



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren  
für das Erfassungsjahr 2015

## **Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Indikatoren 2015

Stand: 04.05.2016

---

# Inhaltsverzeichnis

Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	3
Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) .....	4
52008: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) .....	7
52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) .....	9
52326: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 .....	12
52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet .....	14
52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 .....	16
Anhang I: Historie der Qualitätsindikatoren .....	19

# Pflege: Dekubitusprophylaxe

Ein Dekubitus ist eine durch länger anhaltenden Druck entstandene Wunde der Haut bzw. des darunterliegenden Gewebes. Schädigungen dieser Art werden auch als Druckgeschwüre, Dekubitalulcera oder Wundliegen bezeichnet und sind eine sehr ernst zu nehmende Komplikation bei zu pflegenden Personen. Sie können in Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge lange andauernder Bewegungs- oder Bewusstseins Einschränkungen auftreten. Dementsprechend sind besonders häufig ältere Menschen von einem Dekubitus betroffen. Er ist für die betroffenen Patienten sehr schmerzhaft, geht mit einem hohen Leidensdruck sowie Einschränkungen der Lebensqualität einher und führt meist über Monate zu einer Pflegebedürftigkeit. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüre konsequent vorzubeugen (Dekubitusprophylaxe).

Der Schweregrad eines Dekubitus wird auf einer Skala von 1 bis 4 kategorisiert. Diese Gradeinteilung basiert auf der internationalen Klassifikation von Krankheiten und Gesundheitsproblemen (sog. ICD-10-GM-Klassifizierung).

Gradeinteilung des Dekubitus nach L89 (ICD-10-GM Version 2015):

- Dekubitus 1. Grades: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
- Dekubitus 2. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis oder Hautverlust ohne nähere Angaben
- Dekubitus 3. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
- Dekubitus 4. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades

Die Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereichs erfassen ausschließlich die Häufigkeit neu aufgetretener Druckgeschwüre während eines Aufenthalts im Krankenhaus (Dekubitusinzidenz). Die Dekubitusinzidenz gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit, weil sie auch Rückschlüsse über im Krankenhaus angewendete Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleitete Behandlungsmaßnahmen ermöglicht. Da in der Praxis oft Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus Grad 1 von einer Hautrötung besteht, werden im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe nur die höheren Grade (ab Dekubitus Grad 2) erhoben und ausgewertet.

Sofern nicht anders angegeben, ist die Beschreibung der Qualitätsindikatoren eine Fortschreibung der QIDB 2014 des AQUA-Institutes.

# Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

<b>Bezeichnung der Indikatorengruppe</b>	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator

## Hintergrund

Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Komplikation, die für den Patienten mit einem hohen persönlichen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer verbunden ist. Schätzungen zufolge entwickeln jedes Jahr weit über 400.000 Menschen in Deutschland einen Dekubitus (Robert Koch-Institut 2002). In der ökonomischen Betrachtung verursacht ein Dekubitus hohe Kosten durch den erhöhten Pflegeaufwand, eine kostenintensive Therapie und verlängerte Krankenhausverweildauer.

Diese Konsequenzen können bei einer wirkungsvollen Prophylaxe zumeist verhindert werden (DNQP 2010, DNQP 2004). Damit lässt die Dekubitusinzidenz (Häufigkeit des Auftretens eines Dekubitus während des stationären Aufenthalts) als Qualitätsindikator Aussagen zur Prophylaxequalität zu (Schoonhoven et al. 2007). In einigen deutschen Krankenhäusern wird schon seit längerem die krankenhauserne Dekubitusinzidenz als wichtige Kennzahl für das interne Qualitätsmanagement erhoben. Die Dekubitusinzidenz wird international als Ergebnisindikator und als sog. Patientensicherheitsindikator in einem für die Patienten sehr relevanten Bereich eingesetzt. (AHRQ 2011, AHRQ 2007, Montalvo 2007, ANA 1999, IQIP 2002, Kirstensen et al. 2007, SVR 2007, Verein Outcome2005, Gehlrich et al. 2008). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes aller vollstationären Patienten ab einem Alter von 20 Jahren neu auftreten.

