der Kliniker den Allgemeinärzten gegenüber zu untersuchen. Dabei achteten wir insbesondere auf Verstöße gegen die Berufs-

ordnung, in der in den §§ 3 und 15 an die »Zusammenarbeit der Ärzte« bzw. an das »kollegiale Verhalten« der Ärzte appelliert und im § 16 die »Behandlung von Patienten anderer Ärzte« geregelt wird.

Neumann-Mangoldt (3) berichtete 1970 über Untersuchungen von *Hadfield* aus England, wonach sich jeder fünfte Praktiker durch das verspätete Eintreffen der Entlassungsbriefe und bemängelnde und taktlose Bemerkungen von seiten der Kliniker verletzt fühlte. Aus Frankreich lagen ähnliche Berichte vor (*P. Fréur, M. Serise, P. Coudrau* und *E. Bodeau*). 1976 kam *Krusche* (2) aufgrund einer Umfrage unter Münchner Allgemeinärzten und Internisten zu folgendem Ergebnis: »Ein Viertel der niedergelassenen Ärzte fühlt sich also durch die Berichte der Kliniker herablassend, jedenfalls nicht kollegial behandelt« und »15% der niedergelassenen Ärzte geben negative Erfahrungen hinsichtlich der Kooperationswilligkeit des Kollegen in der Klinik an«.

Unser Anliegen war es, das Zustandekommen bzw. die Berechtigung dieser teilweise sehr schlechten Meinung der Allgemeinärzte von den Klinikern zu untersuchen. Dazu werteten wir die Arztbriefe aus, die ein Münchner Allgemeinarzt im Laufe von fünf Jahren (1972–1977) von Klinikärzten erhalten hatte. Wir beschränkten uns dabei auf die Briefe und ausgefüllten Vordrucke, die ausschließlich für diesen Arzt ver-

Berufsordnung

Bei der Berufsausübung unterliegt jeder Arzt besonderen Berufspflichten, die in der Berufsordnung festgelegt sind. Verstößt der Arzt gegen seine Berufspflichten, kann er deswegen berufsrechtlich, in schweren Fällen berufsgerichtlich zur Rechenschaft gezogen werden. Die einzelnen Maßnahmen sind entweder feststellender Art (Mahnung, Warnung, Verweis), können aber auch in der Festsetzung einer Geldbuße oder der Aberkennung von Berufsrechten bestehen.

Die berufsrechtlichen Maßnahmen werden von der Berufsvertretung verhängt, die ihre Befugnisse regional gegliedert wahrnimmt. In der Regel besteht für das Gebiet eines Landes eine Kammer mit Körperschaftscharakter und örtlichen Untergliederungen (Bezirksverbände, Kreisverbände).

Berufsgerichtliche Maßnahmen werden von besonderen, bei der

ordentlichen Gerichtsbarkeit errichteten Berufsgerichten in einem eigens landesgesetzlich geregelten Gerichtsverfahren verhängt. Auf Landesebene besteht als Berufungsinstanz ein Landesberufungsgericht. Berufsgerichte und Landesberufungsgericht verhandeln und entscheiden in der Besetzung mit einem oder mehreren Berufsrichtern und mehreren Ärzten als ehrenamtlichen Richtern.

Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens kann in der Regel die Berufsvertretung und jedes Mitglied der Berufsvertretung, dieses aber nur mit dem Ziel eines Verfahrens gegen sich selbst, stellen.

Nach: G. Scholz: »Das öffentliche Gesundheitswesen« in: Praxis der Gemeindeverwaltung, Kommunal- und Schul-Verlag KG A. Heinig, Wiesbaden 1976.

faßt waren und somit einen persönlichen Dialog zwischen den Ärzten darstellten. Operationsberichte, Befunde von Pathologischen Instituten, Versicherungsgutachten, Kurberichte, Durchgangsarztberichte, Nachschauberichte, Berichte über den Tod eines Patienten, Verlegungsberichte sind ihrem Wesen nach eher Monologe, die keine Empfehlungen an einen bestimmten Arzt

enthalten. Dadurch, daß hier allen Kollegen, die mit dem Patienten in irgendeiner Form zu tun haben, berichtet wird, sind diese Berichte für die Beurteilung des Verhältnisses zwischen Allgemeinarzt und Klinikarzt belanglos.

Wir fanden 1251 solche persönlichen Arztbriefe und suchten aus ihnen die Stellen heraus, die aus der Sicht des Allgemeinarztes beanstandet werden könnten.

