



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
für das Erfassungsjahr 2016

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Indikatoren 2016

Stand: 26.04.2017

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung | 3 |
| 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) | 4 |
| 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 | 11 |
| Anhang I: Listen..... | 15 |
| Anhang II: Funktionen | 16 |
| Anhang III: Historie der Qualitätsindikatoren | 20 |

Einleitung

Ein Dekubitus ist eine durch länger anhaltenden Druck entstandene Wunde der Haut bzw. des darunterliegenden Gewebes. Schädigungen dieser Art werden auch als Druckgeschwüre, Dekubitalucera 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, Druckgeschwüren 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 2016):

-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-Instituts. Anpassungen erfolgten seither im Rahmen der Verfahrenspflege durch das IQTiG.

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

| | |
|----------------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand |
| Indikatortyp | 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, wird auch ein risikoadjustierter Qualitätsindikator 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, wurde das Risikoadjustierungsmodell weiterentwickelt. Mit der Spezifikation 2017 wird das 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 für dieses QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle eines Krankenhauses) ermitteln zu können.

Um die Schwere des Dekubitus einschätzen zu können, wird dieser nach einer Gradierungsskala eingeteilt. Die Nutzung des Kodes L89.- aus dem ICD-10-GM kann hier zu einer krankenhausergreifend einheitlichen Dokumentation beitragen (siehe auch

Einleitung).

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 (Hoppe 2008, Kottner 2009). Aus diesem Grunde wurde ab dem Jahr 2013 auf die Erhebung des Dekubitus Grad/Kategorie 1 verzichtet. 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 krankenhauserne Dekubitusinzidenz heranziehen. Leffmann (2004) berichtet aus den Jahren 1998 bis 2003 und gibt eine Dekubitusinzidenz von 0,9 bis 1,5 % an. Diese 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 % für Grad/Kategorie ≥ 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankensebene und nicht krankenhauserne risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators war somit nicht möglich. Für einen Vergleich mit anderen Ergebnissen ist zudem zu beachten, dass nicht alle Dekubitalulcera abrechnungsrelevant sind. Aus diesem Grund werden in diesem QS-Verfahren ggf. nicht alle Dekubitalulcera erfasst. Daher ist ein Vergleich der über dieses Verfahren ermittelten Dekubitusrate nur mit Daten möglich, die ebenfalls auf Abrechnungsdaten basieren. Allerdings werden seit der Nutzung der Abrechnungsdaten in diesem QS-Verfahren über 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> (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> (Recherchedatum: 24.02.2012).

American Nurses Association (ANA).
<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 Qualitätssich. 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 Akutspitälern. 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> (Recherchedatum: 28.10.2009).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname** |
|--------|--|-----|---|---------------------|
| 13:DEK | Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | 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(ENTL DATUM) | QS_monatEntl |
| 7:RST | Alter 33-43 | M | - | RST_ALTER3343 |
| 8:RST | Alter 44-51 | M | - | RST_ALTER4451 |
| 9:RST | Alter 52-58 | M | - | RST_ALTER5258 |
| 10:RST | Alter 59-65 | M | - | RST_ALTER5965 |
| 11:RST | Alter 66-70 | M | - | RST_ALTER6670 |
| 12:RST | Alter 71-74 | M | - | RST_ALTER7174 |
| 13:RST | Alter 75-78 | M | - | RST_ALTER7578 |
| 14:RST | Alter 79-84 | M | - | RST_ALTER7984 |
| 15:RST | Alter 85 und älter | M | - | RST_ALTER85 |
| 16:RST | DM Typ 1 und 2 | M | - | RST_DMTYP12 |
| 17:RST | DM nicht näher bezeichnet | M | - | RST_DMTYPNNB |
| 18:RST | Beatmung 1 bis 8 Stunden | M | - | RST_DAUBEAT18 |
| 19:RST | Beatmung 9 bis 24 Stunden | M | - | RST_DAUBEAT924 |
| 20:RST | Beatmung 25 bis 72 Stunden | M | - | RST_DAUBEAT2572 |
| 21:RST | Beatmung 73 bis 240 Stunden | M | - | RST_DAUBEAT73240 |
| 22:RST | Beatmung über 240 Stunden | M | - | RST_DAUBEAT241 |
| 23:RST | Paraparese | M | - | RST_PARAPARESE |
| 24:RST | hochaufwendige Pflege von Erwachsenen | M | - | RST_HOCHAUFWPFLERGE |
| 25:RST | Geschlecht (weiblich) | M | - | RST_WEIBLICH |
| 26:RST | Anzahl Datensätze | M | - | 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

