

Kerndatensatz Anästhesie – Version 2.0 / 1999

Die Mitglieder des "Runden Tisches Qualitätssicherung in der Anästhesie":

M. Benson, K. Fischer, W. Heinrichs, Th. Klöss, B. Liebold, J. Martin, J. Meierhofer, P.M. Osswald, B. Schwilk, Ch. Veit und Th. Weiler

Der Kerndatensatz Anästhesie wurde 1993 von der DGAI [1,2] publiziert und ist seither unverändert gültig. Der Publikation ging eine etwa 2-jährige Entwicklungs- und Erprobungsphase voraus. Darauf aufbauend wurde eine vergleichende Qualitätssicherung in einzelnen Zentren und Regionen eingeführt. Die dort gesammelten Erfahrungen ließen bald Verbesserungsmöglichkeiten des Verfahrens erkennen. Die Einheitlichkeit des Datensatzes, die Vertrautheit der Anwender mit dem bestehenden Konzept und die Investitionssicherheit für Abteilungen hatten jedoch zunächst Vorrang. Inzwischen haben sich aber die Rahmenbedingungen für klinische Dokumentation in solch erheblichem Maße gewandelt, daß die DGAI beschloß, diesen durch die Neufassung des Kerndatensatzes Rechnung zu tragen. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, der „Runde Tisch Qualitätssicherung in der Anästhesie“, der das im Folgenden publizierte neue Konzept erarbeitet hat. Dieses wurde im Februar 1999 durch das engere Präsidium der DGAI verabschiedet.

Bei der Neufassung des Kerndatensatzes wurden folgende vier Hauptbelange berücksichtigt.

1. Trotz der zunehmenden Einführung von EDV in der klinischen Dokumentation stellt für viele Abteilungen die Dokumentation des bisherigen Datensatzes einen sehr hohen zusätzlichen Arbeitsaufwand dar, der bei den gegebenen begrenzten Personalressourcen kaum zu leisten ist. Der Pflichtteil des Kerndatensatzes wurde daher gekürzt, um die Praktikabilität und Akzeptanz des Verfahrens zu erhöhen.
2. Anästhesisten, die sich differenziert mit den Ergebnissen der Qualitätssicherung auseinandersetzen, beklagen oftmals eine mangelhafte Differenzierung der dokumentierten Parameter. Daher wird der reduzierte Pflichtteil des Datensatzes ergänzt durch fakultative Erweiterungen sowohl in den Datenfeldern als auch den Codierungen. Abteilungen, die die differenzierteren Dokumentationsstandards nutzen, können mit entsprechend größerem inhaltlichen Gewinn interne Analysen durchführen und sich mit anderen vergleichen.
3. Der Aufwand zur Dokumentation des Kerndatensatzes ist um so akzeptabler, je größer der Nutzen der Auswertungen für die Abteilungen ist. Mit dem neuen Verfahren wurde deshalb auch ein neues Konzept der Datenanalyse erarbeitet, das mehr die Bedürfnisse der teilnehmenden Krankenhäuser berücksichtigt, indem die wesentlichen Parameter mit ihren statistischen Bezügen übersichtlich präsentiert werden.
4. Bei der Weiterentwicklung des Datensatzes wurde darauf geachtet, daß er inhaltlich und technisch mit dem alten kompatibel ist. Somit können Qualitätsvergleiche zwischen Abteilungen durchgeführt werden, welche noch nicht auf dem gleichen Umsetzungsstand sind. Ein schrittweiser Übergang vom alten zum neuen Kerndatensatz ist möglich. So kann zunächst die neue Kodierung der

Anästhesietechnik und der AVBs in der Abteilungsdokumentation eingeführt werden, um in einem zweiten Schritt die Dokumentation der Eingriffe zu realisieren.

Die wesentlichen Änderungen sind wie folgt zusammengefasst:

1. Für die Dokumentation des Anästhesierisikos ist nur die ASA-Einstufung Pflicht. Die Erfassung der organ- und systemspezifischen Risikofaktoren ist fakultativ.
2. Die Codierung der Anästhesietechniken wurde überarbeitet.
3. Die Klassifikation der durch die Narkose begleiteten Eingriffe soll künftig durch den OPS 301-Code erfolgen. Ergänzt werden kann dies durch die Diagnose-Angabe nach ICD in der aktuell gültigen Fassung insbesondere dort, wo in einem Krankenhausinformationssystem diese Daten ohnehin vorhanden sind. Die DGAI empfiehlt die Übernahme dieser Codes von der operativen Abteilung, um unterschiedliche Einschätzungen des operativen Eingriffs durch Anästhesist und Operateur zu vermeiden.
4. Für die Dokumentation von AVBs ist nur noch eine Liste von acht AVB-Oberbegriffen obligat. Für Abteilungen, welche jedoch ihre AVBs problemorientierter erfassen wollen, steht eine erweiterte Auswahl zur Verfügung, die zur leichteren Handhabbarkeit hierarchisch geordnet wurde (siehe Anhang 2). Die Listen für den intra- und postoperativen Zeitraum sind nun identisch.
5. Verschiedene wissenschaftliche Arbeitskreise der DGAI haben Ergänzungen des Kerndatensatzes vorgeschlagen, um die besonderen Anforderungen der von Ihnen vertretenen Anästhesien bei besonderen Eingriffen (z.B. Herzoperationen, Kraniotomien) für eine vergleichende Qualitätssicherung abbilden zu können. Hierbei handelt es sich demnach um fakultative Ergänzungen des Kerndatensatzes, deren Erfassung bei diesen speziellen Eingriffen von der DGAI als wünschenswert betrachtet wird. Um diese Daten in ein einheitliches Datenformat integrieren zu können, wird vorgeschlagen, sie hinten an den normalen Kerndatensatz anzuhängen.