Ergebnisse

Die Mehrzahl der 1251 untersuchten Berichte waren nicht zu beanstanden (995). Es wurde über

Diagnosen und Befunde korrekt berichtet und über das weitere Vorgehen wurde dem Allge-

meinarzt lediglich ein fachärztlicher Rat gegeben oder die Weiterbehandlung ganz ihm überlassen.

In 256 Briefen (20,5%) fanden wir jedoch Stellen, die ein Allgemein- arzt, der einen solchen Brief bekommt, durchaus beanstanden könnte.

Unterschätzt der Kliniker den Allgemein- arzt?

Es handelte sich hierbei zum einen um eine zu ausführliche Dar- legung von Banalitäten von seiten der Kliniker im Sinne einer demon- strativen Unterschätzung der Fähigkeiten des Allgemein- arztes. So wurde er zum Beispiel belehrt, daß er bei einem Hypertoniker »den Blutdruck kontrollieren«

sollte, daß man ein geprelltes Ge- lenk am besten »einige Tage schon- t«, oder daß man nach einer Hernien- Operation »körperliche Schonung« rät! Zum anderen handelte es sich bei unseren Be- anstandungen um Dokumentatio- nen unkollegialen Verhaltens bzw. von klaren Verstößen gegen die Berufsordnung in der Weise, daß die Kliniker vom Hausarzt über- wiesene Patienten immer wieder einbestellten, ohne sich der Zu- stimmung des Hausarztes zu ver- gewissern (wozu sie nach § 16 verpflichtet sind).

Im einzelnen ergab sich die in *Tabelle I* wiedergegebene Aufglie- derung.

22% der beanstandeten Briefe oder Vordrucke enthielten so ba- nale Empfehlungen oder Hinwei- se an den weiterbehandelnden Arzt, daß sich ein Allgemein- arzt durch eine so offenkundige Ge- ringschätzung seiner fachlichen Qualitäten durchaus überheblich behandelt fühlen kann.

Etwas weniger häufig waren die Wiedervorladungen eines Pa- tienten zu allgemeinärztlichen Kontrollen, die ambulant durch- geführt werden, doch eigentlich Sache des Hausarztes wären, zum Beispiel Kontrolle bestimmter La- borwerte, zum Verbandwechsel oder zum Fädenziehen (knapp 20% der Beanstandungen).

In knapp 19% unserer Bean- standungen fanden wir Wieder- vorladungen eines Patienten zur ambulanten fachärztlichen Kon- trolle des Allgemeinbefundes und des Heilungsverlaufs, die auch von einem niedergelassenen Facharzt durchgeführt werden könnte.

Weitere 12% betrafen Wieder- einbestellungen eines Patienten zu ambulanten Kontrollunters- suchungen wie zum Beispiel Gastro- skopie, Koloskopie, Röntgenkon- trollen oder Behandlungen, zu de- nen zwar eine spezielle Ausrü- stung und Ausbildung erforder- lich ist, die aber ebenfalls bei ei- nem niedergelassenen Facharzt durchgeführt werden könnten.

Zusammen ergeben diese Fälle 72% aller beanstandeten und 15% aller überhaupt untersuchten Arztbriefe.

Ebenfalls nicht ganz korrekt, wenn auch weniger gravierend, sind die Fälle, in denen ein Patient ohne vorausgehende Rückspra- che mit dem behandelnden Haus- arzt zu einer Kontrollunters- suchung oder Behandlung wieder- einbestellt wurde, falls diese nur stationär möglich ist, wie zum Bei- spiel Punktionen oder Operationen

Tabelle I: Aufgliederung der beanstandeten Arztbriefe

	<i>absolute Zahl</i>	<i>Relativ- prozent</i>	<i>Prozentsatz der untersuchten Briefe</i>
<i>Gesamtzahl</i>	256	100,0	20,5
<i>davon</i>			
<i>Banalitäten</i>	57	22,3	4,6
<i>Wiedervorladungen zu einer amb. allgemeinärztlichen Kontrolle des Befunds</i>	50	19,5	4,0
<i>Wiedervorladungen zu einer amb. fachärztlichen Kontrolle des Befunds</i>	48	18,8	3,8
<i>Wiedereinbestellungen zu amb. fachärztlichen Kontrollunter- suchungen oder Behandlungen</i>	31	11,7	2,5
<i>Wiedereinbestellungen zu stat. fachärztlichen Kontrollunter- suchungen oder Behandlungen</i>	16	6,3	1,3
<i>Wiedereinbestellungen zur weiteren Diagnostik</i>	25	10,2	2,0
<i>Bei Vereinbarungen mit dem Patien- ten »Ihr Einverständnis vorausgesetzt«</i>	14	5,5	1,1
<i>Dem Patienten Wieder- vorstellungen empfohlen, angeraten, ihn darum gebeten</i>	13	4,3	1,0
<i>Sonstiges</i>	8	3,1	0,6

(6% der Beanstandungen) oder wenn noch eine Untersuchung zu einer genauen Differentialdiagnose nötig ist (10% der Beanstandungen).