Inzidenzraten variieren u.a. in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen bspw. zwischen 7 und 38 % in der Akutpflege und zwischen 7 und 23,9 % in der Langzeitpflege (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al. 2001). Dekubitalgeschwüre sind in der Regel das Ergebnis sich gegenseitig verstärkender Risikofaktoren. Die Häufigkeit ihres Auftretens hängt also auch davon ab, welches Risikoprofil die in einem Krankenhaus behandelten Patienten aufweisen. Die Neuentstehung eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes wird in hohem Maße durch die systematische Identifikation dieser Risikofaktoren und die Qualität der erbrachten Dekubitusprophylaxe beeinflusst. Nur in wenigen Fällen ist ein Dekubitus durch prophylaktische Maßnahmen nicht vermeidbar.

Um diese Risikofaktoren der Patienten bei der Auswertung zu berücksichtigen, werden auch risikoadjustierte Qualitätsindikatoren berechnet. Im Übergang wird dabei das Risikoadjustierungsmodell der vorangegangenen Jahre übernommen. Da dies jedoch nur ein vereinfachtes Modell darstellt und nicht alle relevanten Risikofaktoren berücksichtigt, ist das AQUA-Institut zurzeit mit einer Weiterentwicklung des aktuellen Risikoadjustierungsmodells beauftragt. Voraussichtlich mit der Spezifikation 2017 wird dieses weiterentwickelte Modell implementiert.

Da in der QS-Dokumentation seit dem Erfassungsjahr 2013 nur noch Fälle mit Dekubitus zu dokumentieren sind, ist die zusätzliche Erstellung einer sogenannten Risikostatistik notwendig. In dieser wird die Häufigkeit der Kombination der folgenden Risikofaktoren (Kovariatenpattern) tabellarisch abgefragt:

- Höchster Grad des Dekubitus
- Altersklasse
- Diabetes mellitus
- Beatmungstunden (kategorisiert)
- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
- Geschlecht

Die Risikostatistik wird benötigt, um für die risikoadjustierten Qualitätsindikatoren die Rate der erwarteten Dekubitalulcera sowie die Grundgesamtheit (d.h. die Summe aller Behandlungsfälle eines Krankenhauses) ermitteln zu können.

Um die Schwere des Dekubitus einschätzen zu können, wird dieser nach einer Gradierungsskala eingeteilt. Die Nutzung des Codes

L89.- aus dem ICD-10-GM kann hier zu einer krankenhausesweit einheitlichen Dokumentation beitragen.

Aktuelle Gradeinteilung des Dekubitus seit dem Jahr 2013 (ICD-10-GM, Kode L89\*):

Dekubitus 1. Grades

Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut

Dekubitus 2. Grades:

Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis oder Hautverlust o. n. A.

Dekubitus 3. Grades:

Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann

Dekubitus 4. Grades:

Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet:

Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades

Kontrovers diskutiert wurde die bisher sichere Einschätzung von Grad/Kategorie 1, mit der eine anhaltende, umschriebene Rötung gemeint ist. Da hier die Haut noch intakt ist, fällt es nicht immer leicht, diesen Zustand als Dekubitus zu erkennen. Aus diesem Grunde wurde ab dem Jahr 2013 auf die Erhebung des Dekubitus Grad/Kategorie 1 verzichtet (Hoppe 2008, Kottner 2009). Trotz dieses Verzichts, soll an dieser Stelle auf die Wichtigkeit des Dekubitus Grad/Kategorie 1 hingewiesen werden, denn auch das Vorliegen eines Dekubitus Grad/Kategorie 1 kann auf unzureichende Dekubitusprophylaxe hinweisen.