In Anhang 0 ist der Datensatz mit Kennzeichnung der Pflichtfelder dargestellt, in Anhang 1 die Kodierungsschlüssel und Dokumentationshinweise für die einzelnen Felder. Anhang 2 beschreibt die für die Dokumentation der AVBs vorgesehenen Kodierungen. [Eine genaue technische Beschreibung des Datensatzes ist bei den zuständigen Stellen auf der Landesebene oder bei der Geschäftsstelle der DGAI zu erhalten.] Anhang 3 listet die Kriterien für die Plausibilitätsprüfung der Datensätze und die Kriterien für die Referenzdatenbank auf.

Die Einführung des neuen Datensatzes wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt empfohlen. Eine Übergangszeit von einem bis maximal zwei Jahren ist angestrebt.

Literatur:

1. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin: Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren. *Anästh Intensivmed* 33 (1992): 78-83
2. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin: Empfehlungen der DGAI zur Qualitätssicherung. „Kerndatensatz Anästhesie“. *Anästh Intensivmed* 34 (1993): 330-336

Anhang 0

Beschreibung der Version 2.0 des Kerndatensatzes Anästhesie

(Eine genaue technische Beschreibung des Datensatzes ist bei den zuständigen Stellen auf der Landesebene oder bei der Geschäftsstelle der DGAI zu erhalten.)

Grau hinterlegte Felder sind obligat auszufüllen. Die Felder mit den Nummern 1, 2, 66, 114, 115 und 116 können vom EDV-System automatisch ergänzt werden. **Alle anderen Felder sind fakultativ.**

Nr.	Feld	Werte
I. Administrative Daten		
1	I.1 Krankenhaus-Id-Nr.	
2	I.2 Versorgungsstufe	1,2,3,4,9
3	I.3 Alter-Einheit	1,2,3,J,M,T
4	I.4 Alter	
5	I.5 Geschlecht	1,2,M,W
6	I.6 Aufnahme	1,2,3,A,S,T
7	I.7 Anästhesiedatum	tt.mm.jjjj
II. Fachabteilung		
8	II.1 Fachabteilung	Liste
III. Zuordnung		
9	III.1 Dringlichkeit	1,2,3,E,D,N
10	III.2 ASA	1,2,3,4,5,9
11	III.3 Dienstart	1,2
IV. Risikoeinstufung		
12	IV.1 Risiko Myokard	0,1,2,3
13	IV.2 Risiko Coronarien	0,1,2,3
14	IV.3 Risiko EKG	0,1,2,3
15	IV.4 Risiko Blutdruck	0,1,2,3
16	IV.5 Risiko Gefäßsystem	0,1,2,3
17	IV.6 Risiko Lunge/Atemwege	0,1,2,3
18	IV.7 Risiko Röntgen-Thorax	0,1,2,3
19	IV.8 Risiko Bewußtsein	0,1,2,3
20	IV.9 Risiko Neurologische Vorerkrankungen.	0,1,2,3
21	IV.10 Risiko Muskulatur	0,1,2,3
22	IV.11 Risiko Leber	0,1,2,3
23	IV.12 Risiko Niere	0,1,2,3
24	IV.13 Risiko Stoffwechsel	0,1,2,3
25	IV.14 Risiko Elektrolyte	0,1,2,3
26	IV.15 Risiko Säure-Basen-Haushalt	0,1,2,3
27	IV.16 Risiko Hämatologie	0,1,2,3
28	IV.17 Risiko Gerinnung	0,1,2,3
29	IV.18 Risiko Allergie	0,1,2,3
30	IV.19 Risiko Anatomie (im Zusammenhang mit Regionalanästhesien)	0,1,2,3
31	IV.20 Risiko Raucher	0,1,2,3
32	IV.21 Risiko Ernährungszustand	0,1,2,3
33	IV.22 NN	
34	IV.23 NN	

