

# Kerndatensatz Intensivmedizin 2010 der DIVI und DGAI

Sektion Qualitätssicherung und Ökonomie der DIVI\*

Im Rahmen der Sektion Wissenschaft und Forschung der DIVI hatte sich 1999 die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe (IAG) Qualitätssicherung in der Intensivmedizin konstituiert. Ziele waren (1) die Schaffung eines nationalen Registers zur Erfassung wesentlicher Eckdaten intensivmedizinischer Behandlung in Deutschland, (2) die Nutzung dieses Registers für den externen Qualitätsvergleich teilnehmender Intensivstationen, (3) die Beschreibung des Qualitätsstandards bezüglich der Behandlung des Multiorganversagens, (4) die Erfassung zur Strukturqualität und zu qualitätssichernden Maßnahmen und (5) die Identifikation und wissenschaftliche Analyse von Einflussgrößen auf die Vergleichbarkeit von Intensivstationen.

Die Tätigkeit der IAG Qualitätssicherung führte, basierend auf Vorarbeiten von Weiler et al. [1], zum Vorschlag, ein Register zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin zu etablieren [2]. Im Jahr 2004 wurde dann, nachdem der Datensatz bereits in der praktischen Erprobung war und erforderliche Modifikationen vorgenommen waren, der „Kerndatensatz Intensivmedizin“ gemeinsam durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) verabschiedet [3]. Durch die Entwicklungen im Bereich der Kodierungsvorschriften zu den DRG ergab sich ein weiterer Aktualisierungsbedarf des Kerndatensatzes, sodass in die Erfassung zusätzlich der tägliche SAPS II-Score aufgenommen wurde. Die Tätigkeit der IAG, die mit der Neugründung der DIVI als die Sektion Qualitätssicherung und Ökonomie fortgeführt wurde, erfolgt in enger Kooperation mit der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung der DGAI sowie zuletzt auch mit der Initiative zum Qua-

litätsmanagement ITS der Landesärztekammer Thüringen.

An dem Projekt nahmen bis einschließlich 2008 insgesamt 59 Intensivstationen aus den meisten Intensivmedizin betreibenden Gebieten (Anästhesiologie, Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Herz- und Thoraxchirurgie) teil. Auch wenn bei den Teilnehmern Häuser der Maximalversorgung im Vergleich zum Spektrum in Deutschland etwas überrepräsentiert sind, so finden sich über ein Drittel der Intensivstationen aus Kliniken der Grund- und Regelversorgung. Bis dahin waren im Register die Daten von 127.872 Patienten mit insgesamt 589.635 intensivmedizinischen Behandlungstagen erfasst.

Eine Reihe von Entwicklungen in den letzten Jahren hat es erforderlich gemacht, eine grundlegende Revision des Kerndatensatzes vorzunehmen. Neben einigen kleineren Anpassungen und Verbesserungen handelt es sich im Wesentlichen um die folgenden Aspekte:

Allen voran wurde von zahlreichen Nutzern des Kerndatensatzes der hohe zeitliche Dokumentationsaufwand insbesondere für die tägliche Verlaufsdocumentation beanstandet. Dieser Klage wurde Rechnung getragen, indem die tägliche Verlaufsdocumentation auf die im Rahmen der DRG-Kodierung erforderlichen Daten (SAPS2, TISS Core-10) reduziert und beispielsweise auf die Erfassung des SOFA-Scores (Sequential Organ Failure Assessment) verzichtet wurde. Außerdem wurde die Datenerfassung auf solche Patienten beschränkt, die mindestens 24 Stunden auf der Intensivstation liegen. Für kürzer liegende Patienten (einschließlich der innerhalb von 24 Stunden verstorbenen Patienten) ist in Zukunft lediglich die Angabe deren Gesamtzahl pro Erfassungszeitraum erforderlich.

Ein verstärktes Augenmerk liegt nun auf den Strukturen der verschiedenen Intensivtherapiestationen. So werden jetzt zusätzliche Informationen zur personellen Ausstattung auf Pflege- und ärztlicher Ebene einbezogen. Im Zusammenspiel mit den in Kürze aktualisierten Empfehlungen der DIVI zur „Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen“ ermöglicht die Erfassung gleichzeitig einen allgemeinen Abgleich zwischen den medizinischen Erfordernissen und der Ist-Situation und erlaubt den einzelnen Intensivtherapiestationen ihre eigene Situation besser und im Vergleich zu analysieren.