In den restlichen 10% der Fälle, die wir als am wenigsten gravierend ansahen, wurde entweder für bereits getroffene Vereinbarungen mit dem Patienten nachträglich pro forma das Einverständnis des Hausarztes vorausgesetzt (5,5%), oder es wurde zwar der Patient gebeten bzw. ihm angeraten, sich wieder vorzustellen, nicht aber der behandelnde

Arzt, ihn wieder zu überweisen (etwa 4%). – Von den 1251 ausgewerteten Arztbriefen stammten 648 von einer Station und 603 aus der Ambulanz eines Krankenhauses. Die Berichte über eine stationäre Untersuchung bzw. Behandlung waren nur in 15% der Fälle zu beanstanden, und zwar sowohl die ausführlichen Briefe als auch die ausgefüllten Vordrucke. Die Berichte über die ambulante Versorgung wurden dagegen zu 26% beanstandet – wiederum ausführliche Briefe etwa genauso häufig wie die Vordrucke. Bei der weite-

ren Aufgliederung der beanstandeten Arztbriefe wurde unter anderem deutlich, daß die Stellen, die wir als am wenigsten gravierend beurteilten, fast ausschließlich in den ausführlichen Briefen zu finden sind (12/13 bzw. 11/14), und zwar am häufigsten in denen über stationäre Behandlung. Dagegen machen die Banalitäten bei den ausführlichen Arztbriefen nur eine sehr geringe Zahl aus; am häufigsten sind diese in den Vordrucke zu finden, besonders in denen über eine ambulante Behandlung.

Diskussion

Wir beschränkten uns auf die Beurteilung der Arztbriefe, die ein bestimmter Allgemeinarzt von seinen Kollegen in der Klinik erhalten hat. Da sich der betreffende Arzt in der beschriebenen Zeit weder durch die Größe oder Lage seiner Praxis noch durch die Zahl seiner Patienten oder ähnlichem vom Durchschnitt seiner praktizierenden Kollegen unterschied, sind unsere Ergebnisse bedingt auch auf andere Allgemeinpraxen übertragbar.

Jeder fünfte Arztbrief ist zu beanstanden . . .

Der Arzt, dessen Ablage wir untersuchten, bekam in fünf Jahren 1251 Arztbriefe zugesandt; das entspricht etwa einem Brief pro Werktag. Anhand dieser Häufigkeit läßt sich die Wichtigkeit eines korrekten und kollegialen Arztbriefes ermessen: Wenn nämlich, wie diese Arbeit zeigt, jeder fünfte Arztbrief zu beanstanden ist, also

der Allgemeinarzt sich jede Woche wieder verletzt oder übergangen fühlt, so bleibt das auf lange Sicht nicht ohne Auswirkungen auf das zwischenärztliche Verhältnis. Das Interesse an der Zusammenarbeit mit den Kollegen wird mit der Zeit abnehmen, was letztlich aber dem Patienten schadet.

Wenden wir uns den einzelnen Beanstandungen zu:

In etwa 22% der beanstandeten und in fast 5% der überhaupt untersuchten Briefe oder Vordrucke fanden wir Empfehlungen der Kliniker an den Allgemeinarzt, die aufgrund ihrer Banalität besser weggelassen worden wären. Zumindest aber sollten sie in anderer Form geschrieben werden: weniger als schulmeisterliche Belehrung des Allgemeinarztes über wohlbekannte Selbstverständlichkeiten als vielmehr in Form eines Tips unter Kollegen.

Die Problematik dieser Empfehlungen betrifft hier nicht den Inhaltsaspekt der ärztlichen Kommunikation, da die sachliche Richtig-

keit der Mitteilungen beiden Partnern bekannt und unbestritten ist, als vielmehr den Beziehungsaspekt (4), also die unterschiedliche Auffassung der einzelnen Ärzte über ihr Verhältnis zueinander.

Allgemeinarzt – Klinikarzt: Ein »verewigtes Lehrer-Schüler-Verhältnis«?

Da für die meisten Klinikärzte Allgemeinmedizin nichts anderes als die Summe der verschiedenen Spezialfächer ist, und überdies die Allgemeinärzte ihre Ausbildung nur von Klinikern erhalten haben, besteht oft zwischen Allgemein- und Klinikärzten ein zu Unrecht »verewigtes Lehrer-Schüler-Verhältnis« (1). Aus diesem Überlegenheitsgefühl der Kliniker und ihrer Rolle als Lehrer resultieren dann diese Belehrungen über Banalitäten, die die Allgemeinärzte mit Recht verärgern. Denn auch wenn die Fälle, bei denen eine

Überweisung in eine Klinik nötig ist, nur etwa 2% der Patienten eines Allgemeinarztes ausmachen, könnte man diesem die Weiterbehandlung dieser Patienten auch ohne den ausdrücklichen Hinweis auf bekannte Trivialitäten überlassen. Schließlich hat er sich in seiner Ausbildung – obwohl für den Großteil seiner Patienten nur bedingt verwertbar – zehn Jahre lang (sechs Jahre Universitätskliniken und vier Jahre klinische Weiterbildung) ausschließlich mit diesen klinischen Fällen beschäftigt.

Die zweite große Gruppe unserer Beanstandungen bezieht sich auf Verstöße gegen die Berufsordnung, insbesondere gegen den § 16. Dieser schützt vor allem den niedergelassenen Allgemeinarzt davor, seine Patienten für immer oder für längere Zeit zu verlieren, wenn er sie einmal zur Abklärung eines unklaren Befundes oder zur Behandlung einer Krankheit einem Facharzt oder einer Klinik überweist. Dieser Paragraph schafft andererseits erst die Voraussetzung dafür, daß der Hausarzt auch in größerem Maße von der Möglichkeit der Durchuntersuchung oder kurzfristigen Weiterbehandlung durch Spezialisten Gebrauch macht. Da die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Allgemeinarztes beschränkt sind, weil er in manchen Fällen weder über das nötige Personal noch über bestimmte Apparaturen und die dazu nötige Spezialausbildung noch über die Möglichkeit zur ständigen Überwachung eines Patienten verfügt, ist die rechtzeitige Überweisung an einen Facharzt oder eine Klinik für den Patienten oft von großer Bedeutung.

Mit fast 20% unserer Beanstandungen waren von den Wiederbestellungen die Fälle am häu-

Muß die ambulante Kontrolle stattfinden?

figsten, wo Patienten, die schon längst durch ihren Hausarzt weiterbetreut werden sollten, noch weiterhin von den Klinikärzten ambulant einbestellt werden. So fanden wir Wiedervorladungen nur zum Verbandwechsel, zum Fädenziehen, zur Gipsabnahme, zur Kontrolle des Blutzuckers, des Calciumwertes, der Blutfettwerte usw. Es scheint, als hielten einige Kliniker einen Allgemeinarzt zu diesen Verrichtungen bzw. Laborkontrollen nicht imstande. Angesichts dieser demonstrativen Geringschätzung der Allgemeinärzte ist es nicht verwunderlich, wenn sich diese durch derartige Mitteilungen, wie wir sie in 4% aller untersuchten Briefe fanden, gelegentlich gekränkt oder verletzt fühlen. Zum einen werden sie durch unlautere Handlungsweise aus ihrer Behandlungstätigkeit verdrängt (§ 15/1 der Berufsordnung), zum anderen spüren sie diese Überheblichkeit der Kliniker, die ihnen eine adäquate Weiterbehandlung des Patienten offensichtlich nicht zutrauen. Ganz besonders deutlich wird diese Einstellung der Klinikärzte in Fällen, in denen die guten Wundverhältnisse und das gute Befinden des Patienten eigens hervorgehoben werden und wo dann noch im gleichen Satz die nächste vereinbarte ambulante Kontrolle erwähnt wird.

Fast ein Fünftel von unseren beanstandeten Briefen waren Fälle, in denen eine Klinik von ihr untersuchte oder behandelte Patienten meist routinemäßig weiterhin zur fachärztlichen Überwachung einbestellt, ohne daß es sich aber bei diesen Kontrollen um personell oder apparativ auf-

wendige Untersuchungen handeln würde. In diesem Fall könnte der Patient doch an den behandelnden Arzt zurücküberwiesen werden, etwa mit dem Hinweis, noch einige Kontrollen bei einem Facharzt zu veranlassen. Das gleiche gilt für ambulante Patienten: Es ist nicht nötig, daß Patienten über Monate oder Jahre wegen einer Struma oder eines Diabetes ambulant immer wieder einbestellt werden; das ist unlauteres Verhalten (§ 15/1) gegenüber den niedergelassenen Kollegen, die diese Patienten eigentlich betreuen sollten.

Anders ist dagegen die Lage bei 12% unserer beanstandeten Briefe: Obwohl bei einem Patienten die Diagnose bereits feststeht und die Behandlung eingeleitet wurde, wird er dennoch nicht zurücküberwiesen, sondern noch zu verschiedenen Kontrolluntersuchungen einbestellt, die zwar der Allgemeinarzt nicht ausführen kann, wohl aber ein niedergelassener Facharzt. Da nach dem Bundesmantelvertrag aber grundsätzlich erst alle Möglichkeiten, einen Patienten durch niedergelassene Ärzte behandeln zu lassen, ausgeschöpft sein sollten, bevor er in der Ambulanz einer Klinik weiteruntersucht und behandelt wird, ist das insofern nicht korrekt. Der Patient sollte vielmehr zur Weiterbehandlung zu seinem Hausarzt zurücküberwiesen werden, der dann die weiteren Kontrollen wie Gastroskopie oder Röntgenuntersuchungen bei einem niedergelassenen Kollegen veranlassen kann (siehe auch § 16/5 der Berufsordnung).

Die Berufsordnung sieht vor, daß ein Patient nach der Entlassung aus stationärer Behandlung dem Arzt zurücküberwiesen werden soll, in dessen Behandlung er vorher stand (§ 16/3). Eine unklare

Situation entsteht zum Beispiel, wenn der Patient entlassen wird, bevor die genaue Diagnose feststeht oder der Patient ausreichend stationär behandelt wurde. Da Spezialuntersuchungen wie Angiographie, Phlebographie oder Myelographie ebenso wie Operationen in vielen Kliniken schon einige Zeit vorher angemeldet werden müssen, kann der Patient oft bis zu dem entsprechenden Termin vorübergehend entlassen werden oder – bei ambulanten Patienten – wird er zu diesem Termin erstmals stationär einbestellt. Der Klinikarzt könnte natürlich an dieser Stelle den Hausarzt bitten, den Patienten wieder zu überweisen, doch wäre das angesichts des bereits vereinbarten Termins nur eine leere Floskel. Im allgemeinen besteht eben unter den Ärzten die Übereinkunft, daß ein überwiesener Patient solange in der Klinik untersucht bzw. behandelt wird, wie dies für den niedergelassenen Arzt nicht möglich ist. Wird ein Patient – aus familiären oder sonstigen Gründen – zwischendurch entlassen, so werden gleich mit ihm die nächsten Termine vereinbart. Obwohl dieses Verfahren laut Berufsordnung nicht ganz einwandfrei ist, sind wir der Meinung, daß sich durch derartige Mitteilungen die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte wohl nicht sehr unkollegial behandelt oder gar verletzt fühlt.

»Ihr Einverständnis voraussetzend . . .«

Als am wenigsten gravierend beurteilten wir ein weiteres Zehntel unserer beanstandeten Briefe. Hier handelt es sich um die Fälle, wo man im Brief nur erfuhr, daß dem Patienten etwa eine Kontrolluntersuchung empfohlen, angera-

ten oder er darum gebeten wurde oder aber direkt Vereinbarungen zu weiteren Terminen mit dem Patienten getroffen wurden, jedoch unter der Floskel »Ihr Einverständnis voraussetzend«.

Im ersten Fall wird der Hausarzt also nicht, wie in den übrigen Fällen, einfach vor vollendete Tatsachen gestellt – ein genauer Termin scheint vielmehr noch nicht vereinbart worden zu sein. Jedoch ist die Absicht dieser Empfehlungen oder Bitten die gleiche: der Patient soll nicht etwa zu seinem Hausarzt zurückkehren oder sich an einen niedergelassenen Facharzt wenden, sondern wieder in die Ambulanz kommen.

Bei der Bewertung dieser Stellen kommt es natürlich auf den einzelnen Fall an. Was aber nicht vorkommen sollte, sind Empfehlungen, die darauf hinauslaufen, den Allgemeinarzt von der weiteren Behandlung des Patienten auszuschließen. Wenn eine besondere fachärztliche Weiterbehandlung erforderlich ist, so kann das dem Hausarzt im Entlassungsbericht mitgeteilt werden, indem man ihn um die Weiterüberweisung bittet. Wenn dagegen der Allgemeinarzt einen Brief erhält, in dem er selbst überhaupt nicht angesprochen wird und darin zum Beispiel erfährt: »Wir haben dem Patienten eine orthopädische Mitbehandlung anempfohlen«, wird er sich zu Recht übergangen und überheblich behandelt fühlen.

Auch bei den Fällen, in denen das Einverständnis des behandelnden Arztes expressis verbis vorausgesetzt wurde, kommt es für die Beurteilung natürlich darauf an, was schließlich vereinbart wurde und unter welchen Umständen. Wenn man allerdings in einem Brief liest: »Ihr Einverständnis voraussetzend möchten

wir Sie bitten . . .«, liegt die Annahme nahe, daß es sich bei diesen Worten lediglich um eine Floskel handelt, die routinemäßig und gedankenlos verwendet wird.

Bei der Aufschlüsselung unserer Beanstandungen nach der Art der Mitteilungen ergaben sich zwar Unterschiede für die Berichte über stationäre und ambulante Untersuchung bzw. Behandlung, nicht aber zwischen ausführlichen Briefen und Vordrucken. Das verwundert insofern, als die Vordrucke sehr häufig von Assistenzärzten ausgefüllt und sofort abgeschickt werden, während die ausführlichen Arztbriefe erst vom Chef der Abteilung gelesen und unter Umständen korrigiert werden, bevor sie die Klinik verlassen. Offensichtlich handelt es sich bei unseren Beanstandungen also nicht um Gedankenlosigkeit noch unerfahrener Assistenten, sondern um die Widerspiegelung einer prinzipiellen Einstellung der Klinikärzte den Allgemeinärzten gegenüber, die zuweilen auch von den Klinikchefs geteilt wird.

Auffallend ist dagegen der Unterschied zwischen Berichten über stationäre (15% Beanstandungen) und ambulante Untersuchung bzw. Behandlung (26% Beanstandungen). Wir erklären das damit, daß von der Station aus, auf der ein Patient liegt, über dessen eventuell geplante ambulante Weiterbetreuung dem Hausarzt nur einmal im Entlassungsbericht (höchstens noch im vorläufigen Arztbrief) berichtet wird, während man nach jeder ambulanten Untersuchung dem Hausarzt einen neuen Bericht mit eventuell weiteren vereinbarten Terminen zuschickt. Hinzu kommen die Patienten, die nur ambulant behandelt (z. B. Notversorgungen) und – obwohl ebenfalls nicht zulässig – wieder vorgeladen werden.

Die Beanstandungen, die wir als am wenigsten gravierend beurteilten, kamen fast ausschließlich in den ausführlichen, diktierten Arztbriefen vor. Hier wird also von den Ärzten mit längerer Erfahrung am ehesten der rechte Ton gefunden; möglicherweise stehen sie hier auch nicht unter dem Zeitdruck wie beim Ausfüllen von Formularen.

Banalitäten sind in den Berichten über eine ambulante Behandlung wesentlich häufiger zu finden als in denen über eine stationäre Untersuchung bzw. Behandlung. Das hängt zum Teil damit zusammen, daß in einer Ambulanz im allgemeinen Patienten mit leichteren Erkrankungen behandelt werden und in diesen Fällen eine ausführliche Belehrung des

Hausarztes über die Weiterbehandlung nicht angebracht oder überflüssig ist. Am häufigsten waren diese Stellen bei den ambulanten Vordrucken: auf sie kamen 42 von insgesamt 57 Banalitäten. In den ausführlichen Briefen werden sie wahrscheinlich vom Chefarzt gestrichen.

Schrifttum

1. *Balint, M.*: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1975.
2. *Krusche, G.*: Der Arztbrief. Probleme zwischenmenschlicher Kommunikation am Beispiel des internistischen Arztbriefes. Inauguraldisertation, München 1976.
3. *Neumann-Mangoldt, P.*: Der Arztbrief. Eine Fibel zum praktischen Gebrauch. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1970.
4. *Watzlawick, P., Beavin, J. H., und Jackson, D.*: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1969.
5. Berufsordnung für die deutschen Ärzte. Fassung vom Mai 1976.

Anschrift des Verfassers:
cand. med. Josef M. Schmidt,
Führichstraße 22,
8000 München 80