V. Zeiterfassung		
35	V.1 Anästh.- Präsenz Beginn	hhmm
36	V.2 Anästh.- Präsenz Ende	hhmm
37	V.3 Anästh.- Beginn	hhmm
38	V.4 Anästh.- Ende	hhmm
39	V.5 OP-Freigabe	hhmm
40	V.6 OP-Maßnahme Beginn	hhmm
41	V.7 OP-Maßnahme Ende	hhmm
42	V.8 OP Beginn	hhmm
43	V.9 OP Ende	hhmm
44	V.10 AWR Beginn	hhmm
45	V.11 AWR Ende	hhmm
VI. Personal		
46	VI.1 Personal (Ärzte)	n
47	VI.2 Personal (Pflegekräfte)	n
VII. Anästhesietechnik		
	Allgemeinanästhesie: Einleitung	
48	VII.1 Einleitung inhalativ	0,1,N,J
49	VII.2 Einleitung intravenös / <u>intramuskulär</u>	0,1,N,J
	Allgemeinanästhesie: Aufrechterhaltung	
50	VII.3 Aufrechterhaltung überwiegend inhalativ	0,1,N,J
51	VII.4 Aufrechterhaltung überwiegend intravenös /TIVA	0,1,N,J
	Regionalanästhesien	
52	VII.5 Spinal	0,1,N,J
53	VII.6 Epidural	0,1,N,J
54	VII.7 Plexus (Arm / Bein / Sonst.)	0,1,N,J
55	VII.8 Sonstige Regional- / Infiltrations- / Leitungsanästhesien	0,1,N,J
56	VII.9 Regionalanästhesie mit Katheter	0,1,N,J
	Sonstige Anästhesieformen	
57	VII.10 Stand By / nur Monitoring	0,1,N,J
58	VII.11 Analgosedierung	0,1,N,J
	Luftweg	
59	VII.12 Endotrachealtubus oral	0,1,N,J
60	VII.13 Endotrachealtubus nasal	0,1,N,J
61	VII.14 (Gesichts / Nasen)-Maske	0,1,N,J
62	VII.15 Larynxmaske	0,1,N,J
63	VII.16 Doppel-LT	0,1,N,J
64	VII.17 Jetventilation	0,1,N,J
65	VII.18 NN	0,1,N,J
	Sonstige Angaben	
66	VII.19 Kennzeichnung für neue Kodierung (immer „1“ oder „J“)	0,1,N,J
67	VII.20 Technikwechsel (nicht geplant)	0,1,N,J
VIII. Eingriff, Diagnosen		
68	VIII.1 OPS 301 / ICD	Code
69	VIII.2 OPS 301 / ICD	Code
70	VIII.3 OPS 301 / ICD	Code
71	VIII.4 OPS 301 / ICD	Code
72	VIII.5 OPS 301 / ICD	Code
73	VIII.6 OPS 301 / ICD	Code
74	VIII.7 OPS 301 / ICD	Code
75	VIII.8 OPS 301 / ICD	Code

76	VIII.9 OPS 301 / ICD	Code
77	VIII.10 OPS 301 / ICD	Code
78	VIII.11 OPS 301 / ICD	Code
79	VIII.12 OPS 301 / ICD	Code
80	VIII.13 Sectio caesarea	0,1,N,J
81	VIII.14 Geburtshilfe bei vaginaler Entbindung	0,1,N,J
82	VIII.15 Neugeborenenversorgung	0,1,N,J
83	VIII.16 Polytrauma	0,1,N,J
84	VIII.17 Organexplantation	0,1,N,J
85	VIII.18 Diagnostischer Eingriff	0,1,N,J
IX./X. Intra- und postoperative AVBs		
86	AVB 1: Art	Liste
87	AVB 1: Schweregrad	1,2,3,4,5
88	AVB 1: Zeitpunkt	Liste
89	AVB 2: Art	Liste
90	AVB 2: Schweregrad	1,2,3,4,5
91	AVB 2: Zeitpunkt	Liste
92	AVB 3: Art	Liste
93	AVB 3: Schweregrad	1,2,3,4,5
94	AVB 3: Zeitpunkt	Liste
95	AVB 4: Art	Liste
96	AVB 4: Schweregrad	1,2,3,4,5
97	AVB 4: Zeitpunkt	Liste
98	AVB 5: Art	Liste
99	AVB 5: Schweregrad	1,2,3,4,5
100	AVB 5: Zeitpunkt	Liste
101	AVB 6: Art	Liste
102	AVB 6: Schweregrad	1,2,3,4,5
103	AVB 6: Zeitpunkt	Liste
104	AVB 7: Art	Liste
105	AVB 7: Schweregrad	1,2,3,4,5
106	AVB 7: Zeitpunkt	Liste
107	AVB 8: Art	Liste
108	AVB 8: Schweregrad	1,2,3,4,5
109	AVB 8: Zeitpunkt	Liste
110	NN	
XI Postnarkotischer Verlauf		
111	XI.1 Betreuung im AWR	0,1,N,J
112	XI.2 Verlegung	1,2,3,4,5
113	XI.3 Postanästhesiologische.Visite	0,1,2
Technisches Addendum		
114	Datensatznummer	nn
115	Erfassungssystem	mmm
116	Datensatzversion	2.0

Anhang 1: Erläuterungen zu einzelnen Feldern

Gruppe I (Administrative Daten)

Alle Felder sind obligatorisch.

I.1	Krankenhaus-Id-Nr.: Vergabe durch die zuständige Projektgeschäftsstelle oder Auswerteeinrichtung	
I.2	Versorgungsstufe	(Werte: 1, 2, 3, 4 / 9 für Praxen)
I.3	Alter-Einheit	(Werte: 1, 2, 3, J, M, T für Jahr, Monat, Tag)
I.4	Alter	
I.5	Geschlecht	(Werte: 1, 2, 3, M, W, I für männlich, weiblich, intersexuell)
I.6	Aufnahme	(Werte: 1, 2, 3, A, S, T für ambulant, stationär, teilstationär)
I.7	Anästhesiedatum	(Datumsfeld: TTMMJJJJ)

Gruppe II (Fachabteilung)

Das Feld ist obligatorisch.