| | |
|---|--|
| QI-ID | 52009 |
| Bewertungsart | Logistische Regression (O / E) |
| Referenzbereich 2016 | <= 1,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Referenzbereich 2015 | <= 2,11 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2016 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Logistische Regression |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | <p>Bei der Risikoadjustierung werden die folgenden Risikofaktoren berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altersklasse - Diabetes mellitus - Beatmungstunden (kategorisiert) - Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie - Geschlecht |
| Rechenregel | <p>Zähler</p> <p>Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand</p> <p>Nenner</p> <p>Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik von Krankenhausstandorten, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen</p> <p>O (observed)</p> <p>Beobachtete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand</p> <p>E (expected)</p> <p>Erwartete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/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> |
| Erläuterung der Rechenregel | <p>Plausibilitätsprüfung:</p> <p>Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2016 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:</p> <p>Der Nenner der beobachteten und der erwarteten Rate wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet, sofern die Summe pro Standort >= 20 Fälle beträgt.</p> <p>Zähler:</p> <p>Für die Berechnung des Zählers der beobachteten Rate 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 >= 20 Fällen auf Standortebene vorliegt, wird der Zähler der beobachteten Rate 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 bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie berücksichtigt. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA</p> |

| | <p>("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus "Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden" oder "Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" ist.</p> <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 Standortebene summiert.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|--------------------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---|---------------|---|----------------------|-----------------------------|-----------------|--|----------------------|---------|-----------------|-------------------|----------------------|--|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
| Teildatensatzbezug | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zähler (Formel) | O_52009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenner (Formel) | E_52009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Logistische Regression | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">O (observed)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unterkennzahl</td> <td>O_52009</td> </tr> <tr> <td>Operator</td> <td>Anteil</td> </tr> <tr> <td>Teildatensatz</td> <td>DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)</td> </tr> <tr> <td>Zähler</td> <td>fn_DEKDatensatzPlausibel UND fn_DEKGrad_2bis4 UND fn_DEKnichtPOA UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20</td> </tr> <tr> <td>Nenner</td> <td>RST_RST_Gesamt_g20 (Nenner)</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">E (expected)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unterkennzahl</td> <td>E_52009</td> </tr> <tr> <td>Operator</td> <td>Mittelwert</td> </tr> <tr> <td>Teildatensatz</td> <td>DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)</td> </tr> <tr> <td>Zähler</td> <td>RST_RST_DEKSCORE_52009 (Zähler)</td> </tr> <tr> <td>Nenner</td> <td>RST_RST_Gesamt_g20 (Nenner)</td> </tr> </tbody> </table> | O (observed) | | Unterkennzahl | O_52009 | Operator | Anteil | Teildatensatz | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) | Zähler | fn_DEKDatensatzPlausibel UND fn_DEKGrad_2bis4 UND fn_DEKnichtPOA UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20 | Nenner | RST_RST_Gesamt_g20 (Nenner) | E (expected) | | Unterkennzahl | E_52009 | Operator | Mittelwert | Teildatensatz | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) | Zähler | RST_RST_DEKSCORE_52009 (Zähler) | Nenner | RST_RST_Gesamt_g20 (Nenner) |
| O (observed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterkennzahl | O_52009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Operator | Anteil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatz | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zähler | fn_DEKDatensatzPlausibel UND fn_DEKGrad_2bis4 UND fn_DEKnichtPOA UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenner | RST_RST_Gesamt_g20 (Nenner) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E (expected) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterkennzahl | E_52009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Operator | Mittelwert | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatz | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zähler | RST_RST_DEKSCORE_52009 (Zähler) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenner | RST_RST_Gesamt_g20 (Nenner) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterkennzahlen | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Unterkennzahl</td> <td>RST_RST_Gesamt_g20</td> </tr> <tr> <td>Operator</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teildatensatz</td> <td>RST:RST</td> </tr> <tr> <td>Zähler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nenner</td> <td>RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Unterkennzahl</td> <td>RST_RST_DEKSCORE_52009</td> </tr> <tr> <td>Operator</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teildatensatz</td> <td>RST:RST</td> </tr> <tr> <td>Zähler</td> <td>fn_DEKScore_52009</td> </tr> <tr> <td>Nenner</td> <td>RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20</td> </tr> </tbody> </table> | Unterkennzahl | RST_RST_Gesamt_g20 | Operator | | Teildatensatz | RST:RST | Zähler | | Nenner | RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20 | Unterkennzahl | RST_RST_DEKSCORE_52009 | Operator | | Teildatensatz | RST:RST | Zähler | fn_DEKScore_52009 | Nenner | RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20 | | | | |
| Unterkennzahl | RST_RST_Gesamt_g20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Operator | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatz | RST:RST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zähler | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenner | RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterkennzahl | RST_RST_DEKSCORE_52009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Operator | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatz | RST:RST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zähler | fn_DEKScore_52009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenner | RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt UND @RST_KH_ANZAHLFAELLE >= 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Funktionen | fn_alter fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb fn_DEKnichtPOA RST:fn_DEKScore_52009 RST:fn_Gesamt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Listen | @ICD_DekGrad_2 @ICD_DekGrad_3 @ICD_DekGrad_4 @ICD_DekGrad_nnb | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Risikofaktoren

