

Rationalen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) sowie deren Fachgruppe

Leistungsbereich: Dekubitusprophylaxe (DEK)

1. Einleitung	2
1.1 Begriffserläuterung Rationale	2
1.2 Darstellung der Rationalen	3
2. Rationalen Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe	4
2.1 Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	4
DEK/48915: Beobachtete Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 1 - 4	4
DEK/82119: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 1 - 4 bei Entlassung	4
DEK/50656: Beobachtete Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 – 4 bei Entlassung	5
DEK/82102: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 – 4 bei Entlassung	5
2.2 Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	9
DEK/70310: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	9
DEK/79659: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4 bei Patienten ohne Risikofaktoren	9

1. Einleitung

1.1 Begriffserläuterung Rationale¹

Der Begriff „Rationale“ ist angelehnt an den englischen Begriff „rationale“, der international gebräuchlich ist, um grundlegende Aspekte von Qualitätsindikatoren zu beschreiben. Für die Entwicklung der von uns gewählten Darstellungsform haben wir folgende internationale Modelle berücksichtigt:

1. Das US-amerikanische National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)² definiert den Begriff „rationale“ als Statement, in dem der spezielle Aspekt der Gesundheitsversorgung beschrieben wird, auf den sich der Qualitätsindikator bezieht. In der Definition des NQMC wird formuliert, dass ebenfalls eine Darstellung der Evidenzbasis erfolgen kann und Hilfen für die Interpretation der Ergebnisse gegeben werden können (NQMC 2004).
2. Nach dem „Primer on Indicator Development and Application“ der amerikanischen Joint Commission (JCAHO 1990)³, der als Standardwerk der Indikatorentwicklung im Gesundheitswesen gilt, soll die Rationale darstellen:
 - Warum ist der Indikator nützlich und warum wurde der jeweilige Prozess- oder Ergebnisindikator ausgewählt?
 - Welche Referenzen wurden herangezogen, um die Rationale zu diesem Qualitätsindikator zu entwickeln?
3. In anderen Projekten werden die Bezeichnungen „Indicator background“ (Schweden), „Indicator definition“ (Dänemark), „Indicator statement“ oder „Indikatorenbeschreibung“ verwendet.
Einige Projekte liefern keine derartigen Informationen, sondern formulieren eine ausführliche Bezeichnung des Indikators (LORAS, Schweiz)

Die Texte der Rationalen sollen Informationen liefern, warum das Erreichen des jeweiligen Qualitätsziels als Ausdruck guter Gesundheitsversorgung gewertet werden kann. In Verbindung mit dem definierten Referenzbereich kann die Rationale als Interpretationshilfe der Ergebnisse verwendet werden.

Die zentrale Fragestellung, mit der die Rationale sich befasst, lautet:

- Wodurch kann belegt werden, dass das Erreichen des Qualitätsziels als Ausdruck guter Qualität der Gesundheitsversorgung angesehen werden kann?

Für Indikatoren, die die Ergebnisqualität und solchen, die die Prozessqualität betrachten, wird die Fragestellung weiter spezifiziert.

- Für die Ergebnisindikatoren lautet die relevante Fragestellung, die in der Rationalen beantwortet wird:
Kann das vom Indikator betrachtete Ergebnis durch den Leistungserbringer beeinflusst werden?

¹ www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/erl/rationale.html (Recherchedatum: 01.01.2010)

² Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, (Hrsg.). Oakbrook Terrace, Illinois: JCAHO; 1990.

³ National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Date Modified: 6/28/2004. <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/resources/glossary.aspx> (Recherchedatum: 2.3.2006)

- Für Indikatoren, die die Prozessqualität betrachten lautet die Fragestellung:
Wodurch kann belegt werden, dass die Durchführung der vom Indikator betrachteten Maßnahme zu einem besseren Ergebnis der Gesundheitsversorgung führt?

1.2 Darstellung der Rationalen

Auf den folgenden Seiten werden die Rationalen der BQS und deren Bundesfachgruppen für den Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe dargestellt.