II.1 Fachabteilung

Nicht erfaßt	NUL	0
Anästhesie/Intensiv/Notfallmedizin	AIN	1
Allgemeine Chirurgie	ACH	2
Neurochirurgie	NCH	3
Mund-/Kiefer-/Gesichts-Chirurgie	MKG	4
Plastische- und Wiederherstellungs-Chirurgie	PWC	6
Kinderchirurgie	PCH	7
Unfallchirurgie	UCH	8
Innere Medizin	MED	9
Neurologie	NEU	10
HNO	HNO	11
Urologie	URO	12
Ophthalmologie	AUG	13
Orthopädie	ORT	14
Dermatologie	DRM	15
Gynäkologie	GYN	16
Pädiatrie	PED	18
Radiologie	RAD	19
Nuclearmedizin	NUC	20
Neuroradiologie	NRD	21
Psychiatrie	PSY	23
Thoraxchirurgie	TCH	24
Herzchirurgie	HCH	25
Gefäßchirurgie	GCH	26
Sonstige	SON	99

Gruppe III (Zuordnung)

Alle Felder obligatorisch.

III.1	Dringlichkeit	(Auswahlfeld: 1, 2, 3, E, D, N für elektiv, dringlich, Notfall)
III.2	ASA	(Auswahlfeld: 1, 2, 3, 4, 5, 9 [9 für Hirntod])
III.3	Dienststart	(Auswahlfeld: 1, 2 für Regeldienst, Bereitschaftsdienst)

Gruppe IV (Risikoeinschätzung)

Die 23 Auswahlfelder sind fakultativ, d.h. es können auch Leerfelder übermittelt werden, die bei der Auswertung mit "0" = "nicht erfaßt" interpretiert werden.

Werte: 0, 1, 2, 3 für:

0 = nicht erfaßt

1 = ohne pathologischen Befund

2 = pathologischer Befund, aber ohne anästhesiologische Relevanz

3 = pathologischer Befund mit Relevanz für die Anästhesie

Neu hinzugekommen sind die Risikofaktoren Raucher und Ernährungszustand.

Gruppe V (Zeiterfassung)

Werte: hhmm (Stunden, Minuten)

Eine nicht erfaßte Zeit kann als Leerfeld oder mit der Kodierung 0000 übermittelt werden.

Pflichtfelder sind nur Anästhesie-Beginn und Ende. Die Felder OP-Beginn und OP-Ende sind nur bedingt obligatorisch, d.h. unter bestimmten Umständen sind diese Zeiten nicht zwingend erforderlich. Wurde z.B. kein Eingriff durchgeführt, d.h., es befindet sich in den Felder VIII.1 - VIII.18 kein Eintrag bzw. kein OPS 301-Code, so müssen die Felder OP-Beginn und -Ende Leerfelder (bzw. 0000-Eintrag) sein.

Wurde das Feld OP-Ende V.8 mit einer gültigen Zeit angegeben, so muß das Feld OP-Beginn V.7 ebenfalls eine gültige Zeit enthalten. Wurden in der Gruppe VIII die Felder "Geburtshilfe" (VIII.14) oder "Neugeborenenversorgung" (VIII.15) oder "Organexplantation" (VIII.17) mit "J" oder "1" angegeben, so dürfen OP-Beginn und/oder OP-Ende als Leerfelder vorliegen.

Beispiele für erlaubte "Kombinationen":

OP-Beginn → Leerfeld OP-Ende → Leerfeld

OP-Beginn → Zeitwert OP-Ende → Leerfeld

OP-Beginn → Zeitwert OP-Ende → Zeitwert

Nicht erlaubt ist dagegen:

OP-Beginn → Leerfeld OP-Ende → Zeitwert

Wurde das Feld AWR-Ende V.10 mit einer gültigen Zeit angegeben (d.h., es handelt sich nicht um ein Leerfeld), so muß das Feld AWR-Beginn V.9 ebenfalls eine gültige Zeit enthalten und umgekehrt.

Gruppe VI (Personal)

Angabe der Anzahl der an der Narkose gleichzeitig beteiligten Ärzte (als Maß für die Schwere des Eingriffs: überwiegend einfach oder doppelt besetzt) und Pflegekräfte.

VI.1 Personal (Ärzte)

obligatorisch, 0 nicht erlaubt

VI.2 Personal (Pflegerkräfte)

fakultativ, auch Leerfeld

Gruppe Anästhesietechnik (VII.1 VII.20)

Diese Liste wurde neu gestaltet und neu geordnet. Sie gilt als Mehrfachfeld, d.h. daß Kombinationen zwischen Allgemein- und Regionalanästhesien, Regionalanästhesien untereinander, Anwendung von Regionalanästhesien mit Katheter und die Darstellung des verwendeten Luftweges realisiert und bewertet werden können. Es muß mindestens eine Anästhesietechnik obligat angegeben werden.

Die Liste enthält wie bisher 20 Felder. Als Werte sind erlaubt: 0, 1, J, N

Das Feld VII.19 wird auf „1“ oder „J“ gesetzt, um anzuzeigen, daß es sich um die neue Kodierung handelt.