Aus bisherigen Studien lassen sich nur bedingt Vergleichszahlen für die krankenshausinterne Dekubitusinzidenz heranziehen. Leffmann (2004) berichtet aus den Jahren 1998 bis 2003 und gibt eine Dekubitusinzidenz von 0,9 bis 1,5 % an. Die bei der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (EQS) Hamburg erhobenen, nicht risikoadjustierten Daten stammen allerdings aus einer Vollerhebung der Hamburger Krankenhäuser und beziehen sich auf alle Krankenhauspatienten. Aus einer weiteren nationalen Studie (Dassen et al. 2005) lassen sich zwar die Prävalenzraten für Patienten mit einem bestehenden Dekubitusrisiko ableiten, die Rate der neu entstehenden Ulcera jedoch nicht. Auch die Studien von Bours et al. (2003), die das Risikoprofil der untersuchten Patienten berücksichtigt haben, beziehen sich auf eine Prävalenzrate. Williams et al. 2001 verwenden zwar eine Inzidenzrate (2 %  $\geq$  Grad/Kategorie 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankenhausebene und nicht krankenshausübergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators war somit nicht möglich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Nutzung von Abrechnungsdaten nicht alle vorhandenen oder entstehenden Dekubitalulcera abrechnungsrelevant sind und daher ggf. nicht dokumentiert werden. Aus diesem Grund ist ein Vergleich der über dieses Verfahren ermittelten Dekubitusrate nur mit Daten möglich, die ebenfalls auf Abrechnungsdaten basieren. Allerdings werden mit diesem Verfahren mehr als 7-mal mehr Dekubitalulcera erfasst als zuvor.

## Literatur

AHRQ. AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services: Agency for Healthcare Research and Quality 2007 (Version 3.1). . <[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi\\_guide\\_v31.pdf](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf)> (Recherchedatum: 24.02.2012).

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ QI, Patient Safety Indicators #3, Technical Specifications, Pressure Ulcer Rate, Provider-Level Indicator, Version 4.3, August 2011 < [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov) > (Recherchedatum: 24.02.2012).

American Nurses Association (ANA).

<[http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators\\_1](http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1)> (Recherchedatum: 27.02.2012)

Bours GJ, Halfens RJ, Berger MP, Huijter Abu-Saad H, Grol RT. Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates. Med Care 2003; 41 (1): 45-55.

Dassen T, Heinze C, Lahmann N, Lohrmann C, Mertens E, Tannen A. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Prävalenz-Erhebung 2005. Institut für Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité (Hrsg.). Berlin. 2005.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Osnabrück. 2010.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Osnabrück. 2004.
- Drösler SE, Cools A, Köpfer T, Stausberg J. Eignen sich Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Qualitätsmessung im Krankenhaus? Erste Ergebnisse mit den amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit in Deutschland. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2007; 101(1):35-42.
- Eberhardt S, Heinemann A, Kulp W, Greiner W, Leffmann C, Leutenegger M, Anders J, Pröfener F, Balmaceda U, Cordes O, Zimmermann U, Schulenburg JM Graf von der. Dekubitusprophylaxe und -therapie. Health Technology Assessment. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) Köln. 2005.
- Gehrlach C, Otzen I, Küttel R, Heller R, Lerchner M. Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus. Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitalern. Pflege; 21: 75-84. 2008
- Hoppe C, Pöhler A, Kottner J, Dassen T. Dekubitus: Neue Daten zu Risiko, Prävalenz und Entscheidungsorten. Studienergebnisse aus deutschen Pflegeheimen und Kliniken. Pflegezeitschrift. 2008; 61(2):90-93.
- Houchens RL, Elixhauser A, Romano PS. How often are potential patient safety events present on admission? Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008; 34(3):154-163.
- International Quality Indicator Project (IQIP). List of all indicators . <<http://www.internationalqip.com/indicators.aspx>> (Recherchedatum: 24.02.2012).
- Kottner J, Dassen T, Heinze C. Diagnosis and classification of pressure ulcers and other skin lesions: interrater reliability and agreement. 2009.
- Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe: SimPatIE - Work Package 4. European Society for Quality in Healthcare (ESQH) (Hrsg.). Aarhus. 2007.
- Leffmann CJ. Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2004; 37 (2): 100-108.
- Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 12 No. 3, Manuscript 2. 2007.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), Cuddigan J, Berlowitz DR, Ayello EA. Pressure Ulcers In America: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future - An Executive Summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Monograph. Advances in Skin & Wound Care 2001; 14 (4): 208-215.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Consensus Development Conference 1989. <<http://www.npuap.org/archive/positn6.htm>> (Recherchedatum: 28.10.2009).
- Robert Koch-Institut (RKI). Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12. Berlin. 2002.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Vorschlag für die Entwicklung von Patientensicherheits- Indikatoren in Deutschland. In: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.). Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn; 2007: 505-516.
- Schoonhoven L, Bousema MT, Buskens E. The prevalence and incidence of pressure ulcers in hospitalised patients in the Netherlands: a prospective inception cohort study. Int J Nurs Stud 2007; 44 (6): 927-935.
- Theisen S, Drabik A, Lungen M, Stock S. Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern: „Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ im Vergleich zur „Qualitätsmessung aus Routinedaten“ . Ein direkter Vergleich am Beispiel „Dekubitus“. Gesundheitswesen 2011; 73: 803-809.
- Verein Outcome. Diagnoseunabhängige Messthemen für Outcome. 2005. <[http://www.vereinoutcome.ch/de/messungen/diagnoseunabhaengigemessthemen\\_b\\_qkriterien.asp](http://www.vereinoutcome.ch/de/messungen/diagnoseunabhaengigemessthemen_b_qkriterien.asp)> (Recherchedatum: 28.10.2009).

