

Notfalldaten auf der Gesundheitskarte: Nutzen bleibt unklar

Bringt die Speicherung eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte eine Qualitätsverbesserung der Behandlung mit sich? Der Ausschuss eHealth der Ärztekammer Nordrhein merkt kritisch an, dass die von Ärztinnen und Ärzten geforderte Relevanz der Daten im derzeitigen Konzept nicht ausreichend berücksichtigt ist. Es sei zu befürchten, dass es vor allem um Akzeptanzwerbung für die Karte bei den Patienten geht.

von **Christiane Groß**
und **Ulrike Hein-Rusinek**

Eine der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ist die Speicherung des Notfalldatensatzes. Entsprechend dem Konzept¹ wird durch die Nutzung dieser Anwendung eine Qualitätsverbesserung der Notfallbehandlung erwartet. Sowohl Patienten als auch Ärzte sehen in der Speicherung bestimmter Notfalldaten eine Verbesserung der Überlebenschancen im Notfall.

Erwartungen

Aus Sicht der Patienten

Viele Patientinnen und Patienten stellen sich vor, dass im Datensatz wichtige Diagnosen und lebensbedrohliche Allergien vermerkt sind, ebenso aktuelle Medikationen insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Nach Meinung der Bevölkerung ist es auch besonders wichtig, dass im Notfall die Dokumentation der Blutgruppe vorhanden sein muss. Hierbei dominiert das vermeintliche Wissen über die Blutgruppenzugehörigkeit und die damit verbundene Vorstellung von lebensrettemdem Blutersatz die Diskussion in der Öffentlichkeit.

Aus Sicht der Politik

Die Gesundheitspolitiker erwarten neben der Qualitätsverbesserung über die Speicherung der Notfalldaten eine hohe Akzeptanz der eGK durch die Patienten. Daher wird in der Öffentlichkeit mit der schnellen Bereitstellung von Notfalldaten für die Einführung der eGK geworben. Denn wer will bestreiten, dass es wünschenswert ist, Notärzten in Sekunden schnelle lebensrettende Informationen zur Verfügung zu stellen, wenn es bei Patienten um Leben und Tod geht?

Aus Sicht der Ärzteschaft

Die Ärztinnen und Ärzte erwarten, dass in bedrohlichen Situationen, in denen ein Patient nicht mehr ansprechbar ist und/oder unbekannte Vorerkrankungen hat, Basisinformationen vorliegen, die es dem behandelnden Notarzt ermöglichen, schnell und wirkungsvoll zu handeln. Die Erwartungen beziehen sich hier nicht nur auf die Situation in einem Notfall, sondern auch darauf, einen Patienten nach einem akuten Notfall weiter zu behandeln. Ebenso essentiell sind Erwartungen der Ärzte an die Lesbarkeit der Daten in einem Notfall. Die Daten müssen auch ohne Online-Anbindung bei Nichtansprechbarkeit der Patienten zur Verfügung stehen und verlässlich sein.

Organisation der Notfalldaten

Nach dem Fachkonzept² wird die Dokumentation der Notfalldaten nur auf Wunsch der Versicherten vorgenommen. Es besteht im Gegensatz zur Kontrolle der Versichertenstammdaten und zum elektronischen Rezept für die Versicherten keine Verpflichtung, im Rahmen des Behandlungsvertrages die Notfalldaten speichern zu lassen. Werden die Notfalldaten dokumentiert, muss der Patient eine Einwilligung erteilen, die Ärztin oder Arzt

wiederum schriftlich dokumentieren müssen. Die auf der eGK gespeicherten Daten sollen von den behandelnden Ärzten (sowohl stationärer als auch ambulant und sogar im zahnärztlichen Bereich) angelegt und stets aktualisiert werden. Datum und Uhrzeit der letzten Aktualisierung sind auf der eGK ablesbar. Auch wenn die Patienten Daten auf der eGK nicht verändern können, so können sie diese aber ohne die Mithilfe eines Arztes, nur mit ihrer eGK als Schlüssel, komplett verbergen. Nach dem Verbergen sind die Daten dann zwar noch auf der Karte vorhanden, aber nicht mehr sichtbar.

Welche Erwartungen sind realistisch?

Informationeller Nutzen

Unbestritten ist der informationelle Nutzen. Neben Namen und Telefonnummer des behandelnden Arztes und einer eventuell zu benachrichtigenden Person ist derzeit die Speicherung von bis zu fünfzehn notfallrelevanten Diagnosen, Operationen und bis zu zwanzig notfallrelevanten Medikamenten (Handelsnamen und Wirkstoffe) geplant. Informationen über Allergien und Unverträglichkeiten kommen hinzu. Die Lesbarkeit der Daten soll durch ein tragbares, nicht netzgebundenes Lesegerät gewährleistet werden. Blutgruppendokumentationen sind aus ärztlicher Sicht im präklinischen Notfall irrelevant.

Therapeutischer Nutzen

Von ärztlicher Seite bedeutet die derzeitige Konzeption der Notfalldaten vom Umfang her eine Fortführung der bisherigen Notfalldokumentation auf Papier (Notfallausweis). Das Nutzungskonzept wurde in Zusammenarbeit mit Notärzten³ entwickelt und wird von daher eng auf das Nutzungsspektrum Notfall begrenzt. Die Begrenzung auf die Notfallsituation bedeutet, dass sowohl ein Arzt, der zum Beispiel einen Hausbesuch bei einem unbekanntem Patienten macht, als auch ein Arzt, der einen Patienten nach einem Notfall in einem Krankenhaus behandelt, nicht auf die Daten zugreifen darf. Die Daten sind ohne die PIN des Patienten derzeit nur mit dem elektronischen Arztausweis, später auch mit einem anderen Heilberufsausweis (zum Beispiel von Rettungsassistenten) zu lesen.

¹ SGB V §291 a

² „Fachkonzept Daten für die Notfallversorgung“, Gesellschaft für Telematikanwendung (gematik)

³ http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/IT_Kompakt_2006_11_ohne_Kopierschutz_.pdf



Die Speicherung eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte soll eine Qualitätsverbesserung in der Notfallbehandlung bringen, doch für den Notarzt stehen nach dem derzeitigen Konzept außerhalb des Notfalleinsatzes weniger Daten zur Verfügung als bisher.

Foto: Picture-alliance/Sander

Unbestritten ist die Vorstellung, dass mit Recht bei einem Notarzt-Einsatz nur Informationen von äußerster Relevanz erwartet werden. Dann ist man auch bereit, neben Notfallkoffern, Beatmungsgeräten, Absaugern etc. ein zusätzliches Lesegerät an Unfallorten, in Dachwohnungen und andere entlegene Einsatzorte mitzuführen und einzusetzen. Die geforderte Relevanz ist aber fraglich.

Nehmen wir das Beispiel eines hypovolämischen Schocks, der sich anhand der klinischen Symptome offenbart. Selbst wenn die schnell abgerufene eGK-Information Hinweise auf eine fatale Medikationenkombination von Thrombozytenaggregationshemmer und NSAR geben würde, ist dies für eine Notfall-Therapie vor Ort vollkommen unerheblich. Allein die schnelle symptomatische lebensrettende Behandlung und die zur Transportfähigkeit führende Stabilisierung sind zu gewährleisten. Damit hat die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherte Zusatzinformation erst bei der weiteren Behandlung für die weitere Diagnostik und Therapie, zum Beispiel nach Einlieferung in ein Krankenhaus, einen gewissen Nutzen.

Bezogen auf die Verlässlichkeit und Aktualität der Daten geht es einem Notarzt beim Lesen der Notfalldaten trotz Dokumentation neuester Datenupdates nicht viel besser als mit der Sammlung von diversen Verordnungszetteln oder mit einer Ansammlung von Medikamenten-Pakungen, die er möglicherweise vorfindet. Ob der Patient wirklich die zuletzt verordneten Medikamente nimmt oder doch die

zuvor verschriebenen Tabletten ist auch mit der Notfalldatendokumentation nicht geklärt.

Wünschenswerte zusätzliche Informationen

Die Gewichtung der Diagnosen und Operationen muss überdacht werden, da beispielsweise die Angaben über fortgeschrittene metastasierte Carcinome und Angaben über Ausprägungsgrade seniler Demenz eher entscheidend sein können als Angaben wie „COPD, KHK, interner Defibrillator“ oder gar „Glasauge und Kontaktlinsen“, die bisher in der Liste der „Notfallrelevanten Diagnosen/Operationen/Prozeduren und Medikationen“⁴ aufgenommen sind. Zurzeit können andere Diagnosen und Erläuterungen zu Erkrankungen nur unter der Rubrik „weitere Angaben“ in eng begrenztem Rahmen (45 Zeichen)⁴ hinzugefügt werden.

Einträge über eine Patientenverfügung, von Versichertem und behandelndem Arzt möglichst zeitnah signiert, würden das Handeln im Notfall erleichtern und im Interesse der Selbstbestimmung der Patienten sein. Solch wichtige Informationen, die insbesondere die Selbstbestimmung auch nicht mehr artikulationsfähiger Notfallpatienten betreffen, fehlen auf der eGK. Obwohl die gespeicherten Informationen über Diagnosen und Medikationen somit in der akuten Notfallsituation nur bedingt hilfreich sind, dürfen die Daten in der Aufnahmesituation im Krankenhaus nach Ansicht der Landesbeauftragten für Datenschutz in Nord-

rhein-Westfalen nicht benutzt werden. Sie sind ausschließlich der Behandlung der akuten Notfallsituation vorbehalten. Damit verliert die als ein Herzstück der eGK geplante Speicherung der Notfalldaten stark an Relevanz.

Zusammenfassung

Die Dokumentation von bestimmten notfallrelevanten Daten ist sinnvoll, wenn die Daten nicht nur in der Notsituation zu nutzen sind, sondern insbesondere (auch) bei einer anschließenden Weiterbehandlung. Darüber hinaus ist zu fordern, dass die Aufnahme weiterer Diagnosen und Hinweise, die im Besonderen die Selbstbestimmung der Patienten unterstützen, konzeptionell überarbeitet wird. Die wünschenswerte Dokumentation von Patientenverfügungen müsste mit einer Signaturkarte des Versicherten unterschrieben sein. Da die wenigsten Versicherten derzeit jedoch eine eigene Signaturkarte besitzen, kann hier nur ein Hinweis auf eine Patientenverfügung gegeben werden. Ob dies im Notfall nützt, ist fraglich. Die Nutzung der Daten in einer Notsituation muss unter der Prämisse erfolgen, dass der Einsatz der Notfalldaten auch in extremen Situationen möglich, durchführbar und nicht primär zeitraubend ist. Selbst wenn die Daten auf der eGK ständig aktualisiert wurden, können wirklich notwendige Informationen nicht immer abgeleitet werden. Daher muss sichergestellt sein, dass die Notfallakte weder alt noch überholt noch unvollständig ist.

Fazit

Solange diese Forderungen nicht gewährleistet sind, bleibt die Frage über den Sinn und Unsinn einer solchen Datenspeicherung weiter bestehen. In Bezug auf die Akzeptanz bei den Patienten dient die Notfallakte damit momentan noch mehr dem Schein als dem Sein. Für den Notarzt stehen momentan nicht mehr oder außerhalb des Notfalleinsatzes sogar weniger Daten zur Verfügung als bisher. Folglich bedeutet die Einführung des Notfalldatensatzes bisher noch keine grundlegende Verbesserung.

Dr. med. Christiane Groß M.A.,
Vorsitzende des Ausschusses „eHealth“
der Ärztekammer Nordrhein
Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek,
Mitglied im Ausschuss „eHealth“
der Ärztekammer Nordrhein; aktive Notärztin

⁴ „Fachkonzept Daten für die Notfallversorgung“, Gesellschaft für Telematikanwendung (gematik)