

Aktualisierung und Erläuterung des Kerndatensatzes Anästhesie

Update and comments on the core data set anaesthesia

Version 3.01/2011

Zusammenfassung

Die Publikation des neuen Kerndatensatzes Anästhesie erfolgte im Mai 2010 in A&I. Aufgrund kleinerer Fehler in der Publikation bzw. in der Formulierung des Datensatzes haben sich notwendige Korrekturen ergeben, die die Arbeitsgruppe „Kerndatensatz 3“ aufgegriffen hat. Ferner wurden verschiedene Anfragen an die Arbeitsgruppe herangetragen, die in dieser Publikation behandelt, kommentiert und evtl. auch durch Änderungen des Datensatzes berücksichtigt werden. Der Datensatz sollte nach dieser Änderung als Version 3.01 gekennzeichnet werden. Auf Kompatibilität wurde geachtet. Inzwischen wurden die Landesärztekammer Stuttgart (Ansprechpartnerin Frau I. Dick) als Treuhandstelle und Organisationsstelle für die Anonymisierung der Daten und die Auswertung vertraglich von BDA und DGAI gewonnen.

Summary

In May 2010 the new version of the core anaesthesia data set 3.0 was published in this journal. In the meantime, a number of minor bugs have been identified. Relevant suggestions by our readers prompted changes that have been accepted by the working group „Kerndatensatz 3“. In addition, a number of questions addressed to the working group are commented upon herein and, where relevant, have prompted certain changes. The improved data set should now be designated version „3.01“ and is fully compatible with

the earlier version. In the meantime, the „anonymisation“ and analysis of the data has been entrusted by the BDA and DGAI to the „Landesärztekammer Stuttgart“ (contact person: Mrs. I. Dick).

Einführung

Seit Anfang des Jahres ist der im Mai 2010 veröffentlichte Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 (KDSA3) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) gültig [1]. Bei der Umsetzung und Einführung des KDSA3 wurden verschiedene Fragen und Hinweise an die Arbeitsgruppe „Kerndatensatz 3“ herangetragen. Ferner haben sich Unstimmigkeiten in der Plausibilitätsprüfung ergeben, die einer Erläuterung bzw. auch einer Korrektur bedürfen. So ist eine erste Revision des KDSA3 entstanden. Wir haben uns entschlossen, die neue Version mit der Nummer 3.01 zu bezeichnen. In der vorliegenden Arbeit erfolgen eine Stellungnahme zu den Fragen sowie eine Erläuterung der vorgenommenen Änderungen. Die Kommission bedankt sich bei allen Einsendern für die konstruktive Kritik und die sachlichen Anregungen. Wir bitten gleichzeitig um Verständnis dafür, dass wir an erster Stelle den Grundgedanken des KDSA3 berücksichtigt haben: der KDSA3 soll vorrangig ein qualitätsbeschreibender Datensatz sein, und der Dokumentationsaufwand soll sich auf dieses Ziel fokussieren.

Arbeitsgruppe „Kerndatensatz 3“ von BDA und DGAI

Prof. Dr. W. Heinrichs (federführend)
AQAI GmbH, Nierstein

Dr. W. Blumrich
Abteilung für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Freiburg

St. Deil
Arzt für Anästhesiologie
Anästhesisten im Gewerbepark, Regensburg

Priv.-Doz. Dr. M. Freitag
Klinik für Anästhesiologie
und Intensivmedizin
Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Dr. N. Kutz
Anästhesie-Abteilung
Goldberg-Klinik Kelheim GmbH

Dr. I. Dick
Landesärztekammer Stuttgart

Dr. R. Röhrig
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Schmerztherapie
Universitätsklinikum Giessen und Marburg
GmbH, Standort Giessen

R. Streuf (ppa.)
COO & Director Quality, Regulatory and
Clinical. Spontech Spine Intelligence AG

Schlüsselwörter

Qualitätsmanagement –
Anästhesie – Kerndatensatz
Anästhesie – Externe Qualitäts-
sicherung

Keywords

Quality Management –
Anaesthesia – Standardized
Data Set – External Quality
Control