# 52008: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname**
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
26:RST	Anzahl Datensätze	M	-	RST:RST_ANZAHLFAELLE

\* Ersatzfeld im Exportformat

\*\* Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden mit dem Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet

## Berechnung

<b>Indikator-ID</b>	52008
<b>Bewertungsart</b>	Quote
<b>Referenzbereich 2015</b>	Nicht definiert
<b>Referenzbereich 2014</b>	Nicht definiert
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>                  Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand</p> <p><b>Nenner</b>                  Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Plausibilitätsprüfung:                  Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2015 entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) einem der folgenden ICD-Kodes entspricht: L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*.</p> <p>Nenner:                  Der Nenner wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet, sofern die Summe auf der Auswertungsebene (bspw. Krankenhaus/Standort) <math>\geq 20</math> Fälle beträgt.</p> <p>Zähler:                  Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik mit einer Gesamtsumme (Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE) von <math>\geq 20</math> Fällen auf der Auswertungsebene vorliegt, wird der Zähler auf 0 gesetzt.</p> <p>Im Zähler werden alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie berücksichtigt. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus nein oder unbekannt ist.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar



# 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname**
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
7:RST	Alter 33-43	M	-	RST:RST_ALTER3343
8:RST	Alter 44-51	M	-	RST:RST_ALTER4451
9:RST	Alter 52-58	M	-	RST:RST_ALTER5258
10:RST	Alter 59-65	M	-	RST:RST_ALTER5965
11:RST	Alter 66-70	M	-	RST:RST_ALTER6670
12:RST	Alter 71-74	M	-	RST:RST_ALTER7174
13:RST	Alter 75-78	M	-	RST:RST_ALTER7578
14:RST	Alter 79-84	M	-	RST:RST_ALTER7984
15:RST	Alter 85 und älter	M	-	RST:RST_ALTER85
16:RST	DM Typ 1 und 2	M	-	RST:RST_DMTYP12
17:RST	DM nicht näher bezeichnet	M	-	RST:RST_DMTYPNNB
18:RST	Beatmung 1 bis 8 Stunden	M	-	RST:RST_DAUBEAT18
19:RST	Beatmung 9 bis 24 Stunden	M	-	RST:RST_DAUBEAT924
20:RST	Beatmung 25 bis 72 Stunden	M	-	RST:RST_DAUBEAT2572
21:RST	Beatmung 73 bis 240 Stunden	M	-	RST:RST_DAUBEAT73240
22:RST	Beatmung über 240 Stunden	M	-	RST:RST_DAUBEAT241
23:RST	Paraparese	M	-	RST:RST_PARAPARESE
24:RST	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	M	-	RST:RST_HOCHAUFWPFLEGE
25:RST	Geschlecht (weiblich)	M	-	RST:RST_WEIBLICH
26:RST	Anzahl Datensätze	M	-	RST:RST_ANZAHLFAELLE

