



Abbildung 3: Die „Big Ten“

deckung. Dieser Trend wird sich verstärken, wenn vom nächsten Frühjahr an die Magnetstreifenkarte als Versicherungsausweis unsere Krankenscheine ersetzt. Dann ist die zeitraubende und fehlerträchtige handschriftliche Übertragung von Patientendaten auf Karteikarten, Formulare und Laufzettel passé, die KV-Abrechnung erfolgt papierlos. Wer den Computer sinnvoll nutzt, verwendet die frei werdende Zeit für leistungsorientierte Aktivitäten.

Allmählich dringt die EDV auch in die Medizin ein. Bevor jedoch Expertensysteme die Diagnostik und Therapie im Praxisalltag wirksam unterstützen, muß die Begriffswelt standardisiert werden, sind die Schnittstellen zwischen den Systemkomponenten und zwischen Mensch und Maschine zu definieren. Kein geringerer als die EG-Kommission definiert zur

Zeit den „Minimum Basic Data Set“ für die ambulante Medizin. Praxisintern läßt sich schon jetzt die Medizintechnik mit dem Verwaltungsrechner koppeln. Extern bringen die neuen Übertragungsnetze der Post bessere Qualität, höhere Geschwindigkeit und geringere Kosten für eine zwischenbetriebliche Kommunikation. Elektronische Post zwischen Praxis und Gemeinschaftslabor, zur Befundbriefübersendung, mit der Abrechnungsstelle oder dem Krankenhaus wird heute schon praktiziert.

Zentral gepflegte Arzneimittelinformationssysteme stehen jeder Praxis zur Verfügung. Datenbanken sind beispielsweise über das DIMDI in Köln weltweit im Zugriff. Die Trägersysteme für Daten, Bilder und Sprachen werden zur Zeit flächendeckend ausgebaut (ISDN). Wenn sich neuerdings die Patienten mit-

tels der Selbsttherapieratschläge ihrer Krankenkassen per Btx „schlau“ machen können, muß speziell der Arzt verstärkt fachspezifische Informationsquellen anzapfen, um einen angemessenen professionellen Vorsprung zu halten. Sonst steht zu befürchten, daß sich mittelfristig ein Arzt, der sich die modernen Kommunikationsmedien nicht nutzbar macht, Gefahr läuft, nicht ernst genommen zu werden, bei nicht optimaler Behandlung gar eines Kunstfehlers bezichtigt zu werden.

### Normales Inventar

Nachdem nun auch die Juristen der Landesorganisationen die elektronische Karteikarte unter bestimmten Datenschutz- und Sicherheitsmaßnahmen als rechtmäßige Dokumentation eingestuft haben, zählt ein EDV-System zum „normalen Inventar“ der Arztpraxis. Da Informatik bislang weder zur Ausbildung des Mediziners noch zu der des Praxispersonals zählt, bleibt die DV-gestützte Organisation gewöhnungsbedürftig. Der Niederlassungsservice der Kassenärztlichen Vereinigungen bietet regional kompetente und vor allem

neutrale Beratung. Die ablauforganisatorisch geschickte Integration der Datenverarbeitung zur Optimierung des eigenen Medizinbetriebs bleibt Aufgabe der Praxisinhaber und ihrer Helferinnen.

### Literatur (Auswahl):

- Berresheim, Klaus: Organisation und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, Stam-Verlag, Köln-Porz 1987
- Geiss, Erhard: Praxisrechner, EDV-Organisation in der ambulanten Medizin. Grundlagen, Erfahrungen, Entscheidungshilfen. Medipress-Verlag, Köln-Lövenich 1984
- Köhler, Claus; Schaefer, Otrid P.: Computer in der Arztpraxis. Informationssysteme für den niedergelassenen Arzt. 2., überarbeitete Auflage, ecomed Verlag, Landsberg 1985
- Rösch, Martin; Trinemeier, Jörg: Das EDV-Checkbuch für Ärzte. 3., aktualisierte Auflage, Oldenbourg Verlag, München-Wien 1989
- Schmitz, Norbert: Nutzung technikgestützter Informationssysteme in Arztpraxen. BIFOA-Monographien Band 29, Verlag Joseph Eul, Bergisch Gladbach 1989
- Zeitschrift „PraxisComputer“ – Moderne Technologien für die Medizin. 6. Jahrgang 1990. Deutscher Ärzteverlag, Köln-Lövenich
- Dr. rer. pol. Erhard Geiss  
Bereichsleiter  
Informatik/EDV  
der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung  
Ottostraße 1  
W-5000 Köln 40 (Lövenich)

Bei „Herzstillstand“ handelt es sich um eine realistische Simulation der Wiederbelebung. Der Anwender erlebt sich selbst als verantwortlichen Arzt im Schockraum eines Krankenhauses – konfrontiert mit seinen Notfallpatienten. Zur Seite steht ihm ein gut ausgebildetes Team von Schwestern und Pflegern.

Aus Anamnese, EKG sowie den übrigen Vitalparametern müssen die richtigen diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen gezogen werden. Die Zeit läuft – wie in der Realität verändert sich auch in diesem Simulationsprogramm der Zustand des Patienten in Abhängigkeit

## Simulationsprogramm „Herzstillstand“

davon, ob Sie die richtige Diagnose stellen und fachlich korrekt die Therapie durchführen oder ob Sie wertvolle Zeit verstreichen lassen oder gar suboptimal behandeln. Korrektes Vorgehen erfordert die Berücksichtigung der Richtlinien zur kardiopulmonalen Reanimation der AHA (American Heart Association). In Abhängigkeit von der Routine in der Versorgung von Notfallpatienten wird der Patient im Schockraum sterben oder mehr oder weniger stabil auf die Intensivstation verlegt werden können. Abschließend erfahren Sie seine

weitere Prognose sowie Fehler und Versäumnisse im therapeutischen Vorgehen (z. B. ob Sie zu spät defibrilliert, die Hypokaliämie übersehen oder ein Kind durch eine Überdosis umgebracht haben, zu großzügig mit dem Nabi waren, den Patienten überwässert haben oder ...).

Die Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie entsprechen denen eines Schockraumes: BGA, Routinelabor, Temperaturmessung, Infusionen, Katecholamine, Antiarrhythmika, Defibrillator, Intubation, Beatmung und anderen.

Aus der Vielzahl von Patienten kann man nach verschiedenen Kriterien auswählen: randomisiert, Erwachsener, Kind, Krankheitsbild, Schwierigkeitsgrad. In Schleswig-Holstein beim „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ mit Erfolg eingesetzt.

**Hardware:** IBM/Kompatible (Grafikkarte erforderlich), Atari ST. Lauffähig auch auf Festplatte und RAM-Disk.

**Lieferumfang:** Programmdiskette mit Handbuch.

► **Informationen:** Firma Gustav Kieseritzky & Jörn Wolters, Medizinische Software, Ochsenmarktskamp 18, W-2210 Itzehoe, Tel. 0 48 21/99 16. WZ