Die Reihenfolge der Darstellung folgt der Reihenfolge der Indikatoren in der hessischen Standardauswertung. Für jeden Indikator wird zuerst die offizielle Indikator-Kennzahl, die Indikatorbezeichnung und die Rechenregel aufgeführt. Anschliessend wird die Rationale der BQS und deren Fachgruppen abgebildet sowie die dazugehörigen Literaturempfehlungen aufgelistet.

Bildet die Rationale den Hintergrund für mehrere Indikatoren, werden vor der Rationale sämtliche Indikatoren und Rechenregeln aufgeführt auf die sich die Rationale bezieht.

Die folgende Liste enthält ausschliesslich die Rationalen für die bundesweit einheitlichen Indikatoren. Hessenindikatoren sind nicht aufgeführt.

2. Rationalen des Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe (DEK)

Qualitätsindikator 1 - 4:

Indikator 1	
Modul – Kennzahl	Bezeichnung
DEK/48915	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: <i>Beobachtete Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 1 - 4 bei Entlassung</i>

Rechenregel	
Grundgesamtheit:	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Zähler:	Patienten mit Dekubitus Grad 1 – 4 bei Entlassung

Indikator 2	
Modul – Kennzahl	Bezeichnung
DEK/82119	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: <i>Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 1 - 4 bei Entlassung</i>

Rechenregel																																									
Grundgesamtheit:	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme																																								
Risikoadjustierte Rate: $O/E \cdot O_{\text{Gesamt}}$	<p>O (observed) ist der beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden:</p> <p>E (expected) ist die erwartete Rate von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden, nach logistischem Dekubitus-Score II und wird berechnet als</p> <p>O_{Gesamt} ist der bundesweit beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risikofaktor</th> <th>Regressionskoeffizient</th> <th>Standardfehler</th> <th>p-Wert</th> <th>Odds-Ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konstante</td> <td>-4,886</td> <td>0,016</td> <td><0,001</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keine Mikrobewegungen bei Aufnahme</td> <td>0,365</td> <td>0,030</td> <td><0,001</td> <td>1,44</td> </tr> <tr> <td>Diabetes mellitus</td> <td>0,590</td> <td>0,034</td> <td><0,001</td> <td>1,80</td> </tr> <tr> <td>Alter \geq 85 Jahre</td> <td>0,757</td> <td>0,022</td> <td><0,001</td> <td>2,13</td> </tr> <tr> <td>Dauer der Intensivbehandlung 1 bis 4 Tage</td> <td>1,024</td> <td>0,032</td> <td><0,001</td> <td>2,79</td> </tr> <tr> <td>Dauer der Intensivbehandlung \geq 5 Tage</td> <td>2,596</td> <td>0,039</td> <td><0,001</td> <td>13,412</td> </tr> <tr> <td>(Diabetes mellitus) * (Alter \geq 85</td> <td>-0,282</td> <td>0,053</td> <td><0,001</td> <td>0,75</td> </tr> </tbody> </table>	Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio	Konstante	-4,886	0,016	<0,001		Keine Mikrobewegungen bei Aufnahme	0,365	0,030	<0,001	1,44	Diabetes mellitus	0,590	0,034	<0,001	1,80	Alter \geq 85 Jahre	0,757	0,022	<0,001	2,13	Dauer der Intensivbehandlung 1 bis 4 Tage	1,024	0,032	<0,001	2,79	Dauer der Intensivbehandlung \geq 5 Tage	2,596	0,039	<0,001	13,412	(Diabetes mellitus) * (Alter \geq 85	-0,282	0,053	<0,001	0,75
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio																																					
Konstante	-4,886	0,016	<0,001																																						
Keine Mikrobewegungen bei Aufnahme	0,365	0,030	<0,001	1,44																																					
Diabetes mellitus	0,590	0,034	<0,001	1,80																																					
Alter \geq 85 Jahre	0,757	0,022	<0,001	2,13																																					
Dauer der Intensivbehandlung 1 bis 4 Tage	1,024	0,032	<0,001	2,79																																					
Dauer der Intensivbehandlung \geq 5 Tage	2,596	0,039	<0,001	13,412																																					
(Diabetes mellitus) * (Alter \geq 85	-0,282	0,053	<0,001	0,75																																					