\* Ersatzfeld im Exportformat

\*\* Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden mit dem Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet

## Berechnung

<b>Indikator-ID</b>	52009
<b>Bewertungsart</b>	Logistische Regression ( O / E )
<b>Referenzbereich 2015</b>	<= 2,11 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
<b>Referenzbereich 2014</b>	<= 2,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Logistische Regression
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	Bei der Risikoadjustierung werden die folgenden Risikofaktoren berücksichtigt: - Altersklasse - Diabetes mellitus - Beatmungstunden (kategorisiert) - Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie - Geschlecht
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>          Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand</p> <p><b>Nenner</b>          Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen</p> <p><b>O (observed)</b>          Beobachtete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand</p> <p><b>E (expected)</b>          Erwartete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für QI-ID 52009</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Plausibilitätsprüfung:          Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2015 entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) einem der folgenden ICD-Kodes entspricht: L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*.</p> <p>Nenner:          Der Nenner wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet, sofern die Summe auf der Auswertungsebene (bspw. Krankenhaus/Standort) &gt;= 20 Fälle beträgt.</p> <p>Zähler:          Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik mit einer Gesamtsumme (Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE) von &gt;= 20 Fällen auf der Auswertungsebene vorliegt, wird der Zähler auf 0 gesetzt.</p> <p>Für den Zähler der beobachteten Rate werden alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie berücksichtigt. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus nein oder unbekannt ist.</p>

	Für den Zähler der erwarteten Rate werden die Daten aus der Risikostatistik verwendet. Die Einzelergebnisse (auf Datensatzebene) des Dekubitus-Score für QI-ID 52009 werden auf der entsprechenden Auswertungsebene (bspw. Krankenhaus/Standort) summiert. Zur Ermittlung der erwarteten Rate wird dieser Wert durch die Anzahl der Fälle aus der Risikostatistik geteilt (s. Nenner).
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

## Risikofaktoren

Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	Odds-Ratio (95% C.I.)	
					unterer Wert	oberer Wert
Konstante	-8,273611185088919	0,044	-189,641	-	-	-
Alter 33 - 43 Jahre	0,544017255661183	0,056	9,775	1,723	1,545	1,921
Alter 44 - 51 Jahre	1,288453983485180	0,049	26,453	3,627	3,297	3,991
Alter 52 - 58 Jahre	1,733188058424782	0,046	37,340	5,659	5,167	6,198
Alter 59 - 65 Jahre	2,099562418332559	0,045	46,385	8,163	7,470	8,920
Alter 66 - 70 Jahre	2,337724615170349	0,045	51,441	10,358	9,475	11,323
Alter 71 - 74 Jahre	2,481510097183415	0,045	55,210	11,959	10,951	13,061
Alter 75 - 78 Jahre	2,682295166666845	0,045	60,107	14,619	13,394	15,955
Alter 79 - 84 Jahre	2,956392513173816	0,044	66,732	19,228	17,629	20,973
Alter 85 Jahre und älter	3,399589240993607	0,044	76,939	29,952	27,467	32,661
Diabetes Mellitus Typ 1 und 2	0,461578475843907	0,008	54,939	1,587	1,561	1,613
Diabetes Mellitus nicht näher bezeichnet	0,682377854208194	0,028	24,139	1,979	1,872	2,091
Beatmung 1 bis 8 Stunden	1,348481749129746	0,029	45,727	3,852	3,635	4,081
Beatmung 9 bis 24 Stunden	1,805829268457666	0,028	65,150	6,085	5,763	6,425
Beatmung 25 bis 72 Stunden	2,015705045617203	0,022	90,330	7,506	7,185	7,842
Beatmung 73 bis 240 Stunden	2,723140441266430	0,017	161,106	15,228	14,732	15,741
Beatmung über 240 Stunden	3,780028690872153	0,013	299,306	43,817	42,746	44,915
Paraparese	1,240866804925240	0,023	54,749	3,459	3,308	3,616
Geschlecht (weiblich)	-0,033538347300973	0,008	-4,210	0,967	0,952	0,982

# 52326: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname**
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
26:RST	Anzahl Datensätze	M	-	RST:RST_ANZAHLFAELLE

\* Ersatzfeld im Exportformat

\*\* Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden mit dem Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet

## Berechnung

<b>Indikator-ID</b>	52326
<b>Bewertungsart</b>	Quote
<b>Referenzbereich 2015</b>	Nicht definiert
<b>Referenzbereich 2014</b>	Nicht definiert
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen neu erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Plausibilitätsprüfung:                  Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2015 entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) einem der folgenden ICD-Kodes entspricht: L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*. Zusätzlich werden Datensätze von Patienten unter 20 Jahren und/oder Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>Nenner:                  Der Nenner wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet, sofern die Summe auf der Auswertungsebene (bspw. Krankenhaus/Standort) <math>\geq 20</math> Fälle beträgt.</p> <p>Zähler:                  Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik mit einer Gesamtsumme (Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE) von <math>\geq 20</math> Fällen auf der Auswertungsebene vorliegt, wird der Zähler auf 0 gesetzt.</p> <p>Im Zähler werden alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2 berücksichtigt, sofern dieser Dekubitus von allen erworbenen Dekubitalucera den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt. D.h. falls ein Patient einen Dekubitus Grad/Kategorie 2 und einen Dekubitus Grad/Kategorie 3, 4 oder nicht näher bezeichnet stationär erworben hat wird dieser im Zähler nicht berücksichtigt, da zusätzlich ein höhergradiger Dekubitus erworben wurde. Dekubitalulcera Grad/Kategorie 3 und Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet werden als gleichrangig betrachtet. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus nein oder unbekannt ist.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname**
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
26:RST	Anzahl Datensätze	M	-	RST:RST_ANZAHLFAELLE

\* Ersatzfeld im Exportformat

\*\* Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden mit dem Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet

## Berechnung

<b>Indikator-ID</b>	52327
<b>Bewertungsart</b>	Quote
<b>Referenzbereich 2015</b>	Nicht definiert
<b>Referenzbereich 2014</b>	Nicht definiert
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen stationär erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt (Dekubitus Grad/Kategorie 3 und Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet werden als gleichrangig betrachtet)</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Plausibilitätsprüfung:                  Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2015 entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) einem der folgenden ICD-Kodes entspricht: L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*. Zusätzlich werden Datensätze von Patienten unter 20 Jahren und/oder Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>Nenner:                  Der Nenner wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet, sofern die Summe auf der Auswertungsebene (bspw. Krankenhaus/Standort) <math>\geq 20</math> Fälle beträgt.</p> <p>Zähler:                  Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik mit einer Gesamtsumme (Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE) von <math>\geq 20</math> Fällen auf der Auswertungsebene vorliegt, wird der Zähler auf 0 gesetzt.</p> <p>Im Zähler werden alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie berücksichtigt, sofern dieser Dekubitus von allen erworbenen Dekubitalulcera den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt. D.h. falls ein Patient einen Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder einen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet und einen Dekubitus Grad/Kategorie 4 stationär erworben hat, wird dieser im Zähler nicht berücksichtigt, da zusätzlich ein höhergradiger Dekubitus erworben wurde. Dekubitalulcera Grad/Kategorie 3 und Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet werden als gleichrangig betrachtet. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus nein oder unbekannt ist.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

<b>Qualitätsziel</b>	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator

## Hintergrund

Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 gemessen, die während des stationären Aufenthaltes bei allen vollstationären Patienten, die 20 Jahre oder älter sind, neu auftreten.

