# Schlussbericht SBE / Dekurs

## Allgemeines

Der Schlussbericht sollte am Tag der Entlassung fertig gestellt und den Patienten mitgegeben werden. Er stellt gleichzeitig den endgültigen „Arztbrief“ dar und beinhaltet Entlassungsdiagnosen, aktuelle Therapie bzw. Therapieempfehlung und weiteres Procedere. Bitte beachte dass nach Senden des Entlassungsbriefs keine Änderungen an der Diagnose-Reihung mehr möglich sind!

## Schlussbericht SBE Gliederung

**Aufnahmegrund**: Zuweisungstext, Parere (UbG)

bei Aufnahmen ohne Zuweisung: kommt ohne Einweisung mit/ohne Rettungstransport und kurz Grund dafür nennen (akute ??? Symptomatik, Suizidalität, Krisensituation etc.)

**Diagnosen** mit ICD 10 Code, eventuell Präzisierung im Diagnose-Text (z.B. bipolar II, gegenwärtig schwere Episode etc.)

**Durchgeführte Maßnahmen:**

**Empfohlene Medikamente**: mit internationalen Freinamen in mg Tagesdosis

(z.B. Tresleen (Sertralin) 100 / 0 / 0 / 0 mg)

eventuelle detaillierte Therapie Empfehlungen (z.B. Dosissteigerung oder -reduktion um ?? mg in ?? Wochen)

**weitere empfohlene Maßnahmen**: Indikation für Psychotherapie (falls möglich Empfehlung spezieller Psychotherapie - Verfahren (z.B. kognitive VT bei Phobien, Paar-Therapie bei Beziehungskonflikten etc.)

andere Therapie Empfehlungen wie Langzeit-Entwöhnung Psychosomatik etc.

psychosoziale Nachbetreuung: Empfehlung, Einrichtungen und ev. Termine

**Termine, Kontrollen Wiederbestellung**: notwendige Laborkontrollen (Lithium, T3, Antikonvulsiva etc.), Termine bei Ärzten und Ambulanzen, Kontrolluntersuchungen (EKG, Nuklear, etc.)

**Zusammenfassung des Aufenthaltes**

Die Zusammenfassung soll kurz und prägnant sein – wichtig sind die FAKTEN, nicht der verbindende Text. Vermeide Floskeln, bitte kein Amtsdeutsch: „es wird in der Folge eine antidepressive Medikation eingeleitet…“ und verwende Zahlwörter nur, wenn es Sinn macht („…eine depressive Symptomatik – gibt’s denn auch zwei?). Einfache, kurze Sätze, klare Sprache, z.B.: (teil)stationärer Aufenthalt wegen ??? klinischer Symptomatik, davon n Tage im Akutbereich, x-Untersuchungen, y-Pharmakotherapie z-Entlassung/Verlegung in klinischem ??? Zustand nach ???

Bitte keine negativen oder diskriminierenden Formulierungen, nur neutrale Beschreibungen. Viel wichtiger sind Informationen über durchgeführte (Ergebnis) oder unterlassene (warum?) Untersuchungen, falls nötig Erläuterung zu Diagnose oder aktuelle Therapie (insbesondere bei Off-label Therapie) und bei vorzeitiger Entlassung oder Verlegung. Detaillierte Informationen für UNS über den aktuellen oder zukünftige Aufenthalte gehören in einen Dekurs!

**8ung! der SBE ist über Soarian im Klinikum einsehbar!!!**

Daher bitte keine persönlichen oder biographischen Informationen!!! Ob Konkurs, Scheidung oder Gerichtsverfahren – wir verweisen nur auf „aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren“. Etwas konkreter sind „Verlusterlebnisse“ oder „traumatische Erfahrungen“, dass war’s auch schon. Nur das allernötigste – je kürzer desto besser!

##  Struktur SBE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategorie** | **Unterkategorie** | **Beispiele, Erläuterungen** |
| Aufnahmegrund |  | Zuweisungstext |
| Diagnose bei Entlassung | Haupt-Dg |  |
| Neben-Dg |  |
| durchgeführte Maßnahmen |  |  |
| empfohlene Medikamente  | MedikamenteName (Substanz) | Früh/mittag/abend/nacht, in mg |
| Dosierungshinweise  | wann wie absetzen usw. |
| weitere empfohlene Maßnahmen | Weiterbehandlung PsychotherapiePSD | Laborkontrollen, etc.Aufnahme an Sonder-KHReha-Klinik, PSO usw. |
| Termine Kontrollen Wiederbestellung |  | ambulante Termine |
| Zusammenfassung des Aufenthaltes | Text  |  |
| erhobene Befunde |  | kommt automatisch dazu |
| Anamnese | Voranamnese | kommt nicht zum SBE |
|  | Anamnese | kommt nicht zum SBE |
|  | Fremdanamnese | kommt nicht zum SBE |
| Information | fakultativ | spezielle Informationen |

## Dekurs

Das Format Dekurs steht zur Dokumentation aller relevanter Informationen, die den aktuellen Aufenthalt betreffen wie Verlauf und Ergebnis der Behandlung, klinische Beobachtungen, besonderer Ereignisse und wichtige Informationen über Patienten, zur Verfügung. Im „Decursus morbi“ können all jene Informationen gespeichert werden, die bei einem weiteren Aufenthalt nützlich sein können.

**8ung 🡪** Der Dekurs ist im Soarian geschützt und nur von der PSY einsehbar!!!

**wichtig**: falls ein ausführlicher Schlussbericht angefordert wird muss dieser anhand des Dekurses nachträglich erstellt werden können! Patienten und ihre Vertreter haben Einsicht in die Krankengeschichte und somit auch in den Dekurs.

**Inhalt Dekurs**

Verschwende keine Zeit mit stilistischen Feinheiten: Dekurse dürfen auch STICHWORTARTIG sein – wichtig sind die FAKTEN, nicht der verbindende Text.

Vermeide Floskeln und redundante Information die bereits in der Anamnese abgespeichert ist

Bitte kein Amtsdeutsch: „es wird in der Folge eine antidepressive Medikation eingeleitet…“ und Zahlwörter nur, wenn es Sinn macht („…eine depressive Symptomatik – gibt’s denn auch zwei?). Einfache, kurze Sätze, klare Sprache.

Bitte keine negativen oder diskriminierenden Formulierungen, nur neutrale Beschreibungen.

Viel wichtiger sind Informationen über durchgeführte (Ergebnis) oder unterlassene (warum?) Untersuchungen, Gründe für gerade diese Medikation und Hinweise, was im Falle einer Wiederaufnahme (wo auch immer) geschehen sollte (Plasmaspiegel, Labor, PSY- Konsil)

## Struktur Dekurs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategorie** | **Unterkategorie** | **Beispiele, Erläuterungen** |
| Einweisung / Aufnahme | EinweisungsgrundAnzahle der Voraufenthalte | Anführen der wichtigsten Informationen - Stichworte |
| Symptomatik Aufnahme | auffälligste Symptome | Aufnahme-Score (MADRs, BPRS usw.) |
| (Verdachts)Diagnose | Begründung | Differentialdiagnosen |
| Therapie und Verlauf | Psychopharmaka | Unwirksame MedikamenteNebenwirkungen, besondere Indikationen, Compliance... |
|  | Therapeutische Behandlungsmaßnahmen | Psycho-, Ergo-, Physio-, Musik-, Sporttherapie |
|  | klinische Psychologie  | Psycholog. Gespräche |
|  | somatische Therapie | Konsile  |
| Befunde | Psychologie, EEG, Bildgebung, Labor | pathologische Befunde kurz kommentieren  |
| Symptomatik Entlassung | CGI / Scores | Entlassungs-Score  |
| Wichtige Informationen | Krankheitseinsicht, Non-Compliance, Prognose | Behandlungsabbruch, Therapieresistenz. |

## Spezielle Hinweise

Bitte auf folgende Punkte besonders achten:

**Benzodiazepine (BDZ) & Tranquilizer**

Grundsätzlich sollten Patienten ohne Benzodiazepine entlassen werden. Wenn dies nicht möglich ist, UNBEDINGT die maximale Dauer der empfohlenen Behandlung und das Tempo der schrittweise Dosisreduktion bis zum Absetzen angeben

(z.B. Praxiten (Oxazepam) 7,5 – 0 – 0 – 15 mg; Dosisreduktion um 7,5mg alle 3 Wochen)

**Antikonvulsiva**

Indikation angeben (antikonvulsiv / Phasenprophylaxe / Entzug / antiaggressiv / Schmerztherapie)
Valproat bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter: Folsäuresubstitution (Folsan 5mg) für die Dauer der Valproatgabe

immer Oxcarbazepin anstatt Carbamazepin verwenden

**Antipsychotika (AP)**

Kombination von 2 AP  immer Rücksprache mit FA

Depot – AP: Dosis, Intervall, Datum der letzten und der nächsten Injektion.

## Laborkontrollen:

**Leponex (Clozapin)**

Blutbild-Kontrollen (Leuko, Thrombo) wenn Clozapin neu begonnen oder Dosis erhöht wurde (auch bei früherer Clozapintherapie): die ersten 6 Monate wöchentlich, die nächsten 6 Monate 2-wöchentlich, danach: monatlich

**Lithium**

Lithiumspiegel (bei Neueinstellung 1 -2 x / Woche), danach 1 / Monat, nach 6 Monaten alle 1 -3 Monate. Nierenfunktions- & Schilddrüsenfunktionsparameter mindestens 2x jährlich

**Valproat**

LFP, Gerinnungsstatus, Amylase, Lipase (vor der Entlassung, dann vierteljährlich)

**Oxcarbazepin, SSRI** (bei älteren Patienten)

Elektrolytkontrollen in den ersten 3 Monaten

Oxcarbazepin, Lamotrigin, Valproat: keine routinemäßigen Serumspiegelkontrollen, nur zur Compliancekontrolle

☞ **zu Beginn des Diktats**

Namen des Diktierenden und des Patienten nennen

die Empfänger des SBE nennen (sonst geht der SBE an den Arzt, der bei der Aufnahme als behandelnder Arzt angegeben worden ist)

langsam und klar sprechen, Aufnahme gelegentlich kontrollieren