Jahre)				
(Diabetes mellitus) * (Dauer der Intensivbehandlung > = 5 Tage)	-0,339	0,074	<0,001	0,71
(Alter > = 85 Jahre) * (Dauer der Intensivbehandlung > = 5 Tage)	-0,661	0,068	<0,001	0,52

Tabelle 1: Ergebnis der multiplen logistischen Regression

Der Mittelwert des Dekubitus-Scores wird auf Patientenbasis berechnet. Es lässt sich für jeden Patienten seine individuell erwartete Wahrscheinlichkeit berechnen, mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen zu werden. Dabei wird der Zustand des Patienten bezüglich aller in der Tabelle aufgelisteten Risikofaktoren berücksichtigt.

Indikator 3	
Modul – Kennzahl	Bezeichnung
DEK/50656	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: <i>Beobachtete Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 - 4 bei Entlassung</i>

Rechenregel	
Grundgesamtheit:	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Zähler:	Patienten, die mit Dekubitus Grad 2 – 4 entlassen wurden

Indikator 4	
Modul – Kennzahl	Bezeichnung
DEK/82102	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: <i>Beobachtete Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 - 4 bei Entlassung</i>

Rechenregel																
Grundgesamtheit:	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme															
Risikoadjustierte Rate: $O/E \cdot O_{\text{Gesamt}}$	<p>O (observed) ist der beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 2 bis 4) entlassen werden:</p> <p>E (expected) ist die erwartete Rate von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 2 bis 4) entlassen werden, nach logistischem Dekubitus-Score II und wird berechnet als</p> <p>O_{Gesamt} ist der bundesweit beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 2 bis 4) entlassen werden</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risikofaktor</th> <th>Regressionskoeffizient</th> <th>Standardfehler</th> <th>p-Wert</th> <th>Odds-Ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konstante</td> <td>-5,418</td> <td>0,021</td> <td><0,001</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keine Mikrobewegungen</td> <td>0,367</td> <td>0,039</td> <td><0,001</td> <td>1,44</td> </tr> </tbody> </table>	Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio	Konstante	-5,418	0,021	<0,001		Keine Mikrobewegungen	0,367	0,039	<0,001	1,44
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio												
Konstante	-5,418	0,021	<0,001													
Keine Mikrobewegungen	0,367	0,039	<0,001	1,44												

Diabetes mellitus	0,632	0,043	<0,001	1,88
Alter \geq 85 Jahre	0,732	0,029	<0,001	2,08
Dauer der Intensivbehandlung 1 bis 4 Tage	0,973	0,042	<0,001	2,65
Dauer der Intensivbehandlung \geq 5 Tage	2,740	0,046	<0,001	15,49
(Diabetes mellitus) * (Alter \geq 85 Jahre)	-0,263	0,067	<0,001	0,77
(Diabetes mellitus) * (Dauer der Intensivbehandlung \geq 5 Tage)	-0,407	0,089	<0,001	0,67
(Alter \geq 85 Jahre) * (Dauer der Intensivbehandlung \geq 5 Tage)	-0,664	0,082	<0,001	0,52

Tabelle 2: Ergebnis der multiplen logistischen Regression

Der Mittelwert des Dekubitus-Scores wird auf Patientenbasis berechnet. Es lässt sich für jeden Patienten seine individuell erwartete Wahrscheinlichkeit berechnen, mit Dekubitus (Grad 2 bis 4) entlassen zu werden. Dabei wird der Zustand des Patienten bezüglich aller in der Tabelle aufgelisteten Risikofaktoren berücksichtigt.

Rationale

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 zumeist bei einer wirkungsvollen Prophylaxe verhindert werden (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 2007, ANA 1999, IQIP 2002, Kirstensen et al. 2007, SVR 2007, Verein Outcome 2005). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulzera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes bei allen vollstationären Patienten, die 75 Jahre oder älter sind, neu auftreten.