Stellungnahme zu Anfragen und Hinweisen

• Risikobewertung zu Organsystem „nicht bekannt“

Mehrere Anfragen zielten auf die Wiedereinführung des Status „unbekannt“ bei der Erfassung der organbezogenen Risikobewertung (Felder 10-14), die im KDSA3 nur mit „0=nein“ oder „1=ja“ („liegt ein relevanter pathologischer Befund vor“) kodiert werden kann. Damit verbunden war auch der Wunsch nach einer justiziablen Dokumentation bei Notfallpatienten, bei denen eine Untersuchung der entsprechenden Organsysteme aus Zeitmangel nicht erfolgen kann.

Stellungnahme der Arbeitsgruppe

Der Kerndatensatz definiert das Datenformat für die externe Qualitätssicherung. Unter mediko-legalen Aspekten ist eine umfangreichere und differenziertere Dokumentation erforderlich. Daher wird empfohlen, in der Anästhesiedokumentation weiter den Status „nicht bekannt“ zu verwenden. Liegen bei Notfallpatienten keine Informationen über Vorerkrankungen und/oder keine offensichtlichen Organsystem-bezogenen Risiken vor, ist dies im Datenexport für die externe Qualitätssicherung mit „nein“ (0) zu kodieren. Liegen bei Notfallpatienten offensichtliche, relevante pathologische Befunde vor, wie z.B. ein Katecholaminpflichtiges Kreislaufversagen, so ist dies mit „ja“ (1) zu kodieren (und ist auch nicht „unbekannt“). Die klinische Einschätzung ist an dieser Stelle maßgeblich.

• Aufnahme der Leberinsuffizienz als explizites Feld der Risikobewertung

Es erfolgte die Anfrage, die Leberinsuffizienz mit der Child-Klassifizierung als eigenes Feld der Organsystem-bezogenen Risikobewertung (Felder 10-14) aufzunehmen.

Stellungnahme der Arbeitsgruppe

Der Kerndatensatz hat die Aufgabe, eine einheitliche Definition von Daten für eine externe Qualitätssicherung zu definieren. Dabei ist ein kleiner gemein-

samer Nenner (Kerndaten) zu finden, welche möglichst flächendeckend zu erheben sind. Eine Leberinsuffizienz mit einer höheren Child-Klassifikation hat eine äußerst geringe Inzidenz. Aus diesem Grund wird die Leberinsuffizienz zu der Risikobewertung in Feld 14 mit anderen Stoffwechselerkrankungen (Diabetes Mellitus, Niereninsuffizienz, etc.) zusammengefasst. Dies schließt eine differenziertere Erfassung in der perioperativen Anästhesiedokumentation nicht aus (diese wird von der AG KDSA3 ausdrücklich empfohlen).

• Plausibilitätsprobleme bei ASA II, Feld 14 Stoffwechsel

Mehrere Anfragen betrafen die Kodierung eines ausgeprägten Nikotin- oder Alkoholabusus, der in einer Risikoeinschätzung nach ASA II resultieren würde. Liegen keine weiteren Erkrankungen in den Feldbereichen 10-14 vor, so entsteht bei der Überprüfung der Daten ein Plausibilitätsfehler im Bereich der Regel 4, die nur bei ASA I die Feldbereiche 10-14 auf „0=nein“ toleriert. Hieraus ergab sich der Wunsch nach Einführung eines weiteren Feldes zur Risikoeinschätzung.

Stellungnahme der Arbeitsgruppe

Die Aufnahme eines neuen Feldes würde die Kompatibilität der Datensätze 3.0 und 3.01 sehr erschweren. Alkoholabusus kann immer dann unter Stoffwechsel kodiert werden, wenn bereits ein Organschaden z.B. an der Leber klinisch diagnostiziert oder durch entsprechende Labortests nachweisbar ist. In diesem Zusammenhang wird das Feld 14 (Stoffwechsel) in seiner Bedeutung auch als Feld „Sonstige relevante Vorerkrankungen, die nicht einem der genannten Organsysteme zugeordnet werden können“ erweitert.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Definition der Vorerkrankungen im Sinne des Kerndatensatzes KDSA3. Hier sollen für die Frage der Qualitätssicherung nur relevante Vorerkrankungen in den verschiedenen Organsystemen kodiert werden. Zu Recht ergab sich die Frage, inwieweit z.B. ein gut eingestellter Hypertonus (nach allgemeiner Einschätzung ASA II) die Forderung nach einer

relevanten Vorerkrankung erfüllt. Die AG KDSA3 hat dies diskutiert und ist zu der Auffassung gekommen, dass dies nicht der Fall ist und formuliert deswegen die entsprechende Plausibilitätsregel um. Somit kann künftig ASA II ohne Angaben von relevanten Vorerkrankungen kodiert werden. Mindestens eine relevante Vorerkrankung bleibt obligat ab ASA III.

Somit wird die (in der Version 3.0 falsch publizierte) Plausibilitätsregel 4 angepasst und korrigiert (s.u.).

• Aufnahme von „Hypothermie“ als AVB

Mit dem KDSA3 wurde die Liste der Anästhesie Relevanten Verlaufsbeobachtungen (AVB) von 200 auf 48 reduziert. Dabei entfiel u.a. auch die ehemalige AVB 3104 „Hypothermie“. Stattdessen wurde die Hypothermie als Feld 59 als „Qualitätsindikator“ abgebildet. Es wurde an die AG KDSA3 die Anfrage herangetragen, die Hypothermie zusätzlich als AVB aufzunehmen, da eine ungeplante Hypothermie Ursache für einen ungeplanten Intensivaufenthalt sein kann. Dies verstößt – in der Version 3.0 – gegen die Plausibilitätsregel 13.

Stellungnahme der Arbeitsgruppe

Eine Aufnahme als Hypothermie würde eine Doppeldokumentation bedeuten. Der berechtigte Einwand, dass eine Hypothermie Ursache für eine ungeplante stationäre Aufnahme oder eine Verlegung auf die Intensivstation sein kann, wurde durch eine Anpassung der Plausibilitätsregel 13 berücksichtigt (s.u.).

• Feld 55: Art der Verlegung

Im Feld 55 (Version 3.0) ist keine Entlassung von ambulanten Patienten möglich.

Stellungnahme der Arbeitsgruppe

Aufgrund der berechtigten Kritik wurde die Kodierung um „8 = geplante Entlassung ambulanter Patienten“ erweitert. Dies führt auch zu einer Veränderung der Plausibilitätsregeln 20 und 34 (s.u.).

• Feld 63: Awareness

Die Definition dieses Feldes wird zur Klarstellung dahingehend präzisiert, dass mit Awareness nur die „ungeplante bzw.

ungewünschte explizite postoperative Erinnerung an intraoperative Ereignisse im Rahmen von Allgemeinanästhesien“ gemeint ist.

• Feld 66: Version Kerndatensatz

Durch die Version „3.01“ wird eine Änderung der Feldlänge von Feld 66 auf 4 Zeichen erforderlich.

Änderungen von Plausibilitätsregeln im Kerndatensatz Anästhesie Version 3.01

In Tabelle 1 sind die veränderten oder ergänzten Plausibilitätskontrollen aufgeführt.

Kompatibilität

Alle Änderungen wurden so durchgeführt, dass die Versionen des Kerndatensatzes aufwärtskompatibel sind. Somit können Protokolle, die nach Version 3.0 ausgefüllt wurden, alle Plausibilitätskontrollen nach Version 3.01 erfüllen und können weiter ausgewertet werden. Dies ermöglicht, dass die Änderungen der Version 3.01 mit dieser Publikation gültig sind. Die entsprechende Version 3.0 bzw. 3.01 sollte in Feld 66 angegeben werden.

Das „DGAi Check Programm“ (auf den Internetseiten von AQAI GmbH Simulationszentrum Mainz <http://www.aqai.eu> zum freien Download angeboten) ist bereits auf die Version 3.01 mit den neuen bzw. geänderten Plausibilitäten umgestellt. Auf Anfrage verschiedener Software- bzw. Dokumentationshersteller wurden diese bereits im Vorfeld über die wesentlichen Änderungen informiert. Somit sollte das Ziel der flächendeckenden Erfassung des neuen Kerndatensatzes ab 2012 erreichbar sein.

Übergangszeitraum von KDSA2 zu KDSA3

Die Umstellung der Datenerfassung von der Kerndatensatz Version 2 auf die Version 3.01 bedarf naturgemäß in den einzelnen Häusern eines gewissen Zeitfensters. Im Prinzip können viele Felder der Version 3 aus den alten Feldern der Version 2 abgeleitet werden. Hierbei würden nur neue Felder (z.B. die Qualitätsmarker) fehlen und als sog. „missing value“ für die Statistik gekennzeichnet. Damit kann man relativ großzügig mit der Fristsetzung umgehen, ab wann Auswertestellen nur noch Datensätze nach der neuen Version 3.01 annehmen.

Nachdem in der Kommission bekannt ist, dass die meisten Hersteller von Dokumentationssystemen die Umstellung auf die Version 3 bereits vollzogen haben, sollte es nur entsprechender Updates bedürfen. Diese kann man im Laufe des Jahres 2011 sicher vornehmen.

Damit bleiben wir bei dem Plan, dass alle Datensätze im Jahre 2011 gemischt Version 2 und Version 3 sein dürfen.

Ab dem Jahr 2012 sollten nur noch Datensätze der Version 3.01 eingesendet werden, d.h. konkret, dass alle Daten, die 2012 erhoben (und damit 2013 eingesendet) werden, nur noch nach Version 3.01 ausgewertet werden.

Danksagung

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Kerndatensatz Version 3“ bedanken sich bei allen, die mit Ihren Fragen, Rückmeldungen und Hinweisen die Verbesserung des Kerndatensatzes unterstützen.

Literatur

1. Heinrichs W, Blumrich W, Deil S, Freitag M, Kutz N, Lüdtko I, Röhrig R, Streuf R. Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0/2010; Anästh Intensivmed 2010;51:S33-S55.

Tabelle 1

Änderungen und Ergänzungen der Plausibilitätskontrollen.
(Die Änderungen sind durch orange Fettschrift hervorgehoben).

Fehler ID	Klausel	Fehlertext
04	Feld_09 IN {3,4,5,9} UND Feld_10 = 0 UND Feld_11 = 0 UND Feld_12 = 0 UND Feld_13 = 0 UND Feld_14 = 0 UND Feld_15 = 0	Bei einem Risikostatus ASA III oder höher müssen Vorerkrankungen vorliegen.
12	Feld_42 = 1 UND Feld_38 = 1 Regel entfällt	Regel entfällt, da ein ZVK auch ohne erweitertes Monitoring genutzt werden kann.
13	Feld_44 = 0 UND Feld_57=0 UND Feld_58=0 UND Feld_59=0 UND Feld_60=0 UND (Feld_55=6 ODER Feld_55=7)	Bei einer nicht geplanten Aufnahme auf Station oder in die Klinik muss mindestens eine AVB oder ein negativer Qualitätsindikator angegeben werden.
20	Feld_55 IN {2,3,4,6, 8 } UND (Feld_46=12 ODER Feld_49=12 ODER Feld_52=12)	Der Schweregrad einer AVB (12 = ungeplante Aufnahme IMC/ICU) stimmt nicht mit der Verlegung überein.
33	Feld_63 = 1 UND Feld_19 = 0 UND FELD_20 = 0	Für eine Awareness muss ein Allgemein-anästhesieverfahren angegeben sein.
34 neu	Feld_05 = 1 UND(Feld_55=2 ODER Feld_55=3)	Fehler in Fallart oder Verlegungsart: Ein ambulanter Patient kann nicht geplant auf Intensiv- oder Normalstation entlassen werden.

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med.
Wolfgang Heinrichs**

Leiter der Arbeitsgruppe
Kerndatensatz 3 von BDA und DGAi
Wörrstädter Straße 31
55283 Nierstein, Deutschland

Tel.: 0171 3729172

E-Mail: wh@aqai.de