| Risikofaktor | Regressionskoeffizient | Std.-Fehler | Z-Wert | Odds-Ratio | Odds-Ratio (95% C.I.) | |
|--|------------------------|-------------|----------|------------|-----------------------|-------------|
| | | | | | unterer Wert | oberer Wert |
| Konstante | -8,262824319529622 | 0,043 | -193,616 | - | - | - |
| Alter 33 - 43 Jahre | 0,610267235790724 | 0,054 | 11,345 | 1,841 | 1,657 | 2,047 |
| Alter 44 - 51 Jahre | 1,267929976015765 | 0,048 | 26,460 | 3,553 | 3,238 | 3,907 |
| Alter 52 - 58 Jahre | 1,709893647471261 | 0,045 | 37,635 | 5,528 | 5,062 | 6,049 |
| Alter 59 - 65 Jahre | 2,090243205368881 | 0,044 | 47,220 | 8,087 | 7,422 | 8,829 |
| Alter 66 - 70 Jahre | 2,314363612557494 | 0,045 | 52,003 | 10,118 | 9,283 | 11,053 |
| Alter 71 - 74 Jahre | 2,473957640494228 | 0,044 | 56,116 | 11,869 | 10,898 | 12,955 |
| Alter 75 - 78 Jahre | 2,618979715869169 | 0,044 | 59,950 | 13,722 | 12,609 | 14,965 |
| Alter 79 - 84 Jahre | 2,926631785733703 | 0,043 | 67,519 | 18,665 | 17,163 | 20,343 |
| Alter 85 Jahre und älter | 3,418929803597881 | 0,043 | 79,129 | 30,537 | 28,087 | 33,273 |
| Diabetes Mellitus Typ 1 und 2 | 0,434566525434003 | 0,008 | 52,347 | 1,544 | 1,519 | 1,570 |
| Diabetes Mellitus nicht näher bezeichnet | 1,007682456546226 | 0,028 | 35,574 | 2,739 | 2,590 | 2,895 |
| Beatmung 1 bis 8 Stunden | 1,341159195479460 | 0,030 | 45,438 | 3,823 | 3,607 | 4,049 |
| Beatmung 9 bis 24 Stunden | 1,853211628381031 | 0,027 | 69,413 | 6,380 | 6,053 | 6,720 |
| Beatmung 25 bis 72 Stunden | 2,058827493644797 | 0,022 | 95,612 | 7,837 | 7,511 | 8,173 |
| Beatmung 73 bis 240 Stunden | 2,742556454665134 | 0,016 | 167,050 | 15,527 | 15,033 | 16,032 |
| Beatmung über 240 Stunden | 3,885210835673931 | 0,012 | 322,738 | 48,677 | 47,540 | 49,838 |
| Paraparese | 1,120014006852934 | 0,022 | 50,143 | 3,065 | 2,933 | 3,201 |
| Geschlecht (weiblich) | -0,072954416651943 | 0,008 | -9,290 | 0,930 | 0,915 | 0,944 |

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

| | |
|----------------------|--|
| Qualitätsziel | 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 |
| Indikatortyp | 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. Dementsprechend 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. Einerseits gibt es Patienten, 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), andererseits gibt es Patienten, 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 2016

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname** |
|--------|--|-----|---|-------------------|
| 13:DEK | Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | 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_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