Neu ist auch die Abfrage der Qualitätsindikatoren, wie sie von der DGAI und der DIVI empfohlen werden. Dabei wird für die meisten dieser Indikatoren abgefragt, ob sie im Routinebetrieb angewendet werden und nicht der Grad der Erreichung der Zielvorgaben, so dass sich auch hier der Aufwand auf eine einmalige Angabe pro Erfassungszeitraum beschränkt. Die Ergebnisse werden ein Bild über die Verbreitung der Qualitätsindikatoren geben. Ihre Einbeziehung in den Kerndatensatz spiegelt auch die zunehmende Vernetzung der verschiedenen Komponenten und Initiativen der Qualitätssicherung in der Intensivmedizin wider.

Für die Erfassung der Strukturdaten des Kerndatensatzes sind insgesamt 23 Variable, einmalig für den Erfassungszeitraum von einem Jahr, anzugeben.

Der Patientenstatus bei Aufnahme auf die Intensivtherapiestation wurde ebenfalls grundlegend modifiziert. Hier kommt jetzt der im Jahr 2007 entwickelte SAPS3 Score zur Anwendung [4, 5, 6]. Er wurde nach allen wissenschaftlichen Regeln mit hohem Evidenzniveau entwickelt, erlaubt eine Kalibrierung an die Intensivmedizin in Deutschland, hat ei-

\* Mitglieder der Sektion:

Apfelstelt F., Münster; Baldering J.H., Mainz; Bingold T., Frankfurt; Biniek R., Bonn; Bock E., Essen; Braun J.P., Berlin; Buchholz I., Erfurt; Burchardi H., Bovenenden; Eggebrecht H., Essen; Eichler I., Dortmund; Flaig M., Homburg/Saar; Heinrichs W.H., Mainz; Hopf H.B., Langen; Kröner A., Köln; Lefering R., Witten-Herdecke; Max M., Luxemburg; Markewitz A., Koblenz; Martin J., Göppingen; Scheiber G., LÄK Ilmenau; Scherer R., Münster; Stiletto R., Biberach; Trieschmann, Köln; Vagts D., Neustadt; Waydhas C., Essen

nen sehr hohen Vorhersagewert für die Letalität und erscheint intuitiv viele wichtige Einflussgrößen zu erfassen. Einer der wichtigsten Vorteile ist neben der Erfassung der Patientensituation im Vorfeld der Intensivtherapie die Tatsache, dass für den physiologischen Zustand nur die Situation innerhalb der ersten Stunde nach Aufnahme berücksichtigt wird bzw. werden muss. Über den SAPS3 Score hinaus sind praktisch keine zusätzlichen Angaben erforderlich. Somit ist für jeden Patienten, der länger als 24 Stunden auf der Station liegt, die einmalige Angabe von 25 Parametern erforderlich.

Zum Zeitpunkt der Entlassung von der Intensivtherapiestation sind elf Variablen vorgesehen. Hierbei sollen u. a. für verstorbene Patienten nähere Informationen über die Umstände des Todes eruiert werden. Insbesondere Aspekte der Patientenverfügung, Therapiereduzierung und einer palliativen Therapie sind nicht nur von erheblicher Bedeutung, wenn es darum geht Sterblichkeitszahlen zu interpretieren, sondern lassen in Zukunft auch ein besseres Bild von der Realität der Therapie in den Grenzbereichen der Intensivmedizin entstehen. Es werden aber auch – patientenbezogen – das Auftreten von infektiösen Komplikationen und die Einhaltung bestimmter Qualitätsindikatoren (frühe enterale Ernährung, Hypothermie nach Reanimation) erfasst. Nicht zuletzt wurde die Erfassung der Krankenhaussterblichkeit nach Entlassung von der Intensivstation beibehalten, da nur damit ein Abgleich im internationalen Vergleich möglich ist. Aus Praktikabilitätsgründen wurde auf eine – an sich äußerst wünschenswerte – Erfassung einer Überlebensrate nach Entlassung aus dem Krankenhaus und von Daten zur Lebensqualität verzichtet.

Viele der Parameter des Kerndatensatzes sind auch für die pädiatrische Intensivmedizin von Bedeutung. Aufgrund unterschiedlicher Krankheitsentitäten, ungleicher Normwerte und Gewichtung physiologischer Parameter, Altersabhängigkeiten und vieler andere Aspekte sind jedoch für das pädiatrische Patientengut andere Scores und Informationen wichtig. So werden bei Kindern nicht der SAPS2- und 3- sondern der PIM2- und PELOD-Score verwendet. Somit kann es keinen durchgängigen Kerndatensatz für Erwachsenen und Kinder geben. In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Intensivmedizin wurde der Kerndatensatz dahingehend abgestimmt, dass nur in ganz wenigen Bereichen (z. B. Scores, s. o., Co-Morbiditäten, prognostisch bedeutsame Aufnahmegründe) eine Modifikation bzw. Ergänzung des Kerndatensatzes im Sinne eines Pädiatrischen Moduls erforderlich wurde und ein Großteil des Kerndatensatzes für die Pädiatrie und Erwachsenenmedizin einheitlich ist.

Um die Vernetzung zwischen verschiedenen Aspekten der Qualitätssicherung in der Intensivmedizin noch weiter zu verdeutlichen, ist auf das Projekt von Peer Reviews von interessierten Intensivstationen, so wie es sich in einigen Regionen Deutschlands bereits in Umsetzung befindet, hinzuweisen. Ergebnis- und Qualitätsberichte, wie sie aus den Informationen, die der Kerndatensatz erfasst, erstellt werden können, sind eine ausgezeichnete Grundlage, die Stärken und Verbesserungspotenziale besuchter Intensivtherapiestationen in Kenntnis der Situation vor Ort noch besser herausarbeiten zu können.

Die nächsten Schritte sind nun die Entwicklung der Datenbankstruktur, die es erlaubt, nicht nur die erforderlichen Daten, so wie bisher, manuell einzuge-

ben sondern für diejenigen Stationen, die bereits über ein PDMS oder funktionsfähiges KIS verfügen, einen automatisierten Export durchzuführen. Hierzu ist nur eine enge Kooperation mit den Anbietern und Entwicklern solcher Systeme Ziel führend. Die kürzlich gegründete Sektion „Interoperabilität“ der DIVI hat sich diese Aufgabe zum Ziel gemacht, nicht nur für die Qualitätssicherung sondern umfassend für zahlreiche Bereiche der Krankenversorgung und Forschung im Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin. Hier sind jedenfalls in nächster Zeit Fortschritte zu erwarten, die eine Teilnahme an Qualitätssicherungsprojekten ohne Doppeldokumentation ermöglichen.

Der Kerndatensatz Intensivmedizin 2010 wurde von den Präsidien der DIVI und der DGAI verabschiedet und wird allen Intensivstationen zum externen Qualitätsvergleich empfohlen. Er stellt keinesfalls ein unabänderliches Korsett dar, sondern ist für die fachliche Diskussion offen, auch wenn natürlich aus Gründen der Anwenderfreundlichkeit Modifikationen nur in fixen Abständen eingeführt werden sollen.

Dieser Artikel erscheint gleichlautend in der Zeitschrift *DIVI* und der Zeitschrift *Anästhesie & Intensivmedizin*.

Die dazugehörigen Tabellen und Abkürzungen finden Sie auf [www.online-divi.de](http://www.online-divi.de) unter der Rubrik Gesellschaft. **DIVI**

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Christian Waydhas  
Sprecher der Sektion Qualitätssicherung  
und Ökonomie der DIVI  
Klinik für Unfallchirurgie  
Universitätsklinikum Essen  
Hufelandstr. 55, 45147 Essen  
E-Mail: [Christian.waydhas@uni-due.de](mailto:Christian.waydhas@uni-due.de)

## Literatur

- Weiler T, Schmitz J, Baldering H, Heinrichs W: Entwicklung des Kerndatensatzes. *Anästh Intensivmed* 1998;39: 316–326
- Waydhas C, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung in der Intensivmedizin der DIVI: Vorschlag für ein nationales Register zum externen Qualitätsvergleich in der Intensivmedizin. *Intensivmed* 2000;37:454–460
- Martin J, Schleppers A, Fischer K, et al.: Der Kerndatensatz Intensivmedizin: Mindestinhalte der Dokumentation im Bereich der Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed* 2004;45:207–216
- Metnitz PG, Moreno RP, Almeida E, et al.: SAPS 3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med* 2005;31:1336–1344
- Moreno RP, Metnitz PG, Almeida E, et al.: SAPS 3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med* 2005;31:1345–1355
- SAPS 3 Supplemental Material: <http://www.springerlink.com/content/t78746238246416j/supplementals/>