



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach QSKH-RL
(Endgültige Rechenregeln, Veröffentlichungsversion)

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Erfassungsjahr 2020

Stand: 20.04.2021

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL. Pflege: Dekubitusprophylaxe. Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2020

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

20.04.2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Gruppe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	6
52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	8
52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	14
521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	17
521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	20
52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4.....	25
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	30
Anhang II: Listen	31
Anhang III: Vorberechnungen	32
Anhang IV: Funktionen	33
Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren	37

Einleitung

Der Dekubitus ist als lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, die oft über Knochenvorsprüngen und infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. 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 lang andauernder Bewegungseinschränkung auftreten. Dementsprechend sind besonders häufig ältere Menschen von einem Dekubitus betroffen. Er ist für die betroffene Patientin, den 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 2020):

- 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

In der Forschung wird die Bezeichnung „Grad“ zur Einstufung des Dekubitus kritisch diskutiert, da hierdurch der Eindruck vermittelt werden kann, dass ein Dekubitus der Einstufung 1 fortschreitet zur Einstufung 4. Des Weiteren werden in internationalen Leitlinien und im aktuellen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege 6 Kategorien zur Einteilung eines Dekubitus verwendet. Für dieses QS-Verfahren sind allerdings die Abrechnungsdaten auf Grundlage vom DIMDI (1) vorgegebenen Kodierungen relevant, weshalb sich weiter auf diese Einteilung bezogen wird. Die Qualitätsindikatoren berücksichtigen alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, bei denen ein Dekubitus im Krankenhaus neu erworben wurde.

Die Dekubitusinzidenz (Anzahl der neu aufgetretenen Dekubitalulcera innerhalb einer Personengruppe) gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit, weil sie auch Rück-

schlüsse 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 QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe nur die höheren Grade (ab Dekubitus Grad 2) erhoben und ausgewertet.

(1) Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information, gibt Klassifikationen zur Kodierung von Diagnosen und Operationen heraus, welche den Krankenhäusern zur Abrechnung dienen.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

Gruppe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

Bezeichnung Gruppe	Alle Patientinnen und 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 bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie bei Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Hintergrund

Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Komplikation, die für Patientinnen und 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 (Leffmann et al. 2003). 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 2017). Damit lässt die Dekubitusinzidenz als Qualitätsindikator Aussagen zur Prophylaxequalität zu (Schoonhoven et al. 2007). In einigen deutschen Krankenhäusern wird schon seit längerem die krankenhauserne Dekubitusinzidenz als wichtiger Index für das interne Qualitätsmanagement erhoben. Die Dekubitusinzidenz wird international als Ergebnisindikator und als sog. Patientensicherheitsindikator in einem sehr relevanten Bereich eingesetzt (AHRQ/HHS.gov 2017, Gehrlach et al. 2008, Montalvo 2007, BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes aller vollstationären Patientinnen und 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 (NPUAP 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 Patientinnen und 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 die Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten bei der Auswertung zu berücksichtigen, wird ein risikoadjustierter Qualitätsindikator berechnet. Für die Ermittlung der dabei benötigten erwarteten Rate an Dekubitalulcera je Krankenhaus ist es erforderlich auch die Risikofaktoren von denen ohne Dekubitus zu kennen. Um den dadurch entstehenden Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, wurde ab dem Erfassungsjahr 2013 die Risikostatistik eingeführt, in der jeweils nach Abschluss des Erfassungsjahres automatisiert auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten das Vorliegen der Risikofaktoren für alle relevanten Fälle übermittelt wird. Darüber hinaus wird anhand der Risikostatistik die Grundgesamtheit des Indikators berechnet (d. h. die Summe aller für dieses QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle eines Krankenhauses). Eine QS-Dokumenta-

tion für Fälle mit Dekubitus ist zusätzlich notwendig, um zwischen Dekubitalulcera, die im Krankenhaus entstanden sind, und solchen, die bei Aufnahme in das Krankenhaus bereits vorhanden waren, unterscheiden 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 (DIMDI 2019) kann hier zu einer krankenhausesübergreifend 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 et al. 2008, Kottner et al. 2009). Aus diesem Grund 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 krankenhausesinterne 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 Krankenhauspatientinnen und -patienten. Aus einer weiteren nationalen Studie (Dassen et al. 2013) lassen sich zwar die Prävalenzraten für Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden Dekubitusrisiko ableiten, die Rate der neu entstehenden Ulcera jedoch nicht. Auch die Studie von Bours et al. (2003), die das Risikoprofil der untersuchten Patientinnen und Patienten berücksichtigt hat, bezieht 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 Krankenhausebene und nicht krankenhausesübergreifend 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.

52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2020

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*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	M	-	RST_PATALTER
RST: 11:RST	Diabetes mellitus	M	-	RST_DIABETES
RST: 12:RST	Beatmungstunden	M	-	RST_DAUBEAT
RST: 13:RST	Mobilität	M	-	RST_MOBILITAET
RST: 14:RST	Infektion	M	-	RST_INFEKTION
RST: 15:RST	Demenz und Vigilanzstörung	M	-	RST_DEMENZ
RST: 16:RST	Inkontinenz	M	-	RST_INKONTINENZ
RST: 17:RST	Untergewicht und Mangelernährung	M	-	RST_UNTERGEWICHT
RST: 18:RST	Adipositas	M	-	RST_ADIPOSITAS
RST: 19:RST	weitere schwere Erkrankungen	M	-	RST_SONSTERKRANKUNG

*Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QSDokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

ID	52009
Bezeichnung	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)
Referenzbereich 2020	≤ 2,32 (95. Perzentil)
Referenzbereich 2019	≤ 2,13 (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	Zur Berechnung des Risikoadjustierungsmodells werden die Informationen aus der Risikostatistik mit den QS-Daten verknüpft, um Informationen über die inzidenten Dekubitalulcera zu erhalten.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand</p> <p>Nenner</p> <p>Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik</p> <p>O (observed)</p> <p>Beobachtete Rate an Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 ID 52009</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Es werden grundsätzlich nur Krankenhausstandorte berücksichtigt, die eine Risikostatistik übermittelt haben.</p> <p>Nenner: Der Nenner der beobachteten und der erwarteten Rate wird aus der Summe der RST-Datensätze gebildet. Die Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter werden ausgeschlossen.</p> <p>Zähler:</p>

	<p>Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn die Patientin oder der Patient im Erfassungsjahr 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 Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>O (observed) 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 verfügbar ist, wird der Zähler der beobachteten Rate auf 0 gesetzt.</p> <p>Es werden alle Patientinnen und 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 ("Present on Admission") "Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden" oder "Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" ist.</p> <p>E (expected) 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)																
Formel	<pre> numerator <- evaluate(fn_DEKDatensatzPlausibel & fn_DEKGrad_2bis4 & fn_DEKnichtPOA) denominator <- import_results(module = "RST", id = "24851_52009") expected <- import_results(module = "RST", id = "23014_52009") quotient_indicator(numerator = numerator, denominator = denominator, expected = expected, units_from = "denominator") </pre>																
Kalkulatorische Kennzahlen	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="643 1413 1434 1469">O (observed)</th> </tr> <tr> <th data-bbox="643 1469 930 1518">Art des Wertes</th> <th data-bbox="930 1469 1434 1518">Kalkulatorische Kennzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="643 1518 930 1568">ID</td> <td data-bbox="930 1518 1434 1568">O_52009</td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1568 930 1617">Bezug zu QS-Ergebnissen</td> <td data-bbox="930 1568 1434 1617">52009</td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1617 930 1666">Bezug zum Verfahren</td> <td data-bbox="930 1617 1434 1666">DeQS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1666 930 1715">Sortierung</td> <td data-bbox="930 1666 1434 1715">-</td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1715 930 1951">Rechenregel</td> <td data-bbox="930 1715 1434 1951">Beobachtete Rate an Patientinnen und 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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="643 1951 930 2000">Operator</td> <td data-bbox="930 1951 1434 2000">Anteil</td> </tr> </tbody> </table>	O (observed)		Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	ID	O_52009	Bezug zu QS-Ergebnissen	52009	Bezug zum Verfahren	DeQS	Sortierung	-	Rechenregel	Beobachtete Rate an Patientinnen und 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	Operator	Anteil
O (observed)																	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl																
ID	O_52009																
Bezug zu QS-Ergebnissen	52009																
Bezug zum Verfahren	DeQS																
Sortierung	-																
Rechenregel	Beobachtete Rate an Patientinnen und 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																
Operator	Anteil																

	Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
	Formel	<pre>result <- import_indicator(module = "DEK", id = "52009") as_o_indicator_result(result)</pre>
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_52009
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52009
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Rate an Patientinnen und 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 ID 52009
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
	Formel	<pre>result <- import_indicator(module = "DEK", id = "52009") as_e_indicator_result(result)</pre>
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	23014_52009
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52009
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	RST_DEKSCORE_52009
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	fn_DEKScore_52009
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel

	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	24851_52009
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52009
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	RST_Gesamt
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	TRUE
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	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_RSTDatensatzPlausibel	
Verwendete Listen	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,016 % (Odds: 0,000)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-8,734583163365571	0,038	-228,073	-	-
Alter (linear zwischen 32 und 97 Jahren)	0,101999827818655	0,004	27,618	1,107	1,099 - 1,115
Alter (quadratisch zwischen 32 und 97 Jahren)	-0,001857669857455	0,000	-16,331	0,998	0,998 - 0,998
Alter (kubisch zwischen 32 und 97 Jahren)	0,000013736019669	0,000	12,841	1,000	1,000 - 1,000
Dauer der Beatmung 24 bis 71 Stunden	0,864114983348136	0,025	34,547	2,373	2,259 - 2,492
Dauer der Beatmung 72 bis 239 Stunden	1,371700957044878	0,020	70,317	3,942	3,794 - 4,096
Dauer der Beatmung ab 240 Stunden	2,357188635673957	0,016	152,037	10,561	10,245 - 10,887
Diabetes Mellitus	0,153009014322986	0,009	16,300	1,165	1,144 - 1,187
Eingeschränkte Mobilität	0,822152834294930	0,009	86,600	2,275	2,233 - 2,318
Infektion	0,680259714477956	0,011	63,077	1,974	1,933 - 2,017
Demenz und Vigilanzstörung	0,132320821037535	0,013	10,173	1,141	1,113 - 1,171
Inkontinenz	0,777486052679911	0,010	80,258	2,176	2,135 - 2,218
Untergewicht und Mangelernährung	0,657475809491068	0,013	49,002	1,930	1,880 - 1,981
Adipositas	0,205841273973177	0,027	7,621	1,229	1,165 - 1,295
Weitere schwere Erkrankungen	1,220675257638296	0,010	119,205	3,389	3,322 - 3,458

52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	M	-	RST_PATALTER

*Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

ID	52326
Bezeichnung	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Quote
Referenzbereich 2020	-
Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten 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</p> <p>Nenner</p> <p>Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Nenner:</p> <p>Der Nenner wird aus der Summe der RST-Datensätze gebildet. Die Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter werden ausgeschlossen. Falls keine Risikostatistik vorliegt, wird der Nenner auf 0 gesetzt.</p> <p>Zähler:</p> <p>Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn die Patientin oder der Patient im Erfassungsjahr 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 Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>Eine Patientin oder ein Patient wird gezählt, wenn ein inzidenter Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 und kein inzidenter Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder 4 vorliegt. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik verfügbar ist, wird der Zähler auf 0 gesetzt.</p>
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
Formel	<pre> numerator <- evaluate(fn_DEKDatensatzPlausibel & fn_DEKGrad_2 & fn_DEKistMaxGrad_nichtPOA) </pre>

	<pre>denominator <- import_results(module = "RST", id = "24854_52326") quotient_indicator(numerator = numerator, denominator = denominator, units_from = "union")</pre>	
Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	24854_52326
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52326
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	RST_Gesamt
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	TRUE
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	<pre>fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb fn_DEKistMaxGrad_nichtPOA fn_DEKMaxGrad_nichtPOA fn_DEKnichtPOA RST: fn_RSTDatensatzPlausibel</pre>	
Verwendete Listen	<pre>ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb</pre>	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	M	-	RST_PATALTER

*Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der Q&Q-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

ID	521801
Bezeichnung	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Quote
Referenzbereich 2020	-
Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, 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 Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Nenner:</p> <p>Der Nenner wird aus der Summe der RST-Datensätze gebildet. Die Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter werden ausgeschlossen. Falls keine Risikostatistik vorliegt, wird der Nenner auf 0 gesetzt.</p> <p>Zähler:</p> <p>Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet.</p> <p>Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn die Patientin oder der Patient im Erfassungsjahr 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 Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>Eine Patientin oder ein Patient wird gezählt, wenn ein inzidenter Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 und kein inzidenter Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 vorliegt. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik verfügbar ist, wird der Zähler auf 0 gesetzt.</p>
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
Formel	<pre> numerator <- evaluate(fn_DEKDatensatzPlausibel & fn_DEKGrad_3 & fn_DEKistMaxGrad_nichtPOA) </pre>

