

12. Empfehlungen zur Dokumentation und schriftlichen Berichterstellung in Sozialpädiatrischen Zentren

Von der Qualitätskommission verabschiedet im November 2006

Fassung vom 11.11.2004

Publikation am 01.03.2007

Mitglieder des Qualitätszirkels:

Dr. Herbert Scheying, Celle (Qualitätszirkel-Leiter)

Dr. Gisela Kalz Neuruppin

Dr. Burkhard Mehl, Bremen

Korrespondenzadresse:

Dr. med. H. Scheying

Klaus-Groth-Straße 6

22889 Tangstedt

Tel.: 04109/9413

E-Mail: Herbert@Scheying.de

12.1 Definition

Aufgabenstellung: Beschreibung sozialpädiatrischer Standards für die Erstellung einer internen Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Tätigkeiten in einem SPZ sowie der Erstellung von Arztbriefen für die Informationsweitergabe nach außen.

Zielsetzung: Empfehlungen mit dem Ziel einer inhaltlichen Qualitätsentwicklung sozialpädiatrischer Arbeit im Bereich der schriftlichen Dokumentation und Berichterstellung unter den Geboten von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Eingrenzung: Die Empfehlungen berühren nicht

- Vorstellungen der Kostenträger zur Leistungsdokumentation und Abrechnung,
- organisatorische und quantitative Leistungsvorgaben der Leitungen des SPZ,
- handschriftliche Notizen, die nicht offizieller Bestandteil der Patientenakte sind,
- mündliche Abstimmungen und Informationsweitergaben, welche die schriftliche Dokumentation nicht ersetzen, sondern nur ergänzen können.

12.2 Ist-Zustand

12.2.1 Allgemein

Derzeit ist ein Standard für interne und externe Dokumentation in einem SPZ nicht definiert. Die gebräuchlichen Methoden der schriftlichen Informationsspeicherung und -weitergabe orientieren sich an den technischen Möglichkeiten und gewachsenen Gewohnheiten sowie den gesetzlichen Vorgaben.

Die Dokumentation umfasst alle dokumentenechten Aufzeichnungsmöglichkeiten von Patientendaten, Untersuchungsinhalten und Bewertungen im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Aufzeichnungsmöglichkeiten im SPZ sowie externe Berichte und Untersuchungsergebnisse, z. B. Labor, Radiologie etc.

Die Dokumentation erfolgt üblicherweise

- handschriftlich
- mit Schreibmaschine
- mit PC geschrieben

Die Archivierung erfolgt weitgehend mit

- Karteikarte
- Patientenakte
- Auf Bild-, Video- oder Tondokumenten
- Im PC
- Auf Datenträgern (CD-ROM, Festplatten, Streamern etc.)

Die Vereinheitlichung der Dokumentation zwischen verschiedenen Zentren wird punktuell da gesucht, wo gemeinsame Vorhaben oder der Wunsch nach Vergleichbarkeit besteht.

12.2.2 Rechtliche Aspekte für die Dokumentation in einem SPZ

Das Arztrecht verpflichtet den Arzt allgemein zur schriftlichen Dokumentation seiner Arbeit. Insbesondere bei Haftungsfragen ist der Arzt über konkrete Details seiner Arbeit, d. h. Diagnostik, Befunde, differentialdiagnostische Erwägungen, Behandlung und nicht zuletzt Aufklärung über die Risiken und Alternativen zum vorgeschlagenen Behandlungskonzept beweispflichtig und daher auf die schriftliche Dokumentation angewiesen. Das gleiche gilt analog für die anderen in einem SPZ diagnostisch, therapeutisch und beratend tätigen nichtärztlichen Mitarbeiter.

Dies beinhaltet zum einen die schriftliche Fixierung obengenannter Tätigkeiten für die interne Dokumentation und Informationsweitergabe an alle anderen beteiligten Fachkräfte im SPZ und zum anderen die Informationsweitergabe an den überweisenden Arzt.

12.2.3 Das Recht der Eltern auf Akteneinsichtnahme

Der Patient bzw. die Eltern oder Sorgeberechtigten haben das Recht, die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen einzusehen und auf seine Kosten Kopien oder Ausdrucke von den Unterlagen anfertigen zu lassen.

Das Einsichtsrecht erstreckt sich nicht auf Aufzeichnungen, die subjektive Einschätzungen und Eindrücke des Arztes (analog: Psychologen/Therapeuten) betreffen. Weitere Einschränkungen des Einsichtsrechts können bestehen im Bereich der psychiatrischen Behandlung, und wenn Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen (z. B. Angehörige, Freunde) berührt werden. Dem Patientenrecht sollte nach der aktuellen Rechtslage entsprochen werden.

Hinweis: Siehe unter Literatur: Leitfaden Patientenrechte in Deutschland.

12.2.4 Definition der internen und externen Dokumentation im SPZ

Als internes Dokument soll all das verstanden werden, was aus fachlichen und juristischen Gründen zur Beurteilung des Kindes für den internen Gebrauch schriftlich festgehalten werden muss. Dagegen ist der Arztbrief als Hauptdokument primär für den externen Gebrauch bestimmt, obwohl er auch für den internen Gebrauch eine wichtige Rolle spielt.

Der Arzt im SPZ braucht für die Langzeitbehandlung des chronisch kranken, z. B. schwer anfallskranken Kindes i. d. R. mehr schriftlich dokumentierte Information als der überweisende bzw. behandelnde Arzt. Dasselbe gilt für die im SPZ tätigen Psychologen und Therapeuten.

Intern ist auch aus juristischen Gründen eine lückenlose Dokumentation aller anamnestischen Angaben, erhobenen Befunde, Aufklärungsgespräche und Empfehlungen erforderlich.

Damit gehen die Erfordernisse einer schriftlichen Dokumentation im SPZ über das hinaus, was im Arztbrief erforderlich ist.

12.2.5 Formelle Anforderungen an ein schriftliches Dokument

- Dokumentenechtheit (Bleistiftverbot)
- Lesbarkeit (Handschrift nur bedingt tauglich)
- Angabe von Ort und Datum
- Lesbare Unterschrift oder Unterschrift mit lesbarer Ergänzung

12.2.6 Technik der Dokumentation

für den internen Gebrauch:

- Kuli und lesbare Handschrift
- PC oder Schreibmaschine
- Formulare, z. B. über Aufklärungsgespräche
- Formulare mit ergänzender Handschrift, z. B. für Befunde
- Anzukreuzende Checklisten

für den externen Gebrauch:

- maschinelle Schrift (PC oder Schreibmaschine) ist üblich
- handschriftliche Kurzberichte, wie sie in der Akutmedizin üblich sind, verbieten sich bei der Komplexität sozialpädiatrischer Aufgaben.

12.3 Die Besonderheiten sozialpädiatrischer Arbeit und ihre Auswirkungen auf das Berichtswesen

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) betreuen Kinder und Jugendliche vom frühen Säuglingsalter bis zum 18. Lebensjahr bzw. bis zur Berufsfindung. Die Kinder und ihre Eltern erwarten und erhalten dort Hilfen für eine Vielzahl unterschiedlicher Probleme in der körperlichen, geistigen und psychischen Entwicklung, die meist multi-kausal aus einem Geflecht biologischer, medizinischer, psychologischer und sozialer Ursachen entstanden sind. Der Komplexität kindlicher und familiärer Probleme begegnet das SPZ mit einem multiprofessionellen, interdisziplinären Konzept.

Als Spezialeinrichtungen geben die SPZ keine Primärleistungen, sondern sie sind in erster Linie unterstützend und beratend tätig für Andere in unserem gegliederten Versorgungssystem. Hierzu gehören nicht nur die überweisenden Ärzte wie Kinderärzte, Allgemeinärzte und Fachärzte, sondern auch alle andere Disziplinen wie Psychologen, Therapeuten, Pädagogen und soziale Dienste, welche das Kind entweder als freiberuflich Tätige oder in Einrichtungen und Behörden begleiten. Nicht zuletzt gilt die Beratung und Anleitung vor allem aber den Eltern, welche angeleitet werden müssen, therapeutische Anliegen in den Alltag zu übertragen, und die schließlich oft genug selbst im Mittelpunkt der stützenden Hilfen des SPZ stehen müssen.

Für die erfolgreiche Arbeit mit entwicklungsgestörten und behinderten Kindern ist es unabdingbar, dass alle Beteiligten auf gleichem Informationsstand sind und zusammenarbeiten. Das Sozialpädiatrische Zentrum hat die zentrale Funktion der Zusammenführung der fachlichen Disziplinen und der sozialpädiatrische Bericht die zentrale Funktion der schriftlich verbindlichen Information für alle Beteiligten.

Grundlagen zur Verpflichtung schriftlicher Berichte im SPZ: SPZs arbeiten im Auftrag der überweisenden Ärzte, die auf einen schriftlichen Bericht angewiesen sind. SPZ sind nach § 43a SGB V zur Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplanes verpflichtet. Dabei sind die Grundsätze des Datenschutzes zu beachten.

Empfehlungen zur Weiterleitung der Arztbriefe an die Eltern

Arztbriefe aus dem SPZ sollten im Hinblick auf die spezifische Aufgabenstellung in der Regel auch den Eltern zur Verfügung gestellt werden. Hierbei ist u. a. zu beachten:

- Neben der Fachnomenklatur, z. B. in den EEG-Befunden, allgemein verständliche Formulierungen, zumindest in der zusammenfassenden Beurteilung verwenden;
- alles, was im Brief steht, muss mit den Eltern besprochen sein;
- nach Möglichkeit keine unterschiedlichen Briefe an Arzt und Eltern.

Das Vorgehen hat folgende Vorteile:

- Es wird nicht über die Eltern, sondern für die Eltern geschrieben.
- Eltern können das, was besprochen und vereinbart wurde, nachlesen, nicht Verstandenes nachfragen und Unkorrektes berichtigen lassen.
- Die Position der Eltern wird gestärkt.
- Eltern können den Brief ohne Schweigepflichtprobleme an andere Ärzte oder Therapeuten etc. weiterleiten.
- Wenn der Arzt weiß, dass im Brief unangenehme Sachverhalte angesprochen werden müssen und dies auch die Eltern zu lesen bekommen, dann wird er im Brief abwertende und verletzende Äußerungen vermeiden. Dies kommt dann auch seiner Sprachkultur im Umgang mit den Eltern zugute.

Wenn Patienten bzw. deren Eltern den Arztbrief ausnahmsweise nicht erhalten oder einsehen sollen, weil er

- nicht zur Weitergabe bestimmte subjektive Einschätzungen und Eindrücke des Arztes (analog Psychologen/Therapeuten) enthält oder
 - analog zu den gesetzlichen Bestimmungen bei psychiatrischer Behandlung Angaben enthält, die für eine Krankheitsbewältigung nachteilig sind, oder
 - wenn Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen (z. B. Angehörige, Freunde) berührt werden,
- dann sollte das Weitergabeverbot besonders kenntlich gemacht werden.

12.4 Empfehlungen zur internen Dokumentation

Die Dokumentation im SPZ ist notwendig zur

- Erfassung von Untersuchungsergebnissen diagnostischer Arbeit an einem Patienten. Diese kann in den externen Arztbericht eingehen;
- Berichterstellung therapeutischer Arbeit mit einem Patienten im Sinne der Verlaufsdokumentation entsprechend der Empfehlungen des Altöttinger Papiers.

- Bei langzeitbetreuten Kindern sollen entsprechend den Altöttinger Empfehlungen in drei- bis sechsmonatigen Abständen Therapieberichte erstellt werden.

12.4.1 Formale Struktur und Erfordernisse der internen Dokumentation

- Die Dokumentation muss die allgemeinen Anforderungen an ein Dokument erfüllen, d. h. Angaben über den Patienten, den Verfasser, Datum der Erstellung etc. enthalten.
- Die Dokumentation sollte prinzipiell schriftlich, dokumentenecht und lesbar abgefasst sein.
- Im Text muss eine klare Unterscheidung zwischen erhobenen Befunden und eigener Beurteilung erkennbar sein.
- Bei anamnestischen Angaben muss erkennbar sein, von wem diese stammen.
- Die Angaben sollen so konkret wie möglich sein.
- Jeder erhobene Befund muss dokumentiert werden.
- Es sollten möglichst standardisierte Vorgaben und vorgefertigte Schemata verwandt werden, um Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

12.4.2 Befunddokumentation im Rahmen der Diagnostik

Gliederung der Dokumentation:

- Name des Verfassers
- Datum des Berichts
- Ggf. Name des Betreuungsteams/zugeordneten Arztes im SPZ etc.
- Name des Kindes, Geburtsdatum
- SPZ-Diagnose
- Teilnehmer bei der Befunderhebung
- Art der Befunde
- Methoden der Diagnostik, Testverfahren etc.
- Testergebnisse
- Verhaltensbeobachtung/Interaktionsbeobachtung

- Ressourcen
- Bewertung
- Zusammenfassung
- Schlussfolgerungen

12.4.3 Therapieverlaufsbericht

Erfüllung allgemeiner Anforderungen an ein patientenbezogenes Dokument. Gliederung:

- Name des Verfassers
- Datum des Berichts
- Ggf. Name des Betreuungsteams/zugeordneten Arztes im SPZ etc.
- Name des Kindes, Geburtsdatum
- Behandlungsbeginn/Behandlungsfrequenz
- SPZ-Diagnose
- Schwerpunkt der Störung des Kindes
- Schwerpunkt des therapeutischen Vorgehens
- Behandlungsmethode
- Konkrete, mittelfristig angestrebte Ziele
- Konkrete, langfristig angestrebte Ziele
- Angestrebtes Ende der Therapie
- Einbeziehung der Eltern in die Therapie, Mitarbeit des Kindes, Eltern-Kind-Interaktion, Mitarbeit der Eltern, Umsetzung im Alltag
- Sonstige wichtige Hinweise
- Zusammenfassung und Therapieverlaufsbeurteilung
- Empfehlungen für das weitere Vorgehen, z.B. Therapiepausen
- Nächste geplante Arztvorstellung
- Ggf. Fragestellungen/Hinweise der Therapeutin/des Therapeuten an den SPZ-Arzt
- Unterschrift(en)
- Häufigkeit der Berichterstellung: regelmäßig, z. B. alle 3 bis 6 Monate
- Therapieverlaufsberichte sollen regelmäßig in die für den externen Gebrauch bestimmten Arztberichte Eingang finden.

12.5. Empfehlungen zur externen Dokumentation

12.5.1 Der Arztbrief

Der Arztbrief des Sozialpädiatrischen Zentrums ist der offizielle Brief des SPZ an den überweisenden Arzt, der über die wesentlichen Inhalte der sozialpädiatrischen Arbeit informiert wird. Die Verantwortung für den Arztbrief trägt der ärztliche Leiter des SPZ, der den Arztbrief mitunterzeichnet.

In dem insbesondere für den externen Gebrauch bestimmten Arztbrief können sich die Angaben auf wesentliche Inhalte beschränken.

Die Komplexität sozialpädiatrischer Aufgaben erfordert in Einzelfällen vor oder nach Erstellung eines Arztbriefes eine mündliche Abstimmung zwischen dem SPZ und dem überweisenden Arzt. Die mündliche Information kann den schriftlichen Arztbrief ergänzen, aber nicht ersetzen.

12.5.1.1 Formale Struktur und Erfordernisse beim Arztbericht

- Der Arztbericht muss die allgemeinen Anforderungen an ein Dokument erfüllen, d. h. Angaben über den Urheber, Adressaten, Anschriften, Datum der Erstellung etc. enthalten.
- Im Text muss eine klare Unterscheidung zwischen anamnestischen Angaben, erhobenen Befunden und eigener Beurteilung erkennbar sein.
- Es muss erkennbar sein, von wem die anamnestischen Angaben stammen.
- Es muss angegeben sein, wer die Verantwortung trägt, die Befunde erhoben und den Bericht erfasst hat.
- Die Angaben sollen so konkret wie möglich sein.
- Selbstverständlichkeiten und Floskeln sollten weggelassen werden.
- Lange, verschachtelte Sätze sollten zur besseren Lesbarkeit vermieden werden.

12.5.1.2 Umfang des Arztbriefes

- Der Umfang des Arztbriefes richtet sich nach dem, was für den überweisenden Arzt, z. B. als niedergelassener Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin erforderlich ist, um seine Aufgaben in der Betreuung des Kindes wahrnehmen und die Diagnosen, die Beurteilung des Kindes und die Empfehlungen des SPZ nachvollziehen zu können.
- Es sollte erkenntlich sein, was erfragt und untersucht wurde. Auf irrelevante Normalbefunde kann verzichtet werden. Bei unauffälligen Anamnesen oder Befunden können Oberbegriffe verwendet werden, z. B. „Familienanamnese in Bezug auf Vorstellungsgrund unauffällig“ oder „intern keine auffälligen Befunde“, und es kann ggf. auf die ausführliche Befunddokumentation verwiesen werden.
- Normalbefunde, welche eine Verdachtsdiagnose ausschließen, sollten belegt werden. So sollte beim Ausschluss einer motorischen Störung nicht nur „neurologisch unauffällig“ stehen, sondern die untersuchten Leistungen angegeben werden.
- Weggelassen kann werden, was aus juristischen Gründen notwendig und an anderer Stelle dokumentiert ist.

12.5.1.3 Zusammenfassung von Arztbrief und Behandlungsplan

Nach § 43a SGB V sind die SPZ zur Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplanes verpflichtet. Gleichzeitig arbeiten die SPZ im Auftrag der überweisenden Ärzte, die auf einen schriftlichen Bericht angewiesen sind. So lange vom Gesetzgeber keine anderen Vorschriften gemacht werden, sollte aus inhaltlichen und ökonomischen Gründen der Arztbrief so abgefasst werden, dass er gleichzeitig die Funktion als Behandlungsplan erfüllt.

12.5.1.4 Empfehlungen zu Inhalten und Gliederung von Arztbriefen im SPZ

Allgemeine Angaben:

- Erfüllung allgemeiner Anforderungen an ein patientenbezogenes Dokument (Absender bzw. SPZ-Kopf, Adressat, Ort, Datum, Name, Geburtsdatum, Adresse des Kindes)
- Anrede Arzt

- Vorstellungsdatum bzw. -zeitraum
- Grund der Vorstellung kurz zusammengefasst

Diagnosen:

- Ziffern nach den aktuellen Vorgaben (derzeit ICD-10 GM)
- Beachtung der aktuellen gesetzlichen Codierrichtlinien
- Die Textformulierung der Diagnosen kann SPZ-spezifisch von der offiziellen Formulierung abweichen, z. B. Altöttinger Empfehlungen. Die eindeutige Zuordnung zu den Codierziffern muss aber erfolgen.
- Reihenfolge der Diagnosen nach der Relevanz für die Behandlung

Anamnese:

- Angabe, mit wem und wann erhoben
- Verwendete Vorbefunde (Bei Verweis muss sichergestellt sein, dass der Adressat diese Information auch hat.)
- Familienanamnese
- Eigenanamnese in biografischer Gliederung
- Schwangerschaftsverlauf
- Geburt/Perinatalanamnese
- Frühkindliche Entwicklung
- Weitere Entwicklung und erreichter Stand von Motorik, Sprache, Verhalten, Selbständigkeit
- Medizinische Anamnese, bisherige Erkrankungen
- Fachärzte
- Bisherige Diagnostik
- Sozialanamnese (familiäre Situation, außerfamiliäre Betreuung, soziale Hilfen, Behindertenausweis, Pflegeeinstufung)
- Seitherige Therapie bzw. Heilmittel und Fördermaßnahmen, möglichst mit Angabe der Einrichtungen
- Hilfsmittel
- Aktueller Stand/Vorstellungsgrund ausführlich
- Wenn für die Problematik erforderliche anamnestiche Angaben nicht erhoben wurden, sollte dies angegeben werden.

Befunde: Bei mehreren Untersuchern mit Angabe, von wem diese stammen und wann sie erhoben wurden unter Verwendung welcher (Test-)Materialien und unter Beteiligung welcher Bezugspersonen und evtl. weiterer Mitarbeiter. Einzelergebnisse und fach-

spezifische Zusammenfassung. Übersichtlichkeit in möglichst fester Reihenfolge:

- allgemeinpädiatrische Befunde
- entwicklungsneurologische bzw. neurologisch/motoskopische Befunde
- medizinisch-technische Befunde (Labor, EEG, Bildgebung etc.)
- psychologische Befunde
- therapeutische Befunde
- sozialpädagogische Befunde
- Wenn für die Problematik erforderliche Befunde nicht erhoben wurden, sollte dies angegeben werden.

Beurteilung Epikrise:

- Allgemeinverständlich als Zusammenfassung
- Differenzialdiagnostische Erwägungen
- Stellungnahme zur Ätiologie
- Stellungnahme zur Prognose

Empfehlungen und weiteres Vorgehen: übersichtlich gegliedert, ggf. mit weiterer Begründung

- Weitere Diagnostik (was, wo, mit welchem Ziel)
- Medikation (Grundsubstanz, ggf. Handelspräparat, Darreichungsform, Dosierung)
- Heilmittel mit Dauer, Frequenz, Ziel, Schwerpunkten, Einbeziehung der Eltern, Überprüfung der Indikation wann und durch wen
- Hilfsmittel mit Angabe des Zweckes, des Verordnenden, desjenigen, der kontrolliert
- Förderung mit Dauer, Frequenz, Ziel, Schwerpunkte, Einbeziehung der Eltern
- Soziale Hilfen (BSHG, KJHG)
- Weitere Hilfen und Beratung intern und extern
- Wiedervorstellung

Unterschriften:

- Der Arztbrief soll zumindest von dem für das Kind zuständigen Arzt und dem ärztlichen Leiter unterschrieben werden.
- Da bei Beteiligung weiterer Mitarbeiter diese im Brief namentlich angegeben sind, kann im Interesse der organisatorischen Beschleunigung auf deren Unterschriften verzichtet werden.

12.5.1.5 Arztbriefe bei Langzeitbetreuung

Aufbau prinzipiell wie oben mit Wiedervorstellungsgrund, Zwischenanamnese, Entwicklungsverlauf und relevanten Änderungen. Aktuelle Befunde, Diagnosen, Beurteilung und Empfehlungen. Die Arztberichte sollten nach jeder Arztkontrolle, z. B. in drei- bis sechsmonatigen Abständen erstellt werden.

12.5.1.6 Zeitraum bis zum Versand des Arztbriefes

2 Wochen nach der Untersuchung bzw. 2 Wochen nach der letzten diagnostischen Vorstellung.

Bei länger dauernden diagnostischen Phasen soll der Bericht spätestens nach 3 Monaten erfolgen.

12.5.1.7 Weiterleitung bzw. nachrichtliche Übersendung des Arztbriefes an Dritte

Bedarf – ausgenommen die Eltern oder Sorgeberechtigten – der Entbindung von der Schweigepflicht.

Eine generelle Schweigepflichtentbindung zur Weiterleitung von Arztberichten an Dritte ist rechtlich problematisch, wenn

- es sich um bereits erstellte Arztberichte handelt, welche die Eltern nicht kennen,
- es sich um Arztberichte handelt, welche noch nicht erstellt sind und die Eltern nicht wissen, was darin vorkommt,
- die Adressaten zum Zeitpunkt der Schweigepflichtentbindung noch nicht konkret benannt werden können,
- die Schweigepflichtentbindung in einem überholten Kontext erteilt worden war.

12.5.1.8 Externe Berichtigungswünsche für Arztbriefe

Wenn externe Leser des Arztbriefes Korrekturwünsche zum Arztbrief melden, Richtigstellungen wünschen oder geänderte Neufassungen einfordern, kann und sollte ein Arztbrief nicht ungeschehen gemacht werden. Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- gesondertes Schreiben an die Adressaten, in dem der korrigierte Sachverhalt dargelegt wird,
- vollständig neuer und korrigierter Arztbrief mit neuem Datum der Erstellung und dem Hinweis: „Korrigierte Fassung zum Arztbrief vom ...“

- Bestehen zwischen den Beteiligten abweichende Auffassungen zu den Inhalten des Arztbriefes, dann sollte dies deutlich gemacht werden.

12.5.2 Vom Arztbrief unabhängige externe Berichte

Ärztliche Bescheinigungen für besondere Maßnahmen, z. B. Jugendhilfemaßnahmen, werden unabhängig vom Arztbrief gesondert ausgestellt. Hierfür eignen sich fachlich und juristisch ausgefeilte vorformulierte Texte.

Bei Anforderungen von Berichten von Ämtern oder Krankenkassen sollte prinzipiell darauf verwiesen werden, dass die Eltern den Arztbericht haben, so dass dieser direkt von diesen angefordert werden kann. Dies hat den Vorteil, dass die Eltern wissen, wer Befunde über ihr Kind angefordert hat und selbst entscheiden können, ob für die Fragestellung des Amtes/der Kasse der Arztbrief hinreichend ist oder evtl. auch Angaben enthält, die für die Bearbeitung nicht notwendig sind. Gegebenenfalls kann vom SPZ eine auf die Fragestellung zugeschnittene Bescheinigung ausgestellt werden. Sollten die Eltern nicht (mehr) über den Arztbrief verfügen, muss vor Herausgabe des Arztbriefes an Dritte eine schriftliche Schweigepflichtentbindung beider Eltern bzw. aller Sorgeberechtigten vorliegen.

Im Konfliktfall, z. B. bei sexuellem Missbrauch, steht das Kindeswohl als höheres Rechtsgut über der ärztlichen Schweigepflicht.

12.5.3 Chancen und Gefahren beim Einsatz moderner Möglichkeiten der Datenverarbeitung in der schriftlichen Dokumentation

Chancen

- Neue Möglichkeiten der Qualitätssicherung durch Standardisierung der Anamnese- und Befunderhebung, Beratung und Dokumentation
- Vereinfachung der Dokumentation für den eigenen, innerbetrieblichen Gebrauch

- Verbesserung der Lesbarkeit und Übersicht
- interne Dokumente eignen sich nach formalen Kriterien z. T. auch für den externen Gebrauch
- Mehrfachdokumentation für internen und externen Gebrauch kann zum Teil entfallen
- Erleichterungen für Ärzte, Psychologen und Therapeuten
- Zeitgewinn und Kosteneinsparung

Vorteile für den überweisenden Arzt

- Der Arztbrief wird vollständiger,
- er kann sich auf das Lesen der zusammenfassenden Beurteilung beschränken oder
- seine Information bei Bedarf vertiefen und Schlussfolgerungen besser nachvollziehen.

Gefahren

Gefahren bestehen dann, wenn vorgefertigte Standardarztbriefe eingesetzt werden.

Hiervon wird dringend abgeraten. Diese können keinesfalls gerecht werden

- der komplexen Vielfalt der Probleme im SPZ,
- der Komplexität des Einzelfalls,
- der meist multifaktoriellen Problematik der Kinder,
- den individuellen Bedürfnissen der Kinder und Eltern,
- den speziellen sozialen Möglichkeiten der Patienten,
- der konkreten Versorgungsstruktur vor Ort.

12.6 Literatur

Leitfaden Patientenrechte in Deutschland des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Ordnung sowie des Bundesministeriums der Justiz nachgekommen werden. Stand 2. Auflage, Juli 2003. Bestellanschrift des BMGS: Bestell-Nr. A 407.

Qualität in der Sozialpädiatrie, Band 1, Altöttinger Papier, BAG Sozialpädiatrischer Zentren, Februar 2003, Dr. H. Hollmann (Sprecher) et al, Vivantes Diagnose- und Behandlungszentrum (DBZ), Platanenallee 23–25, 14050 Berlin