

Die Folien sind nur in Verbindung mit dem mündlichen Vortrag zu verwenden.
Stand: 27.4.2005

Nutzbarkeit von Daten aus der Versorgung

Jürgen Stausberg

Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
Universitätsklinikum Essen

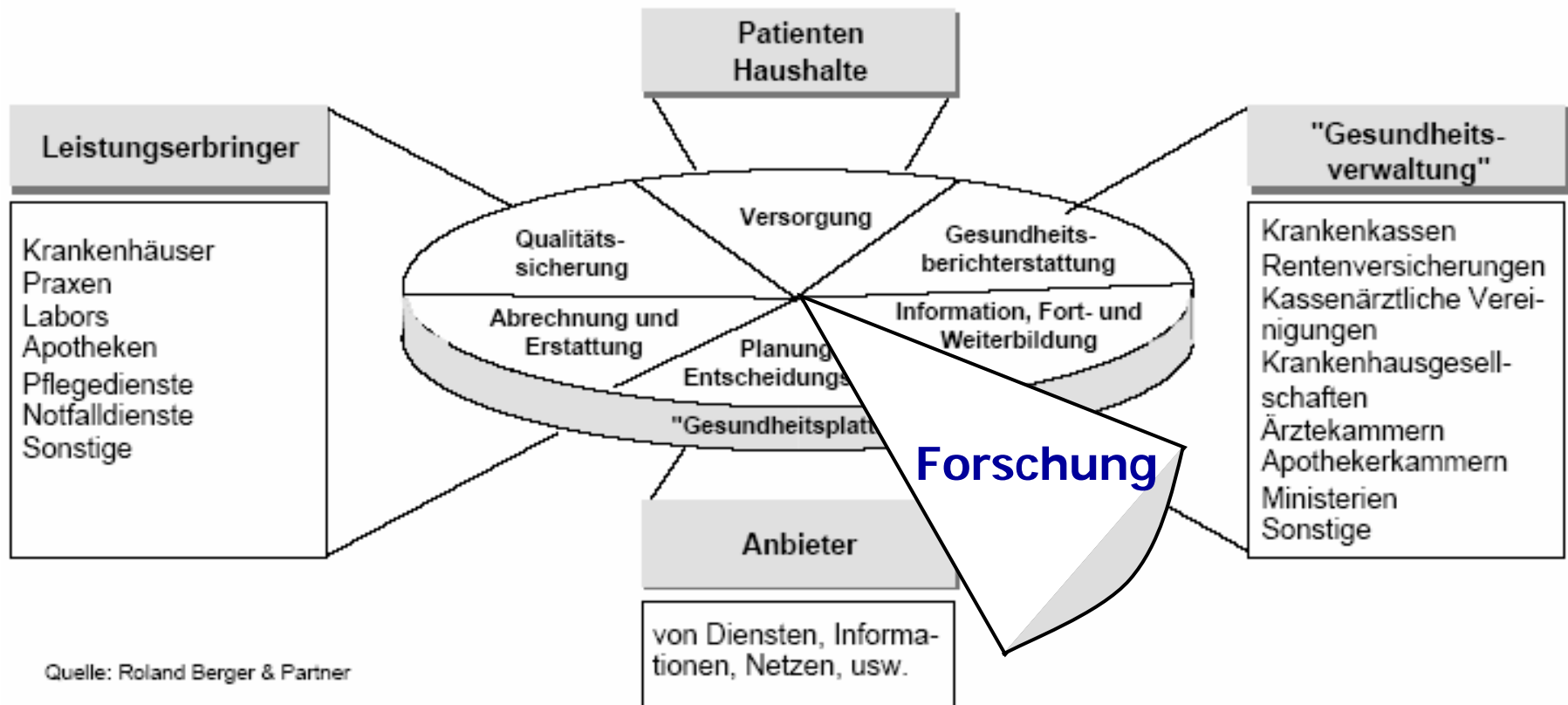


Abb. 2: "Gesundheitsplattform": Teilnehmer und Funktionen

Donnerstag 10.02.2005

Workshop der Projektgruppe Medizinische Dokumentation der TMF

11:00 Begrüßung

Anwendungsbeispiele

Moderation: Prof. Dr. Saskia Drösler

11:15 Qualitätssicherung von Daten in epidemiologischen Krebsregistern
Dr. Alexander Katalinic, Vorsitzender "Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e.V.", Lübeck