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|----------------|----------|--|---------------|---------|--------|--|--------|---------------------------------|
| QI-ID | 52010 | | | | | | | | | | |
| Bewertungsart | Sentinel-Event | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2016 | Sentinel-Event | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2015 | Sentinel-Event | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2016 | Ein Dekubitus des Grades/der Kategorie 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/Kategorie 3 und 4 im Krankenhausalltag häufig problematisch ist und diesbezüglich ein erhöhter Schulungsbedarf notwendig ist. | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016 | - | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | <p>Zähler 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>Nenner Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik</p> | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | <p>Plausibilitätsprüfung:</p> <p>Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2016 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: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden" oder "Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" ist.</p> | | | | | | | | | | |
| Teildatensatzbezug | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) | | | | | | | | | | |
| Zähler (Formel) | fn_DEKDatensatzPlausibel UND fn_DEKGrad_4 UND fn_DEKnichtPOA | | | | | | | | | | |
| Nenner (Formel) | RST_RST_Gesamt (Nenner) | | | | | | | | | | |
| Unterkennzahlen | <table border="1"> <tr> <td>Unterkennzahl</td> <td>RST_RST_Gesamt</td> </tr> <tr> <td>Operator</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teildatensatz</td> <td>RST:RST</td> </tr> <tr> <td>Zähler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nenner</td> <td>RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt</td> </tr> </table> | Unterkennzahl | RST_RST_Gesamt | Operator | | Teildatensatz | RST:RST | Zähler | | Nenner | RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt |
| Unterkennzahl | RST_RST_Gesamt | | | | | | | | | | |
| Operator | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatz | RST:RST | | | | | | | | | | |
| Zähler | | | | | | | | | | | |
| Nenner | RST_ANZAHLFAELLE WENN fn_Gesamt | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Verwendete Funktionen | fn_alter fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb fn_DEKnichtPOA RST:fn_Gesamt |
| Verwendete Listen | @ICD_DekGrad_2 @ICD_DekGrad_3 @ICD_DekGrad_4 @ICD_DekGrad_nnb |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

Anhang I: Listen

| Listenname | Typ | Beschreibung | Werte |
|------------------|-----|--|--------|
| @ICD_DekGrad_2 | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie 2 | L89.1% |
| @ICD_DekGrad_3 | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie 3 | L89.2% |
| @ICD_DekGrad_4 | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie 4 | L89.3% |
| @ICD_DekGrad_nnb | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie nicht näher bezeichnet | L89.9% |

Anhang II: Funktionen

| Funktion | Feldtyp | Beschreibung | Script |
|--------------------------|---------|---|---|
| fn_alter | integer | Alter des Patienten (Differenz aus aktuellem Jahr und Geburtsjahr) | @Auswertungsjahr - QS_gebjahr |
| fn_DEKDatensatzPlausibel | boolean | Der DEK-Datensatz ist plausibel: 1. Das Entlassungsjahr liegt im Erfassungsjahr 2016 2. Alter >= 20 (Differenz aus aktuellem Jahr und Geburtsjahr) 3. HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9* | Rechts(QS_monatEntl,4) = @Auswertungsjahr UND fn_alter >= 20 UND fn_DEKGrad_2bis4 |
| fn_DEKGrad_2 | boolean | Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1* | QS_HOECHSTGRADDEK LIKE @ICD_DekGrad_2 |
| fn_DEKGrad_2bis4 | boolean | Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9* | fn_DEKGrad_2 ODER fn_DEKGrad_3 ODER fn_DEKGrad_4 ODER fn_DEKGrad_nnb |
| fn_DEKGrad_3 | boolean | Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 3 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.2* | QS_HOECHSTGRADDEK LIKE @ICD_DekGrad_3 |
| fn_DEKGrad_4 | boolean | Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 4 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.3* | QS_HOECHSTGRADDEK LIKE @ICD_DekGrad_4 |
| fn_DEKGrad_nnb | boolean | Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.9* | QS_HOECHSTGRADDEK LIKE @ICD_DekGrad_nnb |
| fn_DEKnichtPOA | boolean | Die Angabe zu POA ist auf Basis des DEK-Datensatzes: 0 = nein oder 9 = unbekannt | QS_POA IN (0,9) |

| Funktion | Feldtyp | Beschreibung | Script |
|-----------------------|---------|---|---|
| RST:fn_DEKScore_52009 | float | Score zur logistischen Regression - QI-ID 52009 | <pre> PROZEDUR DEKScore_52009; VAR // Regressionskoeffizienten rfKonstante = -8.262824319529622; rfAlter3343 = 0.610267235790724; rfAlter4451 = 1.267929976015765; rfAlter5258 = 1.709893647471261; rfAlter5965 = 2.090243205368881; rfAlter6670 = 2.314363612557494; rfAlter7174 = 2.473957640494228; rfAlter7578 = 2.618979715869169; rfAlter7984 = 2.926631785733703; rfAlter85 = 3.418929803597881; rfDMTYP12 = 0.434566525434003; rfDMTYPNNB = 1.007682456546226; rfDaubeat18 = 1.341159195479460; rfDaubeat924 = 1.853211628381031; rfDaubeat2572 = 2.058827493644797; rfDaubeat73240 = 2.742556454665134; rfDaubeat241 = 3.885210835673931; rfParaparese = 1.120014006852934; rfHochaufwPflege = 0; rfWeiblich = -0.072954416651943; // Variablen zur Berechnung fKonstante; fAlter; fDiabetesMellitus12; fDiabetesMellitusNnb; fDaubeat; fParaparese; fHochaufwPflege; fWeiblich; dSum; { // Konstante fKonstante := rfKonstante; // Alter PRUEFUNG{ WENN RST_ALTER3343 = 1 DANN fAlter := rfAlter3343; </pre> |

| Funktion | Feldtyp | Beschreibung | Script |
|----------|---------|--------------|---|
| | | | <pre> WENN RST_ALTER4451 = 1 DANN fAlter := rfAlter4451; WENN RST_ALTER5258 = 1 DANN fAlter := rfAlter5258; WENN RST_ALTER5965 = 1 DANN fAlter := rfAlter5965; WENN RST_ALTER6670 = 1 DANN fAlter := rfAlter6670; WENN RST_ALTER7174 = 1 DANN fAlter := rfAlter7174; WENN RST_ALTER7578 = 1 DANN fAlter := rfAlter7578; WENN RST_ALTER7984 = 1 DANN fAlter := rfAlter7984; WENN RST_ALTER85 = 1 DANN fAlter :=rfAlter85; SONST fAlter := 0; }; // Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2 WENN{ (RST_DMTYP12 = 1) DANN fDiabetesMellitus12 := rfDMTYP12; SONST fDiabetesMellitus12 := 0; }; // Diabetes Mellitus nicht näher bezeichnet WENN{ (RST_DMTYPNNB = 1) DANN fDiabetesMellitusNnb := rfDMTYPNNB; SONST fDiabetesMellitusNnb := 0; }; // Beatmung PRUEFUNG{ WENN RST_DAUBEAT18 = 1 DANN fDaubeat := rfDaubeat18; WENN RST_DAUBEAT924 = 1 DANN fDaubeat := rfDaubeat924; WENN RST_DAUBEAT2572 = 1 DANN fDaubeat := rfDaubeat2572; WENN RST_DAUBEAT73240 = 1 DANN fDaubeat := rfDaubeat73240; WENN RST_DAUBEAT241 = 1 DANN fDaubeat := rfDaubeat241; SONST fDaubeat := 0; }; </pre> |

| Funktion | Feldtyp | Beschreibung | Script |
|---------------|---------|--------------|---|
| | | | <pre> // Paraparese WENN{ (RST_PARAPARESE = 1) DANN fParaparese := rfParaparese; SONST fParaparese := 0; }; // Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen WENN{ (RST_HOCHAUFWPFLEGE = 1) DANN fHochaufwPflege := rfHochaufwPflege; SONST fHochaufwPflege := 0; }; // Geschlecht WENN{ (RST_WEIBLICH = 1) DANN fWeiblich := rfWeiblich; SONST fWeiblich := 0; }; dSum := fKonstante + fAlter + fDiabetesMellitus12 + fDiabetesMellitusNnb + fDaubeat + fParaparese + fHochaufwPflege + fWeiblich; ERGEBNIS := (Exponential(dSum) / (1 + Exponential(dSum))) * RST_ANZAHLFAELLE; } </pre> |
| RST:fn_Gesamt | boolean | | Wahr |

Anhang III: Historie der Qualitätsindikatoren

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2016

| Indikator | | Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr | | | |
|-----------|---|--------------------------------------|-------------|---|---|
| QI-ID | QI-Bezeichnung | Referenzbereich | Rechenregel | Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Erläuterung |
| 52009 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | Die Regressionskoeffizienten wurden auf der Datenbasis des Erfassungsjahres 2015 neu ermittelt. Aufgrund dessen sind (mit Rechenregeln des Jahres 2016 berechnete) Ergebnisse für das Jahr 2015 mit den Ergebnissen für das Jahr 2016 vergleichbar. |
| 52010 | Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 | Nein | Nein | Vergleichbar | - |

2015 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren

| QI-ID | QI-Bezeichnung | Begründung für Streichung |
|-------|--|---------------------------------|
| 52008 | Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) | Kein Referenzbereich definiert. |
| 52326 | Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 | Kein Referenzbereich definiert. |
| 52327 | Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet | Kein Referenzbereich definiert. |