Ein Dekubitus Grad/Kategorie 4 ist eine äußerst schwerwiegende Komplikation, die für den Patienten mit einem hohen persönlichen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer verbunden ist und durch eine wirkungsvolle Prophylaxe zumeist verhindert werden kann. Dem entsprechend wird hier als Qualitätsziel formuliert, dass bei einem Patienten die Entwicklung eines Dekubitus Grad/Kategorie 4 während des Krankenhausaufenthaltes absolut vermieden werden soll. Dennoch weist die Fachgruppe in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nicht bei allen Patienten ein Dekubitus erfolgreich verhindert werden kann, da es einerseits Patienten gibt, bei denen die entsprechenden pflegerischen prophylaktischen Interventionen nicht angewendet werden können (z. B. wenn ein Patient aufgrund von starken Schmerzen keine Lageveränderung tolerieren kann und nicht zu Mikrobewegungen fähig ist), und es andererseits Patienten gibt, bei denen die pflegerischen prophylaktischen Interventionen keine Wirkung zeigen (z. B. bei gravierenden Störungen der Durchblutung oder bei Einnahme von die Hautdurchblutung beeinträchtigenden Medikamenten) (DNQP 2010). In der Regel handelt es sich hier um Patienten, bei denen sich Risikofaktoren zur Dekubitusentstehung kumulieren und zugleich sehr schwere, lebensbedrohliche Ereignisse vorliegen.

Es muss hervorgehoben werden, dass es sich hier um eine sehr kleine Patientengruppe handelt, denn in der Regel sind gezielte pflegerische Prophylaxen auch bei hoher Dekubitusgefährdung erfolgreich.

Um herauszufinden, ob gravierende Qualitätsprobleme vorliegen, wird die Entstehung eines hochgradigen Dekubitus (Grad/Kategorie 4) als „Sentinel-Event“ erfasst, bei dem in jedem Einzelfall eine Analyse erfolgen soll.

## Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Osnabrück. 2010.



## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname**
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
26:RST	Anzahl Datensätze	M	-	RST:RST_ANZAHLFAELLE

\* Ersatzfeld im Exportformat

\*\* Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden mit dem Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet

## Berechnung

<b>Indikator-ID</b>	52010
<b>Bewertungsart</b>	Sentinel-Event
<b>Referenzbereich 2015</b>	Sentinel-Event
<b>Referenzbereich 2014</b>	Sentinel-Event
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>	Ein Dekubitus des Grades 4, der während eines Krankenhausaufenthaltes neu auftritt, stellt eine äußerst schwerwiegende und oft vermeidbare Komplikation dar und kann auf unzureichende prophylaktische und therapeutische Versorgungsleistungen hinweisen. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sollte bei allen diesen Fällen eine differenzierte Einzelfallanalyse erfolgen. Die Bundesfachgruppe gibt zu bedenken, dass die Abgrenzung zwischen Grad 3 und 4 im Krankenhausalltag häufig problematisch ist und diesbezüglich ein erhöhter Schulungsbedarf notwendig ist.
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>                  Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand</p> <p><b>Nenner</b>                  Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Plausibilitätsprüfung:                  Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2015 entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) einem der folgenden ICD-Kodes entspricht: L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*. Zusätzlich werden Datensätze von Patienten unter 20 Jahren und/oder Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>Nenner:                  Der Nenner wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet. Falls keine Risikostatistik vorliegt wird der Nenner auf 0 gesetzt.</p> <p>Zähler:                  Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet.</p> <p>Im Zähler werden alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 4 berücksichtigt. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus nein oder unbekannt ist.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# Anhang I: Historie der Qualitätsindikatoren

## Aktuelle Qualitätsindikatoren 2015

Indikator		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
52008	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
52326	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	Nein	Nein	Vergleichbar	-
52327	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet	Nein	Nein	Vergleichbar	-
52010	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Nein	Nein	Vergleichbar	-

**2014 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine**