

BÜROKRATIE

Präzise berichten – im Interesse der Patienten

Bei allem verständlichen Ärger: Der „Schreibkram“ mit den Behörden wird auch in Zukunft den ärztlichen Alltag mitbestimmen.



Foto: Keith Frith/Alamy

Man mag sich ärgern, man mag es bedauern, man mag dagegen sogar auf der Straße protestieren, nur wesentlich ändern wird man es aller Voraussicht nach nicht: Bürokratie – ein typisches Schlagwort ohne klar bestimmbareren Inhalt, aber mit der Konnotation des „Mehr-als-Überflüssigen“ – wird auch in Zukunft den ärztlichen Alltag wesentlich mitbestimmen.

Jenseits der nicht infrage stehenden Notwendigkeit der Führung von Patientenakten, die gleichwohl nicht selten erhebliche Dokumentationsdefizite aufweisen (1), und des direkt mit der Behandlung zusammenhängenden Formularwesens (Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Überweisungen, Krankenhausweisungen) beginnt für die meisten Ärzte die Bürokratie wohl spätestens mit den Anfragen der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste (MDK), der Berufs-

genossenschaften und der Versorgungsverwaltungen.

Das ist verständlich; besonders gern erledigt niemand den „Schreibkram“. Bei sinkenden Krankenständen und zurückgehender Zahl der Kuranträge scheint in diesen Bereichen eine Zunahme der Auskunftsersuchen auch eher unwahrscheinlich. Und wenn dies doch der Fall sein sollte: Wie soll das geändert werden? Der Verzicht auf gesetzlich festgelegte Leistungen für die Versicherten oder auf Klärung durch die Institutionen wäre keine wirklich ernst zu nehmende Lösung. An guten Vorschlägen sind viele interessiert.

Oft wird die Supervision durch Ämter oder Medizinische Dienste grundsätzlich infrage gestellt. Aber bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU) weisen die Gutachterdienste für die gesetzliche Krankenversicherung (3, 4, 5) und die private Krankenversicherung (6) auch

Unbefriedigend: Ärztliche Berichte an den Medizinischen Dienst lassen oft zu wünschen übrig.

in den letzten Jahren immer noch – trotz niedriger Krankenstände – einen großen Anteil von Versicherten aus, die zum Termin nicht erscheinen (30–40 Prozent) und kurzfristig (sofort oder innerhalb weniger Tage) als „AF“ beurteilt werden (15–20 Prozent). Im Reha-Bereich sieht es nicht viel anders aus.

Verwaltungen rechnen sehr schnell vor, welche Kosten zum Beispiel entstehen würden bei einer zehn Tage länger währenden Arbeitsunfähigkeit oder unter der Annahme, dass 50 Prozent der abgelehnten Kuranträge bewilligt worden wären. „Peanuts“ sind das für keinen Kostenträger mehr.

Anfragen haben (meist) gute Gründe

Tatsache ist auch, dass alle sozialmedizinischen Dienste unter wachsendem Kostenstress gezwungen sind, zu immer mehr Einzelfällen beratend Stellung zu nehmen. Die internen Prüfrichtlinien wie die externen Prüfforgane verlangen zunehmend den Nachweis, dass die Gelder der Beitrags- und Steuerzahler den Vorgaben entsprechend verwendet werden. Dies ist im gesamtgesellschaftlichen Interesse und kann von seiner prinzipiellen Zielsetzung her nicht infrage gestellt werden.

Die großzügige Leistungspraxis vergangener Jahrzehnte, in denen nahezu alles, was von Ärzten „attestiert“ wurde, akzeptiert und wegen der höchst moderaten Kontrolle auf allen Ebenen auch leistungsgerecht umgesetzt wurde, ist Vergangenheit. Die Gesellschaft wird letztlich davon profitieren, wenn neu entstehende Standards für die Vergabe sozialer Leistungen sich wieder klarer erkennbar an medizinischen Fakten und dem anthropologischen Grundmodell von „Not und Hilfe“ – und nicht mehr am weiten Kosmos des Wünschbaren – orientieren.

Die sozialmedizinische Begutachtung kann aber, von begründeten Ausnahmen abgesehen, nicht mehr – wie in früheren Jahrzehnten – auf der Grundlage körperlicher Untersuchungen durch die Medizinischen Dienste selbst erfolgen, weil deren Personalstand seit vielen Jahren unverändert geblieben ist. Dies wird

sich vorläufig nicht ändern, sodass mit selbst durchgeführten Untersuchungen nur eine viel zu kleine Fallzahl geprüft werden könnte. Zudem wird die Aussagekraft „körperlicher“ Untersuchungen durch einen Gutachter erheblich überbewertet; denn die persönliche Untersuchung, die gerade bei Begutachtungen bekanntermaßen erheblich tages- und mitarbeiterabhängig ist, liefert heute nur noch einen relativ geringen Teil des medizinischen Faktenwissens, das zum Befund führt. Wenn auf körperliche Untersuchungen verzichtet wird, müssen die Grundlagen für korrekte Verwaltungsentscheidungen von den behandelnden Ärzten in Berichtsform zur Verfügung gestellt und nachgewiesen werden.

Betrachtet man die bei Sozialmedizinern eingehenden Berichte unter dem Aspekt ihrer Funktionalität, also inwieweit sie das enthalten, was sie „liefern“ sollten – nämlich Befunde und die sich aus Krankheiten dauerhaft ergebenden oder drohenden Funktions- und Fähigkeitsstörungen –, dann bleiben nicht selten Wünsche offen.

Verbesserungspotenziale

• Neue schwere Erkrankungen

Facharzt- und Klinikberichte haben den großen Vorteil, dass keine Verzerrungen durch gutachtliche Zielsetzungen anzunehmen sind. Sie haben aber auch den „natürlichen“ Nachteil, dass diese Befunde sehr oft die Situationen akuter Verschlechterungen beschreiben, die nur selten dauerhaft sind. Gerade bei wichtigen Neuerkrankungen ist ein bloßer Verweis auf solche Berichte nicht ausreichend. Dauerhaftigkeit eines Leidens kann in der Regel erst festgestellt werden, wenn die Funktionsstörungen mindestens sechs Monate vorliegen. Die Berichte der hausärztlichen Versorgungsebene sollten deshalb unbedingt auch die poststationäre Zeitphase bis zum Berichtszeitpunkt abdecken.

• Diagnoselisten

Der Schwachpunkt nicht weniger Befund-Berichte ist, dass sie gar keine sind: Sie enthalten Diagnosen, nichts sonst. Manche Diagnosen werden gern in verschiedenen Versionen (HWS-Syndrom, Zerviko-

brachialgie, WS-Skoliose) angeboten, manche haben nur den Rang eines Symptoms (Oberbauchbeschwerden). Diagnoselisten mit mehr als 20 Leiden sind keine Seltenheit – aber die Häufung bringt weder den Behinderungsgrad noch die Kur. Solche Berichte sind – vorsichtig formuliert – wenig hilfreich.

Wertlos und missverständlich sind fast alle „Zustand nach“-Diagnosen (7), weil der Gutachter nicht wissen kann, was denn nun an Befunden verblieben ist. Liegt bei einem „Z.n. Apoplex mit Hemiparese“ nun gar nichts mehr, also ein „Z.n. (Apoplex mit Hemiparese)“ oder ein „Z. (n. Apoplex) mit Hemiparese“ vor?

• Diagnosen mit Stadiumangaben

Nur wenig hilfreicher werden Diagnosen, wenn Grad- oder Stadieneinteilungen genannt werden. Auch das ist allein nie ausreichend. Natürlich muss auch gesagt werden, ob sich zum Beispiel die Diagnose einer pAVK II b auf den Zustand vor oder nach einer beschriebenen Bypassoperation bezieht. Warum wird das so selten deutlich gemacht? Oder: Wie soll die Angabe einer Herzschwäche Stadium NYHA III-IV nachvollzogen werden, wenn fachkardiologische Befunde fehlen und andere Ursachen einer Dyspnoe, zum Beispiel Lungenleiden oder eine zunehmend häufiger festzustellende Adipositas permaxima, mit keinem Wort ausgeschlossen sind?

Wo verschiedene klinische oder radiologische Stadieneinteilungen nebeneinander existieren (8), etwa

bei Arthrosen der großen Gelenke (radiologische Einteilungen nach Kellgren, Macys oder Mathies und Bach) oder chronischen Venenleiden (nach Marshall oder Widmer), muss selbstverständlich der Bezugsmaßstab angegeben werden. Schließlich macht es in der klinischen Chemie auch einen Unterschied, ob ein Wert in mg/dl oder als mmol/l zu verstehen ist. Wie sonst soll man sich über die Fakten ein Bild machen können?

• Facharztberichte fehlen

Liegen hochgradige Leiden vor, etwa eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz, sind oft keine Facharzt- oder Krankenhausberichte beigelegt. Man sollte davon ausgehen können, dass sich solche Patienten in den vergangenen ein bis zwei Jahren in fachkardiologischer Behandlung befanden. Häufig werden vorläufige Krankenhaus- oder Reha-Entlassungsberichte zur Verfügung gestellt, obwohl die „endgültigen“ Berichte längst vorliegen müssten. Oft liegen den Medizinischen Diensten nur die ersten Seiten der Berichte vor. Man hat den Eindruck, dass die eigene „Informationshoheit“ erhalten bleiben soll oder dass man „Munition“ für den Widerspruch in der Hinterhand halten will. Vielleicht sollen auch Nachteile aufgrund etwaiger kritischer Anmerkungen in den Voll-Versionen vermieden werden. Wenn spezialärztliche Untersuchungsbefunde, zum Beispiel bei der Frage der Erforderlichkeit einer kardiologischen Reha-Maßnahme, fehlen, kann die ambulante Versorgungsebene noch nicht als erschöpft betrachtet werden. Die Aufgabe eines medizinischen Gutachters hat mit Glauben nichts zu tun. Es geht um die Nachvollziehbarkeit von Sachverhalten, meist um die Dauerhaftigkeit von Funktionsstörungen aufgrund der nachgewiesenen krankhaften Schäden an Organen und Geweben, und deren Bewertung.

Die Bewertung ist übrigens – bei korrekter Aufgabenverteilung – nicht die Sache des berichtenden Arztes, da er in der Regel die für eine Vereinheitlichung der Begutachtung existierenden internen Beurteilungsstandards nicht kennt. Aussagen zu Rentenerfordernissen oder

WICHTIG IST

- dass sich Ärzte immer wieder die Unverzichtbarkeit einer ordnungsgemäßen Kommunikation mit den Verwaltungen verdeutlichen (zum Beispiel durch die Vorstellung, dass sie selber die Schwerbehinderteneigenschaft oder eine Reha-Maßnahme beantragen würden),
- dass die Ärzte sich bemühen, aussagefähigere Befundberichte zu erstellen (oder korrekter: dass mehr Ärzte gute Berichte erstellen!),
- dass alle im konkreten Fall relevanten Facharzt-, Reha- und Krankenhausberichte unaufgefordert zur Auswertung durch die gutachtlich tätigen Ärzte zur Verfügung gestellt werden; so sorgt man für die bestmögliche Beurteilungsbasis.

einer Mindest-GdB-Höhe sind oftmals sachlich nicht begründet und führen zu mehr Bürokratie, anstatt sie abzubauen.

• Fragen der Verwaltung beachten

Häufig werden die genauen Fragen der Institutionen gar nicht gelesen; Arzt „weiß“ oder glaubt zu wissen, was die Krankenkasse bei AU, der Rentenversicherungsträger bei beantragter Rehabilitation oder die Versorgungsverwaltung bei Anträgen auf Behinderung wissen will. Oft stammt dieses „Wissen“ aus den 80er- und 90er-Jahren. Viel wäre bereits gewonnen, wenn man in den Anschreiben nach Fragen suchen und diese dann präzise beantworten würde. Berichtende Ärzte fungieren bei solchen Auskünften ja nicht als Anwälte, die ihre Patienten vor irgendjemandem oder irgendwelchen Nachteilen in Schutz nehmen müssen, sondern als „sachverständige Zeugen“, die wahrheitsgemäß Auskunft geben sollen.

• Bewegungsapparat präzise beschreiben

Recht vage sind die Angaben oft bei den in der Sozialmedizin überaus wichtigen Krankheiten des Bewegungsapparates, die im Grunde gut beschreibbar sind. Berichte ohne eine Befunddarstellung nach der Neutral-Null-Methode, die lediglich zu einem definierten früheren Zeitpunkt eine „mäßige“ oder „deutliche“ Bewegungseinschränkung (der Schulter oder der Kniegelenke) mitteilen, belegen weder ein behinderndes Ausmaß des Leidens noch die Dauerhaftigkeit der Funktionsstörung. Warum wurde denn bei Reha-Antragstellung keine Facharztkonsultation oder bei geltend gemachter dauerhafter Verschlechterung einer Behinderung keine Reha-Maßnahme in die Wege geleitet, wenn alles „wesentlich schlechter“ geworden ist?

• Psychische Leiden

Bei seelischen Leiden wird mal kurz,

mal blumig-umfangreich über die subjektiven Beschwerdebilder informiert, die meist als „zunehmend“ oder „erheblich“, gerne auch als „massiv“ geschildert werden. Nur: Beschwerdebilder sind als einzige Begutachtungsgrundlage, ohne einen klaren und ausreichenden psychopathologischen Befund, nach langjähriger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts definitiv nicht aussagefähig.

Oft wird in ärztlichen Berichten erwähnt, dass man einen Patienten seit Jahrzehnten betreut. Man er-

„Die großzügige Leistungspraxis vergangener Jahrzehnte, in denen alles akzeptiert wurde, ist vorbei.“

fährt aber nicht, wie häufig er sich wegen seines seelischen Leidens in den vergangenen zwei bis drei Jahren in der Praxis vorgestellt hat, wie er früher behandelt wurde, wie er jetzt behandelt wird und vor allem wie erfolgreich diese Therapie in Bezug auf das ursprüngliche Symptomenspektrum ist. Nichts erfährt man über Therapieanpassungen, selbst wenn die Beschwerdebilder „zunehmend“ waren. Therapien und deren Dichte werden oft verschwiegen oder nicht für erwähnenswert gehalten. Werden zum Beispiel bei Off-label-use-Anträgen die bisherigen Therapieschritte nicht detailliert dargestellt, wird jeder Gutachter zu dem Ergebnis kommen, dass ja die bisherigen Standardtherapien noch gar nicht zum Einsatz gekommen sind.

Plausibilitätslücken können von Gutachtern nicht durch Mutmaßungen gefüllt werden, sie können nur festgestellt werden. Und natürlich können Lücken auch nie bewertet werden – erst recht nicht „wohlwollend“.

• Befundberichte als Störfaktoren

Manche „Befundberichte“ sind Störfaktoren in anderer Hinsicht; sie bringen mitunter

höchst anschaulich die Missachtung der Institutionen zum Ausdruck – durch Antwortverweigerung, extreme Kürze, Unleserlichkeit oder manchmal auch ausufernde Erläuterungen, warum man der Krankenkasse oder dem Amt keinen Bericht mehr schreiben will.

Bei allem manchmal verständlichen Ärger über die Bürokratie darf eins nicht vergessen werden: Letztlich sind alle unzureichenden Berichte eine implizite Absage an die möglicherweise völlig legitimen Ansprüche der eigenen Patienten.

Denn kein Arzt wird heute noch damit rechnen dürfen, dass solche dürftigen Berichte bei der sozialmedizinischen Begutachtung als Basis für eine Bewilli-

gung der jeweils beantragten Leistungen angesehen werden können. Das lassen die internen Qualitätsstandards und -sicherungsverfahren nicht mehr zu.

Qualität sichern

Jedem Arzt sollte für einige Wochen in seiner Ausbildung die Erfahrung vermittelt werden, medizinische Beratungen auf Basis kollegial erstellter „Aktenlagen“ vornehmen zu müssen, um ein Gefühl für die wesentlichen Aspekte solcher Berichte zu bekommen. In Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren sollte man darüber nachdenken, dieses Tätigkeitsfeld durch besonders geschulte und erfahrene Ärzte zu professionalisieren und so für eine Qualitätssicherung in diesem wichtigen Bereich zu sorgen. Das würde die „therapeutisch“ tätigen Ärzte entlasten, die Verwaltungen als Adressaten der Berichte erfreuen, zu größerer Objektivität der Aussagen und gezielterer Zuerkennung sozialer Leistungen führen und mit großer Wahrscheinlichkeit die Zahl der Nach- und Zweitanfragen sowie die der Widersprüche deutlich reduzieren.

Dr. med. Helmut Piechowiak

MDK Bayern

E-Mail: Helmut.Piechowiak@mdk-in-bayern.de



 Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4506

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 45/2006, ZU:

BÜROKRATIE

Präzise berichten – im Interesse der Patienten

Bei allem verständlichen Ärger: Der „Schreibkram“ mit den Behörden wird auch in Zukunft den ärztlichen Alltag mitbestimmen.

LITERATUR

1. So stöhnten 85 Prozent von 2 000 Lesern der Ärztezeitung über zu viele Formulare. Ärztezeitung 161/2005.
2. Püschmann H, Haferkamp G, Scheppokat K-D, Vinz H, Wegner M: Vollständigkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation in Krankenakten. Dtsch Ärztebl 2006; 103(3): A 121–6.
3. www.medsoz.uni-freiburg.de/lehre/oeko/Vorlesung%20Sozialmedizin%20141205.pdf.
4. www.mdk.de/aktuelles/Presse_17-01-2003.pdf.
5. Keitel C, Hufnagel K, Rösler N, Bruckner H: Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung bei psychischen Erkrankungen. Gesundheitswesen 2005; 67(7): 514.
6. www.imb-consult.de/frames.html.
7. Seider IN: Der „Zustand nach . . .“ oder es genügt nicht nur, keinen Gedanken zu haben, man muß ihn auch nicht ausdrücken können“ (Kurt Tucholsky). Dtsch Ärztebl 2004; 101(27): A 1954 (und die Leserbriefe dazu).
8. Gerber P, Wicki O: Stadien und Einteilungen in der Medizin. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2. Aufl. 1995.