	<pre>denominator <- import_results(module = "RST", id = "24855_521801") quotient_indicator(numerator = numerator, denominator = denominator, units_from = "union")</pre>	
Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	24855_521801
	Bezug zu QS-Ergebnissen	521801
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	RST_Gesamt
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	TRUE
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb fn_DEKistMaxGrad_nichtPOA fn_DEKMaxGrad_nichtPOA fn_DEKnichtPOA RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	
Verwendete Listen	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	M	-	RST_PATALTER

*Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QSDokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

ID	521800
Bezeichnung	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Quote
Referenzbereich 2020	-
Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad / 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 Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Nenner:</p> <p>Der Nenner wird aus der Summe der RST-Datensätze gebildet. Die Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter werden ausgeschlossen. Falls keine Risikostatistik vorliegt, wird der Nenner auf 0 gesetzt.</p> <p>Zähler:</p> <p>Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn die Patientin oder der Patient im Erfassungsjahr 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 Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>Eine Patientin oder ein Patient wird gezählt, wenn ein inzidenter Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet und kein inzidenter Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2, 3 oder 4 vorliegt. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik verfügbar ist, wird der Zähler auf 0 gesetzt.</p>
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
Formel	<pre>numerator <- evaluate(fn_DEKDatensatzPlausibel & fn_DEKGrad_nnb &</pre>

	<pre>fn_DEKistMaxGrad_nichtPOA) denominator <- import_results(module = "RST", id = "24853_521800") quotient_indicator(numerator = numerator, denominator = denominator, units_from = "union")</pre>	
Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	24853_521800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	521800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	RST_Gesamt
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	TRUE
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	<pre>fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb fn_DEKistMaxGrad_nichtPOA fn_DEKMaxGrad_nichtPOA fn_DEKnichtPOA RST: fn_RSTDatensatzPlausibel</pre>	
Verwendete Listen	<pre>ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb</pre>	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

Literatur

- AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]; HHS.gov [U.S. Department of Health and Human Services] (2017): Patient Safety Indicator 03 (PSI 03) Pressure Ulcer Rate. AHRQ Quality Indicators™ (AHRQ QI™) ICD-10-CM/PCS Specification. Version 7.0. [Stand:] July 2017. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V70/TechSpecs/PSI_03_Pressure_Ulcer_Rate.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Bours, GJJW; Halfens, RJG; Berger, MPF; Huijjer Abu-Saad, H; Grol, RTPM (2003): Development of a Model for Case-Mix Adjustment of Pressure Ulcer Prevalence Rates. *Medical Care* 41(1): 45-55.
- BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/063/1606339.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).
- Dassen, T; Lahmann, N; Tannen, A; Kottner, J; Hauss, A; Schmitz, G; et al. (2013): Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 13 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2013. [Stand:] August 2013. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Centrum 1 Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft URL: https://geriatrie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc13/geriatrie/Pflegestudie_2013_final.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2019): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2020. Kapitel XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut. Abschnitt L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone. Stand: 20.09.2019. Köln: DIMDI. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-l80-l99.htm#L89> (abgerufen am: 07.10.2019).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-00-009033-2.
- Gehrlach, C; Otzen, J; Küttel, R; Heller, R; Lerchner, M (2008): Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus – Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitälern. *Pflege* 21(2): 75-84. DOI: 10.1024/1012-5302.21.2.75.
- Hoppe, C; Pöhler, A; Kottner, J; Dassen, T (2008): Dekubitus: Neue Daten zu Risiko, Prävalenz und Entscheidungsorten. *Studienergebnisse aus deutschen Pflegeheimen und Kliniken. Pflegezeitschrift* 61(2): 90-93.
- Kottner, J; Dassen, T; Heinze, C (2009): Diagnose und Klassifikation von Dekubitus und anderen Hautschäden: Interrater-Reliabilität und Übereinstimmung. *Pflegezeitschrift* 62(4): 225-230.
- Leffmann, C; Anders, J; Heinemann, A; Leutenegger, M; Profener, F (2003): Dekubitus. Geänderte Auflage Februar 2003. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]. ISBN: 3-89606-137-2. URL: <http://www.gbe-bund.de/pdf/Heft12.pdf> (abgerufen am: 22.01.2019).