11:50 Datenqualität und -management in der extern. vergleichenden Qualitätssicherung
Dr.-Ing. Constanze Woldenga, Leiterin Datenmanagement und Zertifizierung, Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer, Leiter Medizinische Biometrie, BQS gGmbH, Düsseldorf

12:25 Mittagspause

13:20 Datenqualität bei der Weiterentwicklung der G-DRGs
Dr. Michael Schmidt, Abteilungsleiter Ökonomie, InEK gGmbH, Siegburg

Methodische Ansätze

Moderation: Sebastian Claudius Semler

13:55 Validierung von Datenbanken für Klinische Studien
Irmela Stamm, KKS Heidelberg

14:30 Kaffeepause

15:00 Zertifizierung von Studien nach ISO 9000
Dr. Susanne Moebus, Leiterin AG Herz-Kreislauf-Epid. und Prävention, IMIBE, Essen

15:35 Low cost Monitoring
Claudia Ose, IMIBE, Essen

16:10 Evaluation eines stichprobenartigen Monitorings bei Therapieoptimierungsstudien
Dr. Beate Pfister, Kompetenznetz Maligne Lymphome, Köln

16:45 Zusammenfassung

17:00 Electric Paper lädt zu einem geselligen Beisammensein mit Brezel, Saft und Bier.

Freitag 11.02.2005

Initiativworkshop der Projektgruppe Routinedaten im Gesundheitswesen der GMDS

09:00 Begrüßung

Moderation: Priv.-Doz. Dr. Jürgen Stausberg

09:15 Indikatoren zur Patientensicherheit
Prof. Dr. Saskia Drösler, Professur für Medizin, Medizin-Controlling und Informationssysteme, Hochschule Niederrhein, Krefeld

09:50 Nutzung von Routinedaten im Risikostrukturausgleich
Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

10:25 Kaffeepause

10:55 Krankheitskostenstudien auf der Basis einer Versichertenstichprobe - Datenzugang, Methodik und Ergebnisse
Peter Ihle, Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung, Universität zu Köln

11:30 Dokumentation mediz. Leistungen unter DRG-Bedingungen: Ergebnisse einer multizentrischen Studie in der Nephrologie
Dr. Peter Lütke, Leiter Qualitätsmanagement u. med. Controlling, Universitätsklinikum Essen

12:05 Systematische Planung einer klinischen Dokumentation als Voraussetzung zur multiplen Verwendung von Daten
Priv.-Doz. Dr. Petra Knaup-Gregori, Abteilung Medizinische Informatik, Universität Heidelberg

12:40 Mittagspause

13:35 Nutzung von medizinischen Versorgungsdaten für die Forschung - Aufgaben und Projekte der TMF
Sebastian Claudius Semler, Wissenschaftlicher Geschäftsführer TMF e.V., Berlin

14:10 Good Practice of Secondary Data Analysis
Dr. Enno Swart, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universität Magdeburg

14:45 Abstimmung der weiteren Arbeit

15:30 Ende



- Verfügbarkeit von Daten
- Datenqualität
- Nutzungsbeispiele
- Schlussfolgerungen