Inzidenzraten variieren u.a. in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen bspw. von 7 bis 38% in der Akutpflege und 7 bis 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. Dennoch wird die Neuentstehung eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes 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. Ein gesondert zu betrachtendes Klientel stellen Patienten mit klarer Indikation zur palliativen Care dar. Hier kann bewusst die Dekubitusprophylaxe nachrangig zu anderen Aspekten der symptomorientierten Behandlung gestellt werden.

In der wissenschaftlichen Literatur erfolgt daher zunehmend die Angabe von risikoadjustierten Kennzahlen zur Dekubitusinzidenz (Bours et al. 2003, Whitman et al. 2002, Williams et al. 2001). Dabei werden in diesen Studien sehr unterschiedliche Risikoadjustierungsmodelle verwendet, die sich auf

unterschiedliche Dekubitusrisikoskalen und Risikofaktoren beziehen. Die BQS entwickelte im Jahr 2006 auf Grundlage einer umfangreichen Auswertung der Fachliteratur und eines Pilottests einen Datensatz, der eine Risikoadjustierung ermöglicht. Die hierfür systematisch recherchierten, relevanten und signifikanten Risikofaktoren sind:

- Höheres Lebensalter
- Keine Mikrobewegungen
- Diabetes mellitus
- Intensivaufenthalt

Insbesondere das höhere Lebensalter steht in einem wesentlichen Zusammenhang mit dem Auftreten eines Dekubitus. Vorhandene Risikofaktoren treffen bei älteren Menschen auf eingeschränkte Kompensationsmöglichkeiten und zunehmende Multimorbidität (z.B. mit Erkrankungen wie Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit usw.). Mit der Einschränkung der Dokumentationspflicht auf Patienten, die älter als 75 Jahre sind, wird damit eine Klientel mit einem besonders hohen Risiko in die Qualitätsbetrachtung einbezogen. Auch bei Intensivpatienten liegen kumulierte Risikofaktoren wie z.B. Koma, Immobilität, Gabe von die Hautdurchblutung beeinträchtigenden Medikamenten etc. vor (Robert Koch-Institut 2002).

Anhand dieser Risikofaktoren kann für jedes Patientenkollektiv eine statistisch zu erwartende Dekubitusneuentstehungsrate ermittelt werden, die der tatsächlich beobachteten Dekubitusneuentstehungsrate gegenübergestellt werden kann. Dadurch erhalten die Krankenhäuser eine spezifischere Rückmeldung über die Qualität ihrer Dekubitusprophylaxe.

Um die Schwere des Dekubitus einschätzen zu können, wird dieser nach einer Gradierungsskala eingeteilt. Die Nutzung des Code L89 aus dem ICD-10-GM kann hier zu einer krankenhausesweit einheitlichen Dokumentation beitragen. Eine nähere Erläuterung zu den einzelnen Stadien in den Ausfüllhinweisen ist an die international gebräuchliche Skala des NPUAP von 1989 (National Pressure Ulcer Advisory Panel) angelehnt, die auch in Deutschland eine weite Verbreitung gefunden hat.

Dekubitus 1. Grades	Umschriebene Rötung bei intakter Haut
Dekubitus 2. Grades	Hautdefekt
Dekubitus 3. Grades	Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen
Dekubitus 4. Grades	Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung

Tabelle 1: Gradierung des Dekubitus nach L89, in Anlehnung an NPUAP (1989)

Problematisch diskutiert wird die sichere Einschätzung von Grad 1 (Allman 1997), 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. Der Übergang von Grad 1 zu Grad 2, bei dem dann ein Defekt der Haut vorliegt, stellt unter Umständen den Übergang in einen chronischen Verlauf dar. Umso wichtiger ist die frühzeitige Identifikation eines Dekubitus bereits im Grad 1. Patienten mit einem Dekubitus ersten Grades erhalten bewegungsfördernde und lagerungstherapeutische Behandlungsmaßnahmen.

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. Die bei der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (EQS) Hamburg erhobenen, nicht risikoadjustierten Daten stammen allerdings aus einer Vollerhebung der Hamburger Krankenhäuser und beziehen sich auf alle Krankenhauspatienten. Aus einer weiteren nationalen Studie (Dassen et al. 2005) lassen sich zwar die Prävalenzraten für Patienten mit einem bestehenden Dekubitusrisiko ableiten, die Rate der neu entstehenden Ulzera jedoch nicht. Auch die Studien von Bours et al. (2003) und Whitman et al. (2002), die das Risikoprofil der untersuchten Patienten berücksichtigt haben, beziehen sich auf eine Prävalenzrate. Williams et al. (2001) verwenden zwar eine Inzidenzrate (2% > = Grad 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankenhausebene und nicht krankenhausesübergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators ist somit nicht möglich.

Stand 15.03.2009

Literaturempfehlungen

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Version 3.1, 2007. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf (Recherchedatum:

- 13.01.2009).
- Allman RM. Pressure ulcer prevalence incidence, risk factors, and impact. *Clinics in Geriatric Medicine* 1997; 13 (3): 421-436.
- American Nurse Association (ANA). ANA's 10 nursing sensitive quality indicators for acute care settings. 1999. <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/NDNQI/Research/QlforAcuteCareSettings.aspx> (Recherchedatum: 13.01.2009).
- Bours GJ, Halfens RJ, Berger MP, Huijjer 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: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Osnabrück. 2004.
- International Quality Indicator Project (IQIP). List of all indicators 2002. <http://www.internationalqip.com/indicators.aspx> (Recherchedatum: 13.01.2009).
- 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.
- 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: 13.01.2009).
- 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.
- Verein Outcome. Diagnoseunabhängige Messthemen für Outcome. 2005. http://www.vereinoutcome.ch/de/messungen/diagnoseunabhaengigemesthemen_b_qkriterien.asp (Recherchedatum: 13.01.2009).
- Whitman GR, Kim Y, Davidson LJ, Wolf GA, Wang S-L. Measuring Nurse-sensitive Patient Outcomes Across Specialty Units. *Outcomes Management* 2002; 6 (4): 152-159.
- Williams S, Watret L, Pell J. Case-mix adjusted incidence of pressure ulcers in acute medical and surgical wards. *Journal of Tissue Viability* 2001; 11 (4): 139-142.

Qualitätsindikator 7 - 8:**Indikator 7**

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
DEK/70310	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4

Rechenregel

Grundgesamtheit:	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Zähler:	Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung

Indikator 8

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
DEK/79659	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4 <i>Beobachtete Fälle bei Patienten ohne Risikofaktoren</i>

Rechenregel

Grundgesamtheit:	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren bei Aufnahme und Entlassung
Zähler:	Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung

Rationale

Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulzera Grad 4 gemessen, die während des stationären Aufenthaltes bei allen vollstationären Patienten, die 75 Jahre oder älter sind, neu auftreten. Ein Dekubitus Grad 4 ist eine äußerst schwerwiegende Komplikation, die für den Patienten mit einem hohen persönlichen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer verbunden ist und durch eine wirkungsvolle Prophylaxe zumeist verhindert werden kann. Dem entsprechend wird hier als Qualitätsziel formuliert, dass bei einem Patienten die Entwicklung eines Dekubitus Grad 4 während des Krankenhausaufenthaltes absolut vermieden werden soll.

Dennoch weist die Fachgruppe in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nicht bei allen Patienten ein Dekubitus erfolgreich verhindert werden kann, da es einerseits Patienten gibt, bei denen die entsprechenden pflegerischen prophylaktischen Interventionen nicht angewendet werden können (z. B. wenn ein Patient aufgrund von starken Schmerzen keine Lageveränderung tolerieren kann und nicht zu Mikrobewegungen fähig ist), und es andererseits Patienten gibt, bei denen die pflegerischen prophylaktischen Interventionen keine Wirkung zeigen (z. B. bei gravierenden Störungen der Durchblutung oder bei Einnahme von die Hautdurchblutung beeinträchtigenden Medikamenten) (DNQP 2004). 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 4) als „Sentinel-Event“ erfasst, bei dem in jedem Einzelfall eine Analyse erfolgen soll.

Literaturempfehlungen

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.