

MEDIZINISCHE DOKUMENTATION

Kerndatensatz „Notaufnahme“

Ein einheitlicher Datensatz ermöglicht künftig eine standardisierte Dokumentation der Behandlung von Notfallpatienten in Kliniken.

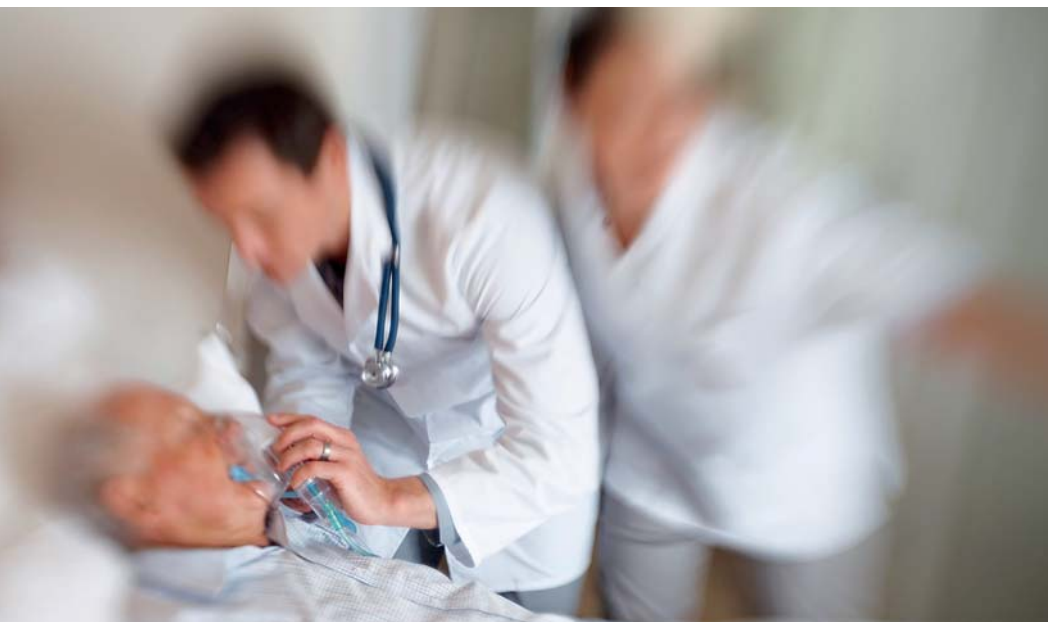


Foto: iStockphoto

Das Konzept zur innerklinischen Notfalldokumentation umfasst über den Basisdatensatz hinaus symptomorientierte Zusatzmodule beziehungsweise prozessbasierende Erweiterungen, wie etwa das Modul „Anästhesie“.

Anders als in der präklinischen Versorgung gab es bislang in Deutschland keine dem DIVI-Notarzteinsatzprotokoll vergleichbare standardisierte Dokumentation der frühen innerklinischen Versorgung von Notfallpatienten (DIVI = Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.). Kliniken in Deutschland verwenden in der Regel meist in Eigenregie erstellte, untereinander nicht kompatible Protokolle. Selbst unter den einzelnen Fachdisziplinen innerhalb der Kliniken sind diese häufig nicht austauschbar. Schließlich gibt es neben der heterogenen Dokumentation der Routineversorgung keine standardisierte Erfassung von Daten der Notfallversorgung, die für ein bundesweites Benchmarking verwendet werden können. Die Daten unterschiedlicher Register (wie Traumaregister, Schlaganfallregister, Reanimationsregister), die einen jährlichen Qualitätsbericht ermöglichen, werden derzeit meist noch in einem personalaufwendigen Prozess retrospektiv eingegeben.

Die 2007 gegründete Sektion „Notaufnahmeprotokoll“ der DIVI hatte sich zum Ziel gesetzt, einen standardisierten Kerndatensatz für die frühe innerklinische Notfallversorgung zu entwickeln. Der Datensatz sollte zusätzlich zur Dokumentation von klinisch relevanten Informationen die Kerndaten des Qualitätsmanagements enthalten und dabei gleichzeitig medikolegalen Aspekten genügen.

Sechs Module

Nach einer Analyse der aktuell verwendeten Dokumentationskonzepte verschiedener Notaufnahmen und unter Einbeziehung der Datensätze bestehender Register und Kerndatensätze hat das Expertenteam einen interdisziplinär und interprofessionell verwendbaren Datensatz definiert. Dieser wurde zudem in der Praxis an einigen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen evaluiert.