Allgemeinanästhesie

Einleitung

- VII.1 Einleitung inhalativ
- VII.2 Einleitung intravenös / intramuskulär

Aufrechterhaltung

- VII.3 Aufrechterhaltung überwiegend inhalativ
- VII.4 Aufrechterhaltung überwiegend intravenös /TIVA

Regionalanästhesien

- VII.5 Spinal
- VII.6 Epidural
- VII.7 Plexus (Arm / Bein / Sonst.)
- VII.8 Sonstige Regionalanästhesien / Infiltrationsanästhesie / Leitungsanästhesie
- VII.9 Regionalanästhesie mit Katheter

Sonstige Anästhesieformen

- VII.10 Stand By / nur Monitoring
- VII.11 Analgosedierung

Luftweg (sofern verwendet)

- VII.12 Endotrachealtubus oral
- VII.13 Endotrachealtubus nasal
- VII.14 (Gesichts / Nasen)-Maske
- VII.15 Larynxmaske
- VII.16 Doppel-LT
- VII.17 Jetventilation

Beispiele für die Kombination von unterschiedlichen Anästhesietechniken:

- Ist die Zuordnung auf eine überwiegend inhalativ oder intravenös geführte Allgemeinanästhesie nicht möglich, da sowohl Inhalationsanästhetika wie intravenöse Anästhetika verwendet wurden (in vielen Kliniken als "balancierte Anästhesie" bezeichnet), so sollen die Punkte VII.3 und VII.4 gemeinsam mit 1 oder J erfaßt werden.
- CSE (combined spinal-epidural): VII.5, VII.6, VII.9 sowie VII.19 müssen mit 1 oder J kodiert sein.
- Epiduralkatheter und Allgemeinanästhesie (TIVA) mit orotrachealem Luftweg: VII.2, VII.4, VII.6, VII.9, VII.12 sowie VII.19 müssen mit 1 oder J kodiert sein.
- Unzureichende Plexusanästhesie, die durch Inhalationsanästhesie mit Larynxmaske komplettiert wird: VII.7, VII.3, VII.15, VII.20 sowie VII.19 müssen mit 1 oder J kodiert sein.

VII.19 Kennzeichnung für neue Kodierung: dieses Feld muß bei der Verwendung der neuen Technikdefinitionen immer mit „1“ oder „J“ angegeben werden, da sonst die Felder nach dem alten Schema interpretiert werden!

VII. 20 Nicht geplanter Technikwechsel

Gruppe VIII (Eingriff; Diagnosen)

In der Regel muß mindestens eine Eingriffsart angegeben werden.

Die Kodierung erfolgt anhand von ICD9- bzw. ICD10- und OPS 301-Schlüsseln. Es stehen insgesamt 12 Felder (VIII.1 ... VIII.12) zur Verfügung. Die Kodierungen erfolgen durch Voranstellung des jeweiligen Schlüssels, also z. B. ICD9 gefolgt von einem Trennzeichen (Leerzeichen) und dann gefolgt von dem jeweils gültigen Code in seiner offiziellen vom DIMDI publizierten Schreibweise. Zu beachten ist, daß die Reihenfolge der Codes gleichbedeutend mit ihrer Wichtigkeit ist, d. h. also, daß die jeweils erste Nennung die Hauptdiagnose bzw. Hauptoperation angibt, gefolgt von Nebendiagnosen, bzw. Nebenoperationen.

Beispiele:

- VIII.1: OPS 301 2445.1 ← OPS 301 Code
- VIII.2: ICD9 445.1 ← ICD9 Code
- VIII.3: ICD10 A48.1 ← ICD10 Code

Die besonderen Eingriffsformen (Auswahlfeld: 0, 1, J, N) bleiben unverändert (alle fakultativ)

- VIII.13 Sectio caesarea
- VIII.14 Geburtshilfe bei vaginaler Entbindung
- VIII.15 Neugeborenenversorgung
- VIII.16 Polytrauma
- VIII.17 Organexplantation
- VIII.18 Diagnostischer Eingriff

Gruppe IX (AVB) und Gruppe X (Störungen)

Die 25 Auswahlfelder sind fakultativ, d.h. auch Leerfelder können übertragen werden.

Eine AVB (Anästhesiologische Verlaufsbeobachtung) liegt in folgenden Fällen vor:

Das Ereignis muß während der Anästhesiepräsenz aufgetreten sein
und
den Patienten potentiell (oder tatsächlich) schädigen
und
eine therapeutische Maßnahme notwendig machen.

Für die AVB-Kodierung wurde ein hierarchisches System (ähnlich den internationalen Codes) erarbeitet. Es enthält Obergruppen, wie z. B. die „Laborwerte“, die durch die Kodierung '4000' repräsentiert werden. Hierunter gibt es eine erste Untergruppenklassifizierung, z.B. „Stoffwechsel“, die durch die Kodierung '4200' dargestellt wird und hierunter dann detaillierte AVBs, wie z.B. „Hypoglykämie“, die mit '4202' kodiert wird. Im Falle eines AVB ist die Nennung der Obergruppe ausreichend, die Detaildarstellung ist fakultativ. Die Liste der einzelnen AVBs ist in Anhang 2 aufgeführt.

Im jeweils nächsten Feld ist der Schweregrad (1-5) anzugeben, der ebenfalls in Anhang 2 dargestellt wird.

Im dritten Feld einer jeden AVB-Beschreibung ist neu der AVB-Zeitpunkt zu kodieren, der ebenfalls wieder hierarchisch aufgebaut ist: „Intraoperativ“ (10), „Unmittelbar Postoperativ“ (20) und „Postanästhesiologische Visite“ (30), gefolgt jeweils von der Möglichkeit auch hier wieder detailliertere Zeitpunkte anzugeben, z.B. „vor Einleitung“ (11). Wiederum ist nur die Obergruppe obligat (siehe auch Anhang 2).

Das Besondere dieser AVB-Liste ist, daß die Kodierung gleichermaßen für die intraoperativen AVB's sowie für die postoperativen Störungen gilt.

Gruppe XI (Postnarkotischer Verlauf)

Alle Felder obligatorisch.

XI.1	Betreuung im AWR	(Werte: 0, 1, N, J)
XI.2	Verlegung	(Werte: 0, 1, 2, 3, 4, 5, A, I, N, S, E für Aufwachraum, Intensiv- oder Wacheinheit, Normalstation, Sonstiges, Exitus letalis)
XI.3	Postanästhesiologische.Visite	(Auswahlfeld: 0, 1, 2 für „keine“, „Visite“, „Befragung / Fragebogen“)

Technisches Addendum

Datensatznummer, Erfassungssystem und Datensatzversion dienen dem organisatorischen Handling der Datensätze und können von den Erfassungssystemen automatisch ergänzt werden.

Die Datensatznummer kennzeichnet den einzelnen Datensatz und darf nur über das krankenhausinterne EDV-System einen Rückschluß auf die einzelne Narkose zulassen.

Das eingesetzte Erfassungssystem mit seiner eigenen Versionsnummer wird im gleichnamigen Feld mit einer vom Hersteller selbst wählbaren Abkürzung dokumentiert.

Die Version dieses Kerndatensatzes wird mit „2.0“ angegeben.

Weitere Einzelheiten finden sich in der technischen Beschreibung des Kerndatensatzes.

Anhang 2:

Kodierung der anästhesiologischen Verlaufsbeobachtungen (AVB)

Für die Dokumentation von AVBs ist mindestens eine Angabe aus folgender Liste obligat:

- 0000 Keine AVB
- 1000 Atmung, nicht näher bezeichnet
- 2000 Herz-Kreislauf, nicht näher bezeichnet
- 3000 Allgemeine Reaktionen, nicht näher bezeichnet
- 4000 Laborwerte, nicht näher bezeichnet
- 5000 Zentrales Nervensystem, nicht näher bezeichnet
- 6000 Regionalanästhesie, nicht näher bezeichnet
- 7000 Medizintechnik, nicht näher bezeichnet
- 8000 Läsionen, nicht näher bezeichnet

Für eine problemorientierte Erfassung der AVBs wird jedoch empfohlen, mindestens die Untergruppen und die speziellen AVBs aus folgender Liste zu verwenden:

- 1102 Bronchospasmus
- 1204 Hypoventilation
- 1301 Unvorhergesehene schwierige Intubation
- 2101 Hypotension
- 2102 Hypertension
- 2201 Tachykardie
- 2202 Bradykardie
- 2203 Arrhythmie
- 2305 Hypovolämie
- 3101 Übelkeit
- 3102 Erbrechen
- 3103 Zittern
- 3108 allergische Reaktion.

Diese wegen ihrer Häufigkeit besonders hervorgehobenen AVBs sind in der unten stehenden vollständigen AVB-Liste durch * gekennzeichnet.

1. Liste der AVBs, gruppiert nach Ober- und Untergruppen

1000 Atmung, nicht näher bezeichnet

1100 Atemwege, nicht näher bezeichnet

- 1101 Laryngospasmus
- 1102 Bronchospasmus *
- 1103 Atemwegsverletzung
- 1104 Stridor (Kehlkopfbereich)
- 1105 Aspiration
- 1106 Atemwegsverlegung

1200 Atmungsregulation / Gasaustausch, nicht näher bezeichnet

- 1201 Hypoxämie *
- 1202 Lungenödem
- 1203 Hyperventilation
- 1204 Hypoventilation *

1300 Intubation, nicht näher bezeichnet

- 1301 Unvorhergesehene schwierige Intubation *
- 1302 Sekundär fiberoptische Intubation
- 1303 Intubation unmöglich
- 1304 Fehlintubation
- 1305 Einseitige Intubation
- 1306 Reintubation
- 1307 RSI (Crushintubation) mißlungen
- 1308 Fiberoptische Intubation mißlungen

1400 Tubusprobleme, nicht näher bezeichnet

- 1401 Dekonnektion
- 1402 Tubus abgeknickt
- 1403 Tubus defekt
- 1404 Akzidentelle Extubation

1900 Sonstiges Atmung, nicht näher bezeichnet

- 1901 Pneumothorax
- 1902 Hämatothorax
- 1903 Pneumonie
- 1904 Geplante Extubation nicht möglich
- 1905 Ungeplante (Nach-)Beatmung erforderlich
- 1999 Sonstige Atmungsstörungen

2000 Herz-Kreislauf, nicht näher bezeichnet**2100 Blutdruck, nicht näher bezeichnet**

- 2101 Hypotension *
- 2102 Hypertension *

2200 Herzfrequenz, nicht näher bezeichnet

- 2201 Tachykardie *
- 2202 Bradykardie *
- 2203 Arrhythmie *

2300 Perfusion, nicht näher bezeichnet

- 2301 Myokardinfarkt
- 2302 Angina pectoris
- 2303 ST-Segment - Änderung (asymptomatisch)
- 2304 Lungenembolie (Thromb-,Fett-,Luftemb.)
- 2305 Hypovolämie *
- 2306 Schock/Mikrozirkulationsstörung
- 2307 Herz-Kreislaufstillstand

2400 Myokardfunktion, nicht näher bezeichnet

- 2401 Linksherzinsuffizienz
- 2402 Rechtsherzinsuffizienz
- 2403 Dekomp. Herzinsuffizienz / Lungenödem

2900 Sonstiges Herz-Kreislauf, Nicht näher bezeichnet

- 2901 kein venöser Fluss (Eigenblutentnahme)
- 2999 Sonstige Herz-Kreislaufstörung

3000 Allgemeine Reaktionen, nicht näher bezeichnet

3100 Generalisierte Reaktionen, nicht näher bezeichnet

- 3101 Übelkeit *
- 3102 Erbrechen *
- 3103 Zittern*
- 3104 Hypothermie
- 3105 Hyperthermie
- 3106 Maligne Hyperthermie
- 3107 Anaphylaxie
- 3108 allergische Reaktion *

3200 Organspezifische Reaktionen, nicht näher bezeichnet

- 3201 Oligurie / Anurie / ANV
- 3202 Transfusionsreaktion
- 3203 Ikterus

3300 Schmerzen, nicht näher bezeichnet

- 3301 Halsschmerzen nach ITN
- 3302 Kiefergelenkschmerzen nach ITN
- 3303 Muskelschmerzen nach ITN
- 3304 Wundschmerzen
- 3305 Kopfschmerzen (allgemein)
- 3306 postspinale Kopfschmerzen
- 3307 Rückenschmerzen
- 3309 sonstige Schmerzen

3400 Besonderheiten bei der Verlegung, nicht näher bezeichnet

- 3401 Ungeplante AWR Zeit > 3 h
- 3402 Ungeplante ICU-Verlegung
- 3403 Ungeplante Rückkehr (OP - AWR)

3500 Operation, nicht näher bezeichnet

- 3501 Unerwartete Ausweitung der Operation
- 3502 Unerwartete Verkürzung der Operation
- 3503 Nichtdurchführen der Operation

4000 Laborwerte, nicht näher bezeichnet

4100 Blutbild, nicht näher bezeichnet

- 4101 Anämie

4200 Stoffwechsel, nicht näher bezeichnet

- 4201 Hyperglykämie
- 4202 Hypoglykämie

4300 Störungen des SB-Haushaltes, nicht näher bezeichnet

- 4301 Azidose
- 4302 Alkalose

4400 Störungen des Wasser/E'lythaushaltes , nicht näher bezeichnet

- 4401 Hyperkaliämie
- 4402 Hypokaliämie
- 4403 Hypernatriämie
- 4404 Hyponatriämie

4900 Sonstige Laborwerte, nicht näher bezeichnet

- 4901 Hypoproteinämie
- 4902 Bakteriämie (Eigenblutentnahme)
- 4903 Gerinnungsstörungen
- 4999 Sonstige Laborwerte

5000 Zentrales Nervensystem, nicht näher bezeichnet

5100 Generalisierte neurologische Besonderheiten, nicht näher bezeichnet

- 5101 Verzögertes Aufwachen
- 5102 Agitiertheit
- 5103 Neuromuskuläre Blockade
- 5104 Verwirrheitszustand
- 5105 Awareness (bei Allgemeinanästhesie)
- 5106 Opiatüberhang

5200 Zentral-neurologische Besonderheiten, nicht näher bezeichnet

- 5201 Zentral anticholinerges Syndrom (ZAS)
- 5202 Ischämie
- 5203 Krampfanfall
- 5204 ICP Anstieg
- 5205 Hirnvenöse Hypoxämie

5900 Andere ZNS Störungen, nicht näher bezeichnet

- 5901 Schwindel
- 5999 Sonstige ZNS Störungen

6000 Regionalanästhesie, nicht näher bezeichnet

6100 Punktion, nicht näher bezeichnet

- 6101 Fehl- / Mehrfachpunktion
- 6102 Blutaspiration
- 6103 Akzidentelle Duraperforation
- 6104 Unbeabsichtigte Parästhesien
- 6105 Mißlungene RA/Änderung des Verfahrens

6200 Applikation, nicht näher bezeichnet

- 6201 Schmerzen bei Injektion/Instillation
- 6202 Intravasale Injektion
- 6203 Neurolog. Symptome bei/nach RA Injektion

6300 RA-Katheter, nicht näher bezeichnet

- 6301 Katheterabscherung
- 6302 Kanülendefekt
- 6303 Entzündung
- 6304 Fehllage
- 6305 Hämatom
- 6306 Entfernt ohne anästh. Anordnung

6400 Wirkung, nicht näher bezeichnet

- 6401 Hohe / totale RM-nahe Anästhesie
- 6402 Partieller Effekt (B)
- 6403 Unzureichender Effekt (C)
- 6404 Geburtsstillstand / Wehenschwäche n.RM-A.

7000 Medizintechnik, nicht näher bezeichnet

7100 Gerät / Standardmonitoring, nicht näher bezeichnet

- 7101 Narkose- / Beatmungsgerät
- 7102 EKG-Gerät
- 7103 Blutdruckmessung
- 7104 Pulsoximetrie
- 7105 Intubationsbesteck
- 7106 Wärmegeräte

7200 Zusatzgeräte / erweitertes Monitoring, nicht näher bezeichnet

- 7201 Externer Schrittmacher
- 7202 Defibrillator
- 7203 Fiberoptik
- 7204 HLM (unbeabsichtigte Unterbrechung)

7300 Intravasale Zufuhr, nicht näher bezeichnet

- 7301 Infusionssystem
- 7302 Infusionspumpe
- 7303 Medikamente (Verwechslung etc.)

7400 Eigenblutentnahme, nicht näher bezeichnet

- 7401 Plasmapheresegerät / Glockenzentrifuge
- 7402 Schaukelwaage / Entnahmeset
- 7403 Blutzentrifuge / Separator
- 7404 tatsächl. Entn.volumen geringer als geplant
- 7405 Abbruch der Eigenblutentnahme
- 7409 Sonstiges (Eigenblutentnahme)

8000 Läsionen, nicht näher bezeichnet

8100 Punktionen, nicht näher bezeichnet

- 8101 Fehl- / Mehrfachpunktion Gefäße
- 8102 Akzidentelle arterielle Punktion

8200 Unspezifische Läsionen, nicht näher bezeichnet

- 8201 Haut
- 8202 Muskulatur / Weichteile
- 8203 Nerven

8300 Spezifische Läsionen, nicht näher bezeichnet

- 8301 Obere Atemwege
- 8302 Zähne / Lippen / Gaumen
- 8303 Augen
- 8304 Epistaxis
- 8305 Heiserkeit

8400 Reaktionen nach peripher-venöser Punktion, nicht näher bezeichnet

- 8401 Entzündung
- 8402 Fehllage
- 8403 Hämatom

8500 Reaktionen nach zentralvenöser Punktion, nicht näher bezeichnet

- 8501 Entzündung
- 8502 Fehllage
- 8503 Hämatom
- 8504 ZVK-Anlage/Punktion mißlungen

8600 Reaktionen nach arterieller Punktion, nicht näher bezeichnet

- 8601 Entzündung
- 8602 Ischämie
- 8603 Fehllage
- 8604 Hämatom
- 8605 Fehlinjektion in art.Kanüle

2. AVB-Schweregrad intraoperativ

1. AVB ohne Bedeutung für die Betreuung im Aufwachraum - keine besondere Betreuung im Aufwachraum notwendig (auch "Beinahe-Zwischenfälle")
2. AVB klinisch bedeutsam für die Betreuung im Aufwachraum - keine Bedeutung für die Verlegung auf die Station
3. AVB klinisch bedeutsam für die Betreuung im Aufwachraum; deutlich verlängerte Verweilzeit im Aufwachraum und/oder Beobachtung über die Zeit im Aufwachraum hinaus auf der Station erforderlich.
4. AVB klinisch bedeutsam für die Betreuung im Aufwachraum; Problem kann im Aufwachraum nicht zufriedenstellend gelöst werden und bedingt Verlegung auf die Intensiv- oder Wachstation
5. Tod des Patienten

3. AVB-Schweregrad im Aufwachraum

1. AVB, der nur eine leicht korrigierende Intervention erforderlich macht ohne weitere Bedeutung für die Betreuung im Aufwachraum (auch "Beinahe-Zwischenfälle").

Alle übrigen Schweregrade identisch mit den oben genannten, intraoperativen Schweregraddefinitionen.

4. AVB-Zeitpunkt

Die Hauptpunkte sind obligat, die Unterpunkte fakultativ anzugeben.

- 10 Intraoperativ, nicht näher bezeichnet
 - 11 Vor der Einleitung
 - 12 Während Einleitung
 - 13 OP-Phase
 - 14 Während Ausleitung
 - 15 Nach Ausleitung
- 20 Postoperativ, nicht näher bezeichnet
 - 21 Umlagerung
 - 22 Aufwachraum (0-30 min)
 - 23 Aufwachraum (> 30 min)
- 30 Postanästh. Viste, nicht näher bezeichnet
 - 31 OP-Tag
 - 32 1.post-OP Tag
 - 33 2.post-OP Tag u. später

Anhang 3:

Plausibilitätsprüfung und Definition der Referenzdatenbank

Für die **Plausibilitätsprüfung** der Datensätze sind folgende Regeln verbindlich:

Datensätze werden nicht akzeptiert, wenn eins der folgenden Daten fehlt:

Krankenhaus-ID, Einheit der Altersangabe, Alter, Geschlecht, Aufnahme, Anästhesiedatum, Dringlichkeit, ASA, OP-Fachgebiet, Anästhesietechnik, AVB.

Leerfelder oder Fehleinträge in anderen Feldern führen nicht zu einer Zurückweisung der Datensätze. Diese werden jedoch bei den zugehörigen Auswertungen nicht berücksichtigt.

Aber: Weisen mehr als 10% der Datensätze einer Dateneinsendung mindestens einen der oben genannten Fehler auf, wird die gesamte Dateneinsendung zurückgewiesen.

Kommen in einem eingesandten Datenpool mehr als 10% Datensätze vor mit ASA > 2 ohne Angabe von Risikofaktoren, wird davon ausgegangen, daß Risikofaktoren, wenn überhaupt, dann nur sporadisch dokumentiert wurden. Eine Auswertung der Risikofaktoren erfolgt dann nicht.

In die **Referenzdatenbank** sollen nach folgenden Kriterien Abteilungsdaten aufgenommen werden:

95% der Datensätze einer Abteilung müssen in den Kernkriterien plausibel sein.

Die AVB-Inzidenz in der stationären Versorgung muß in folgenden Bereichen liegen:

In der Grundversorgung: 10-20%

In der Schwerpunktversorgung: 13-23%

In der Maximalversorgung: 16-26%

Für ambulante und tagesklinische Anästhesien müssen die Referenzbereiche noch definiert werden.