- DRG-Daten nach § 21 KHEntgG (InEK)
 - 17.883.256 Behandlungsfälle voll-/teilstationär (2003)
- DRG-Kalkulation (InEK)
 - 2.909.784 Behandlungsfälle voll-/teilstationär (2003)
- Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen (KV)
 - 565.365.400 Abrechnungsfälle (2001)
- Arzneimittelabrechnung, vertragsärztlicher Bereich (RZ, GKV)
 - 761 Millionen Verordnungen zu Lasten der GKV (2002)
- Externe QS nach § 137 SGB V (BQS)
 - 2.800.317 Datensätze (2003)
- Epidemiologische Krebsregister
 - 394.680 Neuerkrankungen (geschätzt für 2000)

- DRG-Daten nach § 21 KHEntgG (InEK)
 - 78 % aller KH (2003)
- DRG-Kalkulation (InEK)
 - 16 % der Behandlungsfälle nach § 21 KHEntgG (2003)
- Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen (KV)
 - ? (2001)
- Arzneimittelabrechnung, vertragsärztlicher Bereich (RZ, GKV)
 - ? (2002)
- Externe QS nach § 137 SGB V (BQS)
 - 97 %, 80 % bis über 100 % (geschätzt für 2003 aus 2002)
- Epidemiologische Krebsregister
 - 74 % (geschätzt in 2004)

- DRG-Daten nach § 21 KHEntgG (InEK)
 - Fallnummer des Krankenhauses
- DRG-Kalkulation (InEK)
 - Fallnummer des Krankenhauses
- Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen (KV)
 - namentlich, KV-Nummer
- Arzneimittelabrechnung, vertragsärztlicher Bereich (RZ, GKV)
 - namentlich, KV-Nummer
- Externe QS nach § 137 SGB V (BQS)
 - Fallnummer des Krankenhauses
- Epidemiologische Krebsregister
 - namentlich

- Verfügbarkeit von Daten
- Datenqualität
- Nutzungsbeispiele
- Schlussfolgerungen

- DRG-Daten nach § 21 KHEntgG (InEK)
 - RSA +, Leistungen vollständig, Nebendiagnosen ungesichert
- DRG-Kalkulation (InEK)
 - 78 % in Kalkulation berücksichtigt; 1,8 % Fehler
- Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen (KV)
 - RSA -
- Arzneimittelabrechnung, vertragsärztlicher Bereich (RZ, GKV)
 - RSA +
- Externe QS nach § 137 SGB V (BQS)
 - Hohe Plausibilität: 3.000 Regeln für 2.400 Datenfelder
- Epidemiologische Krebsregister
 - Flächendeckung, DCO-Anteil rückläufig

- Verfügbarkeit von Daten
- Datenqualität
- Nutzungsbeispiele
- Schlussfolgerungen

Beispiel 1:

Mammakarzinom - § 301 für Tumorregister

- § 301

- Pflege

- C80 - Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

- Aufnahme

- C50.4 - oberer äußerer Quadrant

- Verlängerungsanz

- C50.2 - oberer i
 - C50.4 - oberer ä
 - C50.9 - nicht nä

- Postoperativ

- C50.4 - oberer ä
 - C50.8 - mehrere

- Entlassung

- C50.9 - nicht näher bezeichnet

Klinisches Tumorregister		Erstmeldung		Universitätsklinikum Essen, IMIBE							
Lokalisation Primärtumor		<table border="1"><tr><td>C</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				C			.		
C			.								
Kodierung mit ICD-10, Version:		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>									

- Datenübermittlung § 301 SGB V, § 295 SGB V
- QS § 137 SGB V
 - Mammachirurgie - 42.977 Datensätze national (2003)
- QS Disease-Management-Programm
- QS Brustzentren
 - mamma@kte.nrw
- Epidemiologisches Krebsregister
- Externe onkologische Qualitätssicherung
 - Westfalen: Onkologische Schwerpunkte
 - Nordrhein: in Konzeption

Mehrfacherfassung

Erst-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

Datenschema D2D-Mamma-Akte

Die Datenfelder 9 bis 29 bitte für jede
zu operierende Brust getrennt
einmal : KVN_o, WBC, *asthenis*[®] GmbH

18 Histologie vor dem ersten Eingriff

Präoperative Therapie

9 Zu Op

1 = real

Präther
Diagno

3 Allgemeine Diagnostik

Element-Bezeichnung

3. ALLGEMEINE DIAGNOSTIK

ID

INSTITUT_ID

DATUM

KARNOFSKY

KOERPERGROESSE

KOERPERGEWICHT

KOF

BLUTDRUCK_SYS

BLUTDRUCK_DIAS

LABOR

ID

INSTITUT_ID

STATUSLAB

PARAMETER

MESSWERT

Datum erste ärztliche
Tumor(verdachts)diagnose

TT MM JJJJ

Beginn erste Tumorbehandlung

TT MM JJJJ

Allgemeiner Leistungszustand (Erfassung nach ECOG)

Bei Aufnahme ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ X

Tumorausprägung

☐ T – Primärtumor ☐ P – Primärtumorrezidiv
☐ L – Lymphknotenrezidiv ☐ R – Lokoregionäres Rezidiv
☐ M – Fernmetastase(n) ☐ B – Lokoregionäres Rezidiv + M
☐ G – Generelle Progression des Krankheitsbildes

Lokalisation Primärtumor

C . .

Kodierung mit ICD-10, Version:

Seitenlokalisierung

☐ R ☐ L ☐ B ☐ M ☐ T ☐ X

Allgemeine Tumorausbreitung

☐ L – Lokalisiert ☐ R – Regional ☐ M – Fernmetastasen
☐ S – Systemerkrankung ☐ X – Unbekannt

Lokalisation Fernmetastasen

☐ PUL ☐ OSS ☐ HEP ☐ BRA ☐ LYM ☐ MAR
☐ PLE ☐ PER ☐ ADR ☐ SKI ☐ OTH ☐ GEN

Andere Kodierung

Klinisches TNM (cTNM)

. Auflage

T . . . C . . . N . . . C . . . M . . . C . . .

r . . y . .

Stadium . . .

Pathologisches TNM (pTNM)

. Auflage

pT . . . C . . . pN . . . C . . . pM . . . C . . .

r . . y . .

Stadium . . .

Andere Klassifikationen

. Auflage

Diagnosesicherung

☐ K – Klinisch/chir. ☐ Z – Zytologisch ☐ H – Histologisch
☐ A – Autoptisch ☐ D – aussch. durch Todesbescheinigung
☐ S – Sonstige ☐ X – Unbekannt

Histologie

ICD-O, Version:

1. Histologie

Datenquelle

Grading

☐ GX ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G3-4 ☐ G4

2. Histologie

Datenquelle

Grading

☐ GX ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G3-4 ☐ G4

3. Histologie

Datenquelle

Grading

☐ GX ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G3-4 ☐ G4

Essen, den

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Beispiel 2: Dekubitus - Internes QM für § 301 und BQS

Neuer Dekubitus

Bei Auftreten eines Dekubitus/Ereignis den kompletten Bogen ausfüllen!

Bitte dokumentieren Sie pro Lokalisation einen Bogen!

Stadium
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ unklar*!

Lokalisation

	rechts	mittig	links
Hinterkopf		<input type="checkbox"/>	
Ellbogen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gluteal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sacral		<input type="checkbox"/>	
Ferse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*! Es liegt wahrscheinlich ein Dekubitus vor



Interdisziplinäres Dekubitus-Projekt

L89.-

Dekubitalgeschwür

Dekubitus

Druckgeschwür

Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips

Exkl.: Dekubitalgeschwür (trophisch) der Cervix (uteri) (N86)

Hinw.: Kann der Grad eines Dekubitalgeschwüres nicht sicher bestimmt werden, ist der niedrigere Grad zu kodieren

Die folgenden fünften S

- 0 Kopf
- 1 Obere Extremität
- 2 Dornfortsätze
- 3 Beckenkamm
Spina iliaca
- 4 Kreuzbein
Steißbein
- 5 Sitzbein
- 6 Trochanter
- 7 Ferse
- 8 Sonstige Lokalisation
- 9 Sonstige und nicht

- L89.1- Dekubitus 1. Grades
Umschriebene Rötung b
- L89.2- Dekubitus 2. Grades
Hautdefekt
- L89.3- Dekubitus 3. Grades
Tiefer Hautdefekt, Musk
- L89.4- Dekubitus 4. Grades
Tiefer Hautdefekt mit K
- L89.9- Dekubitus, Grad nicht

Teildatensatz Pflege: Dekubitusprophylaxe

Aufnahme

- 1 Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?
- 0 = nein 1 = ja ☐

wenn ja:

- 2 Anzahl der Dekubitalulzera

wenn mindestens ein Dekubitalulkus vorlag:

- 3 Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus (nach NPUAP 1989; Seiler) ☐
- 1 = Grad 1: Rötung (nicht wegdrückbar) bei intakter Haut
 - 2 = Grad 2: Läsion der Haut
 - 3 = Grad 3: Läsion der Unterhaut und/oder von Faszie und/oder Muskel
 - 4 = Grad 4: Läsion von Knochen und/oder Gelenk

Entlassung

- 4 Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?
- 0 = nein 1 = ja ☐

wenn ja:

- 5 Anzahl der Dekubitalulzera

wenn mindestens ein Dekubitalulkus vorlag:

- 6 Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus (nach NPUAP 1989; Seiler) ☐
- 1 = Grad 1: Rötung (nicht wegdrückbar) bei intakter Haut
 - 2 = Grad 2: Läsion der Haut
 - 3 = Grad 3: Läsion der Unterhaut und/oder von Faszie und/oder Muskel
 - 4 = Grad 4: Läsion von Knochen und/oder Gelenk

- Es wird ein Dekubitus mit einem Schlüssel AL_* und einem Schlüssel AS_* erfasst.
 1. Generierung des Schlüssels der ICD-10-GM 2005.
 2. Vergleich mit bestehender Basisdokumentation.
 - Erster Dekubitus an dieser Lokalisation:
Übertrag des Codes samt Seitenlokalisierung als PFL-Diagnose.
 - Dekubitus an Lokalisation bereits erfasst.
 - Neuer Dekubitus höheres Stadium:
Löschung der entsprechenden L89.- und automatischer Übertrag des neuen Codes als PFL-Diagnose.
 - Neuer Dekubitus niedrigeres oder identisches Stadium:
keine Aktion

Beispiel 3: Dekubitus - § 21 für Qualitätsindikator

- Patient Safety Indicators (PSI) der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

AHRQ Quality Indicators

Indikator und Definition	Zähler	Nenner
Decubitus Ulcer	Discharges with ICD-9-CM code of 7070 in any secondary diagnosis field per 1000 discharges	All medical and surgical discharges by specific DRGs
		Include only patients with a length of stay of 5 or more days
		Exclude MDC 9
		Exclude MDC14
		Exclude patients admitted from a long-term care facility
		Exclude patients with diagnosis of hemiplegia, paraplegia, or quadraplegia
Cases of decubitus ulcer per 1000 discharges with a length of stay greater than 4 days		

- Verfügbarkeit von Daten
- Datenqualität
- Nutzungsbeispiele
- Schlussfolgerungen

- Umfangreiche Routinedaten verfügbar
- Vollzähligkeit gegeben
- Vollständigkeit mäßig
- Richtigkeit unbekannt
- Redundante Erhebungsverfahren
- Unterschiedliche Merkmalskataloge
- Record Linkage nur über Leistungserbringer

- Eindeutige Identifikation der Person
- Reduktion der Erhebungsverfahren
- Ermittlung und Verbesserung der Datenqualität
- Vereinheitlichung
 - Bezeichnungen
 - Begriffe
 - Datenmodelle
 - Use Cases
- Sorgfältige Analyse

Ende