Das modulare Konzept zur innerklinischen Dokumentation aller Patienten einer zentralen Notaufnahme

enthält bislang sechs Module. Ausgehend von einem Basisdatensatz für alle Patienten wurden symptomorientierte Zusatzmodule (zum Beispiel Schwerverletztenversorgung, Neurologie) beziehungsweise prozessbasierende Erweiterungen in Form der Module „Überwachung“, „Anästhesie“ und „Konsil“ erarbeitet. Der 676 Items umfassende Datensatz wurde im Dezember 2010 vom Präsidium der DIVI konsentiert. Damit ist die Version 1.0 des Kerndatensatzes „Notaufnahme“ freigegeben. Sie ist online unter der Adresse www.notaufnahmeprotokoll.de verfügbar.

Grafische Umsetzung

Um die Kliniken bei der Einführung des Kerndatensatzes zu unterstützen, steht dort auch eine grafische Umsetzung als Notaufnahmeprotokoll mit sämtlichen Modulen zum Download bereit.

Damit redundante Erfassungen vermieden werden, wird eine Implementierung des Kerndatensatzes in die klinischen Informationssysteme angestrebt. Weil in der innerklinischen Versorgung von Notfallpatienten interdisziplinär und interprofessionell gearbeitet wird und die verschiedenen Disziplinen weiter ihre etablierten Informationssysteme (wie etwa RIS, PACS in der Radiologie, AIMS in der Anästhesie) einsetzen werden, ist es für die Akzeptanz des Kerndatensatzes erforderlich, dass zeitnah ein Kommunikationsstandard entwickelt wird.

Um dies zu erreichen, haben sich die DIVI-Sektionen Informations- und Medizintechnik und Notaufnahmeprotokoll mit den Registern, Standardisierungsorganisationen und Institutionen zu der Initiative AKITN (Aktionsbündnis für Kommunikationstechnologie in Intensiv- und Notfallmedizin) zu-

sammengefunden. Die Ziele der Initiative:

- Harmonisierung der Datendefinition und Schaffung eines Interoperabilitätsstandards in Intensiv- und Notfallmedizin
- Erarbeitung eines nationalen Notaufnahmeregisters
- Entwicklung eines generischen Konzepts für eine Kommunikationsinfrastruktur zwischen Rettungsdienst und Klinik.

Die Vision ist, durch die Entwicklung und Verbreitung von Kommunikationsstandards in diesem Bereich die Datenzusammenführung aus unterschiedlichen Informationsquellen vom Rettungsdienst über die Notaufnahme bis zur Intensivstation zu automatisieren und so die Behandlungskontinuität zu optimieren. Die dabei entstehenden Datensätze wären durch die einheitliche Definition der verschiedenen Kerndatensätze genormt und würden für innerklinische Auswertungen, für ein bundesweites Benchmarking sowie für Fragen der Versorgungsforschung zur Verfügung stehen. ■

Felix Walcher, Martin Kulla
Sektion Notaufnahmeprotokoll der DIVI

Kontaktadresse

Prof. Dr. med. Felix Walcher
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Zentrum der Chirurgie, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt,
walcher@trauma.uni-frankfurt.de



Erarbeitung des Kerndatensatzes „Notaufnahme“ durch die Mitglieder der Sektion Notaufnahmeprotokoll (weitere Mitglieder der Sektion unter www.notaufnahmeprotokoll.de):

Dr. G. Altmann, Zentrale Notaufnahme Offenbach
Dr. M. Berhard, Interdisziplinäre Notaufnahme Fulda
Prof. Dr. O. Busse, Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Berlin
Dr. I. Graeff, Notfallzentrum, Uniklinik Bonn
Prof. Dr. A. Gries Interdisziplinäre Notaufnahme Fulda
Dr. B. Hogan, Zentrale Notaufnahme, Asklepios-Klinik, Hamburg
S. Klinger, Abteilung für Anästhesie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Dr. M. Kulla, Abteilung für Anästhesie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Prof. Dr. R. Lefering, Institut für Forschung in der operativen Medizin, Köln
Prof. Dr. I. Marzi, Unfallchirurgie, Uniklinik Frankfurt
Dr. P. Petersen, Zentrale Notfallaufnahme, Universitätsklinikum Aachen
Prof. Dr. P. Schellinger, Neurologische Klinik Minden
Prof. Dr. F. Walcher, Unfallchirurgie Frankfurt

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Die Spargesetze wirken

Die Krankenkassen haben 2010 mehr Geld ausgegeben als eingenommen. Ab dem 1. August flachte sich der Ausgabenanstieg deutlich ab.