Leffmann, CJ (2004): Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37(2): 100-108. DOI: 10.1007/s00391-004-0219-0.

Montalvo, I (2007): The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). OJIN – Online Journal of Issues in Nursing 12(3): Manuscript 2. DOI: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02.

NPUAP [National Pressure Ulcer Advisory Panel], Board of Directors (2001): 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 14(4, Part 1 of 2): 208-215.

Schoonhoven, L; Bousema, MT; Buskens, E (2007): The prevalence and incidence of pressure ulcers in hospitalised patients in The Netherlands: A prospective inception cohort study. International Journal of Nursing Studies 44(6): 927-935. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.011.

Williams, S; Watret, L; Pell, J (2001): Case-mix adjusted incidence of pressure ulcers in acute medical and surgical wards. Journal of Tissue Viability 11(4): 139-142. DOI: 10.1016/S0965-206X(01)80002-4.

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

Qualitätsziel

Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Hintergrund

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

Ein Dekubitus Grad/Kategorie 4 ist eine äußerst schwerwiegende Komplikation, die für die Patientin, 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 einer Patientin, 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 Patientinnen und Patienten ein Dekubitus erfolgreich verhindert werden kann. Es gibt Patientinnen und Patienten, bei denen die pflegerischen prophylaktischen Interventionen nicht angewendet werden können (z. B. wenn aufgrund starker Schmerzen keine Lagerungsveränderungen und/oder Mikrolagerungen toleriert werden), sowie Patientinnen und Patienten, bei denen auch die entsprechenden pflegerischen prophylaktischen Interventionen die Entstehung eines Dekubitus nicht verhindern können (DNQP 2017). In der Regel handelt es sich hier um Patientinnen und 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.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	M	-	RST_PATALTER

*Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QSDokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

ID	52010
Bezeichnung	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Quote
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Referenzbereich 2019	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	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.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und 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</p> <p>Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Nenner:</p> <p>Der Nenner wird aus der Summe der RST-Datensätze gebildet. Falls keine Risikostatistik vorliegt, wird der Nenner auf 0 gesetzt. Liegt eine Risikostatistik mit nicht relevanten (<20 Jahre) oder nicht plausiblen Angaben zum Alter vor, wird der entsprechende Fall im Nenner nicht berücksichtigt.</p> <p>Zähler:</p> <p>Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn die Patientin oder der Patient im Erfassungsjahr entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) dem ICD-Kode L89.3* entspricht. Zusätzlich werden Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.</p> <p>Im Zähler werden alle Patientinnen und 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") "Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden" oder "Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" ist.</p>
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)

Formel	<pre> numerator <- evaluate(fn_DEKDatensatzPlausibel & fn_DEKGrad_4 & fn_DEKnichtPOA) denominator <- import_results(module = "RST", id = "24852_52010") quotient_indicator(numerator = numerator, denominator = denominator, units_from = "union") </pre>	
Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	24852_52010
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52010
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	RST_Gesamt
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	TRUE
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	<pre> fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb fn_DEKnichtPOA RST: fn_RSTDatensatzPlausibel </pre>	
Verwendete Listen	<pre> ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb </pre>	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

Literatur

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-00-009033-2.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

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

Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2020

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DEKDatensatzPlausibel	boolean	Der DEK-Datensatz ist plausibel: 1. Das Entlassungsjahr stimmt mit dem Auswertungsjahr überein 2. QS_alter ≥ 20 UND QS_alter ≤ 120 3. HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*	substr(QS_monatEntl, nchar(QS_monatEntl) - 3, nchar(QS_monatEntl)) %==% VB\$Auswertungsjahr & QS_alter %>=% 20 & QS_alter %<=% 120 & fn_DEKGrad_2bis4
fn_DEKGrad	integer	Hierarchisierung der Dekubitalulcera	ifelse(fn_DEKGrad_nnb, 1, ifelse(fn_DEKGrad_2, 2, ifelse(fn_DEKGrad_3, 3, ifelse(fn_DEKGrad_4, 4, NA_integer_))))
fn_DEKGrad_2	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_2
fn_DEKGrad_2bis4	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus 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 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
fn_DEKGrad_3	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.2*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_3
fn_DEKGrad_4	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_4