Die gesetzlichen Krankenkassen verzeichneten im Jahr 2010 Einnahmen in Höhe von 175,29 Milliarden Euro. Dem standen Ausgaben in Höhe von 175,74 Milliarden Euro gegenüber. Daraus ergibt sich ein Defizit in Höhe von 450 Millionen Euro. 2009 hatten die Kassen noch einen Überschuss in Höhe von 1,4 Milliarden Euro erzielt.

„Die erhebliche Verschlechterung der Finanzsituation der GKV 2010 macht deutlich, wie wichtig es war, mit dem GKV-Finanzierungsgesetz und dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz dieser Entwicklung rechtzeitig entgegenzuwirken“, betonte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler. Ohne die seit dem 1. August greifenden Sparmaßnahmen wäre das Defizit noch höher ausgefallen.

In den Einnahmen der Kassen enthalten sind 170,35 Milliarden Euro Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und 660 Millionen Euro Zusatzbeiträge. Hinzu kommen die nicht ausgewiesenen Einnahmen der landwirtschaftlichen Krankenkassen (die nicht am Gesundheitsfonds teilnehmen) und die Eigenbeteiligungen der Versicherten, unter anderem die Praxisgebühr und Arzneimittelzuzahlungen.

Die Leistungsausgaben der Kassen stiegen im Gesamtjahr 2010 um 3,1 Prozent je Versicherten. Im ersten Halbjahr hatte der Anstieg noch bei 4,2 Prozent gelegen. Diese Abflachung beim Ausgabenanstieg ist maßgeblich auf das Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zurückzuführen: Der Anstieg der Arzneimittelausgaben, der je Versicherten im ersten Halbjahr noch bei 4,8 Prozent gelegen hatte, betrug im Gesamtjahr 2010 nur noch 1,3 Prozent. Die Ausgaben je Versicherten für die ambulante ärztliche Behandlung erhöhten sich 2010 um 2,6 Prozent (2009: plus 7,4 Prozent). Aller-

dings beruhen die vorläufigen Finanzdaten in diesem Ausgabenbereich noch auf Schätzungen, weil Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen noch nicht für das ganze Jahr vorliegen. Der Anstieg bei den Ausgaben für die Krankenhausbehandlung lag je Versicherten bei 4,7 Prozent (2009: plus 6,6 Prozent).

Gesundheitsfonds im Plus

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Beiträgen und Bundeszuschüssen lagen 2010 bei 174,59 Milliarden Euro. Davon flossen 170,35 Milliarden Euro an die Kassen. Somit ergibt sich ein Überschuss in Höhe von 4,2 Milliarden Euro, der im Wesentlichen auf die positive konjunkturelle Entwicklung zurückgeht. Nach dem Defizit in Höhe von 2,48 Milliarden Euro 2009 kann der Gesundheitsfonds somit erstmalig seine Liquiditätsreserve auffüllen. Das ist ein wichtiger Punkt. Denn laut Gesetz muss diese Liquiditätsreserve immer 20 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe betragen (derzeit circa drei Milliarden Euro).

Die Liquiditätsreserve dient dem Ausgleich unterjähriger Einnahmenschwankungen und etwaiger Einnahmeneinbrüche. Ab 2012 bis 2014 ist aus der Liquiditätsreserve auch der Sozialausgleich für Geringverdiener bei einer Erhebung von Zusatzbeiträgen zu bezahlen. 2011 erhält der Gesundheitsfonds dafür einmalig zwei Milliarden Euro aus Steuermitteln. Ab 2015 leistet der Bund dann regelmäßige zweckgebundene Zahlungen an den Gesundheitsfonds zur Finanzierung des Sozialausgleichs. Nach dem am 16. März vom Bundeskabinett beschlossenen Finanzplan sollen diese jährlich bei 700 Millionen Euro jährlich liegen. Rösler hatte zwei Milliarden Euro gefordert. ■

Jens Flintrop