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
		- die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.3*	
fn_DEKGrad_nnb	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.9*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_nnb
fn_DEKistMaxGrad_nichtPOA	boolean	Der Dekubitalulcus entspricht dem höchsten Grad/der höchsten Kategorie aller neu erworbenen Dekubitalulcera des Basisdatensatzes	fn_DEKGrad %==% fn_DEKMaxGrad_nichtPOA
fn_DEKMaxGrad_nichtPOA	integer	Maximum des berechneten Feldes fn_DEKGrad, sofern der Dekubitalulcus neu erworben wurde, gruppiert nach Basisdatensatz; Der Eintrag erfolgt für jeden Datensatz	maximum(ifelse(fn_DEKnichtPOA, fn_DEKGrad, NA_real_)) %group_by% TDS_B
fn_DEKnichtPOA	boolean	Die Angabe zu POA ist auf Basis des DEK-Datensatzes: 0 = nein oder 9 = unbekannt	QS_POA %in% c(0,9)
RST: fn_DEKScore_52009	float	Score zur logistischen Regression - ID 52009	# Funktion fn_DEKScore_52009 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -8.734583163365571 # Alter (linear zwischen 32 und 97 Jahren) log_odds <- log_odds + (pmin(pmax(RST_PATALTER, 32), 97) - 32) * 0.101999827818655 # Alter (quadratisch zwischen 32 und 97 Jahren) log_odds <- log_odds + ((pmin(pmax(RST_PATALTER, 32), 97) - 32)^2) * -0.001857669857455 # Alter (kubisch zwischen 32 und 97 Jahren) log_odds <- log_odds + ((pmin(pmax(RST_PATALTER, 32),

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> 97) - 32)^3) * 0.000013736019669 # Dauer der Beatmung 24 bis 71 Stunden log_odds <- log_odds + (RST_DAUBEAT %>=% 24 & RST_DAUBEAT %<% 72) * 0.864114983348136 # Dauer der Beatmung 72 bis 239 Stunden log_odds <- log_odds + (RST_DAUBEAT %>=% 72 & RST_DAUBEAT %<% 240) * 1.371700957044878 # Dauer der Beatmung ab 240 Stunden log_odds <- log_odds + (RST_DAUBEAT %>=% 240) * 2.357188635673957 # Diabetes Mellitus log_odds <- log_odds + (RST_DIABETES %==% 1) * 0.153009014322986 # Eingeschränkte Mobilität log_odds <- log_odds + (RST_MOBILITAET %==% 1) * 0.822152834294930 # Infektion log_odds <- log_odds + (RST_INFEKTION %==% 1) * 0.680259714477956 # Demenz und Vigilanzstörung log_odds <- log_odds + (RST_DEMENZ %==% 1) * 0.132320821037535 # Inkontinenz log_odds <- log_odds + (RST_INKONTINENZ %==% 1) * 0.777486052679911 # Untergewicht und Mangelernährung log_odds <- log_odds + (RST_UNTERGEWICHT %==% 1) * 0.657475809491068 # Adipositas log_odds <- log_odds + (RST_ADIPOSITAS %==% 1) * 0.205841273973177 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre># Weitere schwere Erkrankungen log_odds <- log_odds + (RST_SONSTERKRANKUNG %==% 1) * 1.220675257638296 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	boolean	Der RST-Datensatz ist plausibel, wenn das Patientenalter am Aufnahmetag ≥ 20 und ≤ 120 Jahre ist	RST_PATALTER \geq 20 & RST_PATALTER \leq 120

Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es für das Erfassungsjahr 2020 leider zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien mit den Vorjahresergebnissen kommen. Soweit möglich wurden die Standorte aus dem Jahr 2019 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen auf die Standorte 2020 gemappt. Die sich dabei ergebenden Herausforderungen wurden bereits seit 2019 in den G-BA-Gremien und in den regelmäßigen Verfahrensteilnehmerveranstaltungen vom IQTIG dargestellt. Nach Abschluss der Überführung der alten auf die neuen Standortnummern muss entsprechend darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Standorte der Leistungserbringer aus den Vorjahren gemappt werden konnten.

Liegen bei einem Qualitätsindikator weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2020

Indikator		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.
52010	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.

2019 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine

