



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

# Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Jahresauswertung  
2014

QUALITÄTSINDIKATOREN

**Übersichtstabelle:**

**Hessen gesamt**

Kennzahl Seite	Indikatorengruppe: <b>Patienten mit stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 2-4</b>	Referenzwerte	Ergebnis 2014	Ergebnis 2013*
			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
<b>52008</b> <b>Seite 4</b>	Alle Patienten mit stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2-4	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,36 %	<b>0,36 %</b> [ 0,35 ; 0,37 ] 4449 / 1228478 Fällen	<b>0,42 %</b> [ 0,41 ; 0,43 ] 4929 / 1167500 Fällen
<b>52009</b> <b>Seite 5</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Grad/Kategorie 1)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: > 2,20 Hessen: 0,36 % O/E= 0,89	<b>0,89</b> [ 0,86 ; 0,91 ] 4449 / 1228478 Fällen (0,36 %)	<b>1,11</b> [ 1,08 ; 1,13 ] 4929 / 1167500 Fällen (0,42 %)
<b>52326</b> <b>Seite 6</b>	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,28 %	<b>0,28 %</b> [ 0,27 ; 0,29 ] 3474 / 1228478 Fällen	<b>0,32 %</b> [ 0,31 ; 0,33 ] 3762 / 1167500 Fällen
<b>52327</b> <b>Seite 7</b>	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder n.n.bezeichnet	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,07 %	<b>0,07 %</b> [ 0,07 ; 0,07 ] 857 / 1228478 Fällen	<b>0,08 %</b> [ 0,08 ; 0,09 ] 985 / 1167500 Fällen

**Sentinel Event**

<b>52010</b> <b>Seite 8</b>	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 4	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 118 Fälle	<b>118 Fälle</b>	<b>182 Fälle</b>
--------------------------------	---	---	------------------	------------------



**Erläuterungen zu den Kennzahlen mit "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)":**

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z.B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht auf Bundesebene (AQUA) anhand der Daten aller bundesweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z.B. Tod) eintritt.

Mit dem O/E wird damit folgendes ausgedrückt: Verhältnis der beobachteten (=Observed) Rate zu der nach entsprechender Risikoadjustierung zu erwartenden (=Expected) Rate. Liegt die Zahl unter 1, so ist das Ergebnis besser als anhand des Patienteneinflusses zu erwarten war, liegt die Zahl dagegen über 1 so hätte man unter Berücksichtigung des Patienteneinflusses ein besseres Ergebnis erwartet.

Die risikoadjustierte Rate beschreibt die Rate, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientenmix gehabt hätte, der landesweit beobachtet werden konnte. Sie berechnet sich aus der Multiplikation der hessenweit beobachteten Gesamtrate mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate der Klinik.

**Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:**

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
- sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen



Abb. 1

**Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:**

**League-Table** (s. auch Abb. 1):

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - wird jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt ("auffällige" Klinikergebnisse sind links angeordnet).

Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.

Unterhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

**Box-Whisker-Plot** (s. Abb. 2):

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50% der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.

Als „Whisker“ werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5% sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95% aller Werte.

Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in vier Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen.

In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert Ihrer Klinik.

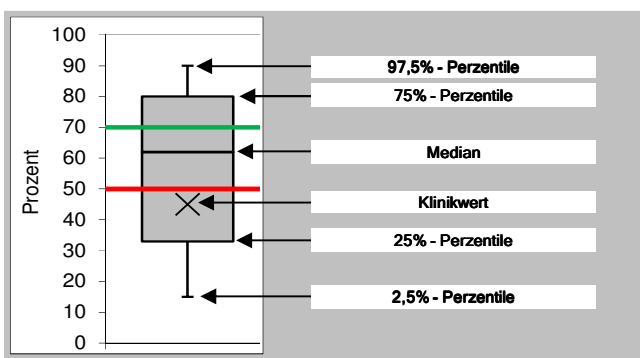


Abb. 2

**Alle Patienten mit stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2-4**

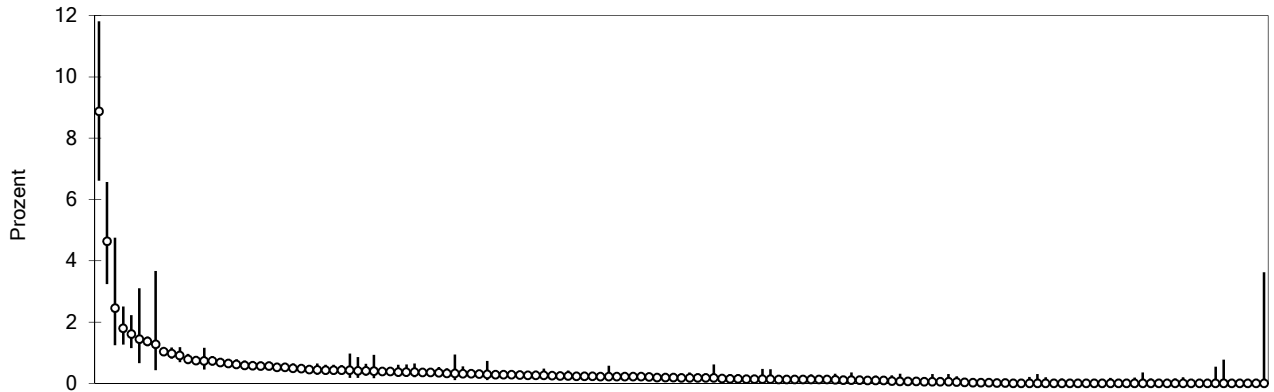
Kennzahl: DEK - 52008

Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

- davon Patienten mit mind. einem DEK Grad/Kategorie 2 - 4 oder n.n.bez. Grad/Kategorie, die ohne DEK aufgenommen wurden oder bei denen nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

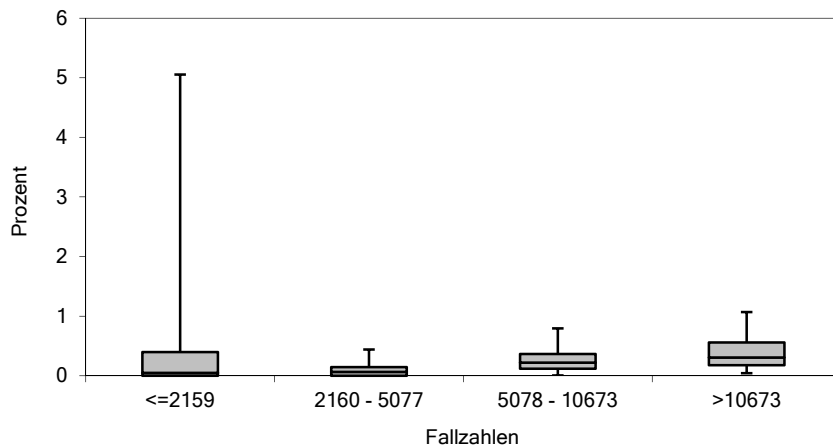
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
1228 478		0	
4 449	0,36	0	0,0
95 % CI		95% CI	
0,35 ; 0,37		0	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4	0,7	8,9



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2159	37
2160 - 5077	36
5078 - 10673	36
>10673	36

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

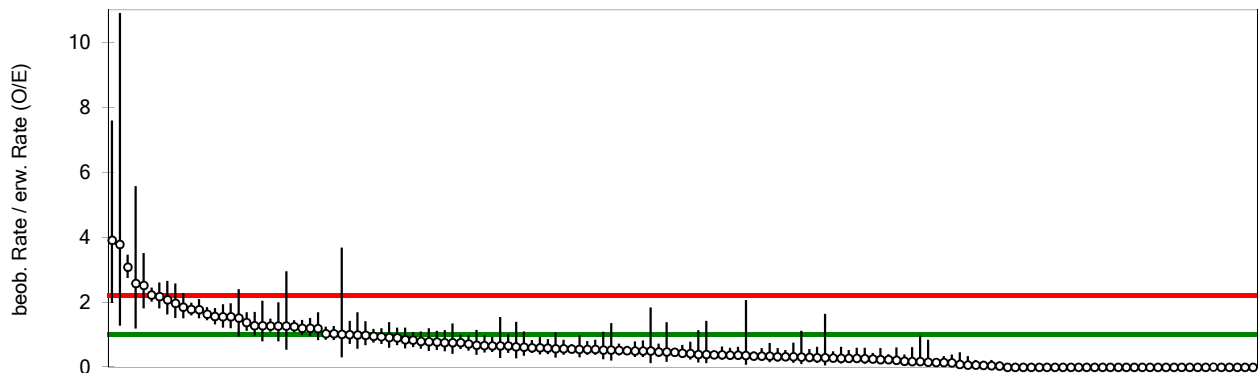
Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Komplikation, die für den Patienten mit einem hohen persönlichen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer verbunden ist. Schätzungen zufolge entwickeln jedes Jahr weit über 400.000 Menschen in Deutschland einen Dekubitus (Robert Koch-Institut 2002). In der 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 Aufenthaltes) 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, Gehrlach et al. 2008). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes aller vollstationären Patienten ab einem Alter von 20 Jahren neu auftreten.

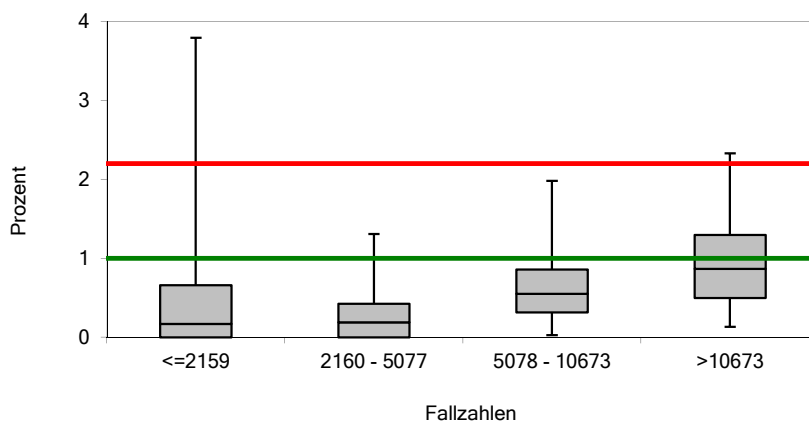
Inzidenzraten variieren u.a. in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen bspw. zwischen 7 und 38 % in der Akutpflege und zwischen 7 und 23,9 % in der Langzeitpflege (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al. 2001). Dekubitalgeschwüre sind in der Regel das Ergebnis sich gegenseitig verstärkender Risikofaktoren. Die Häufigkeit ihres Auftretens hängt also auch davon ab, welches Risikoprofil die in einem Krankenhaus behandelten Patienten aufweisen. Die Neuentstehung eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes wird in hohem Maße durch die systematische Identifikation dieser Risikofaktoren und die Qualität der erbrachten Dekubitusprophylaxe beeinflusst. Nur in wenigen Fällen ist ein Dekubitus durch prophylaktische Maßnahmen nicht vermeidbar. Um diese Risikofaktoren der Patienten bei der Auswertung zu berücksichtigen, werden auch risikoadjustierte Qualitätsindikatoren berechnet. Im Übergang wird dabei das Risikoadjustierungsmodell der vorangegangenen Jahre übernommen. Da dies jedoch nur ein vereinfachtes Modell darstellt und nicht alle relevanten Risikofaktoren berücksichtigt, ist das AQUA-Institut zurzeit mit einer Weiterentwicklung des aktuellen Risikoadjustierungsmodells beauftragt. Voraussichtlich mit der Spezifikation 2017 wird dieses weiterentwickelte Modell implementiert. (Fortsetzung letzte Seite)

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

	Hessen gesamt		Krankenhaus	
	N		N	
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen	1228478		0	
- davon Patienten mit mind. einem DEK Grad/Kategorie 2 - 4 oder n.n.bez. Grad/Kategorie, die ohne DEK aufgenommen wurden oder bei denen nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand	4977		0	
<b>Raten</b>		%		%
beobachtete Rate (O)		0,36		0,00
erwartete Rate (E) <sup>1</sup>		0,41		0,00
beobachtete Rate / erwartete Rate <sup>2</sup> <b>Kennzahl: DEK - 52009</b>		0,89		0,00
Vertrauensbereich (95% CI)		0,86 ; 0,91		0
risikoadjustierte Rate $[O/E * O(\text{Hessen})]^3$ , Werte in %		0,32		0,00



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,1	0,4	0,6	0,9	1,6	3,9



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2159	37
2160 - 5077	36
5078 - 10673	36
>10673	36

**Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten**

- <sup>1</sup> Erwartete Rate an Patienten mit Dekubitalulcera Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score.
- <sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate (O/E): Werte kleiner als 1 bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiele: Der Wert 1,2 bedeutet das die beobachtete Rate um 20 % grösser ist als erwartet. Ein Wert von 0,9 bedeutet, das die Rate der Patienten mit Dekubitalulcera um 10 % kleiner ist als erwartet.
- <sup>3</sup> Die risikoadjustierte Rate an neuauftretenden Dekubitalulcera ermöglicht den Vergleich zwischen Krankenhäusern. Diese beschreibt die Rate, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller im Dekubitus-Score berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientenmix gehabt hätte, der hessenweit beobachtet werden konnte. Die risikoadjustierte Rate berechnet sich aus der Multiplikation der hessenweit beobachteten Gesamtrate mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate (beobachtete Rate/erwartete Rate x hessenweite Rate).

**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2**

Kennzahl: DEK - 52326

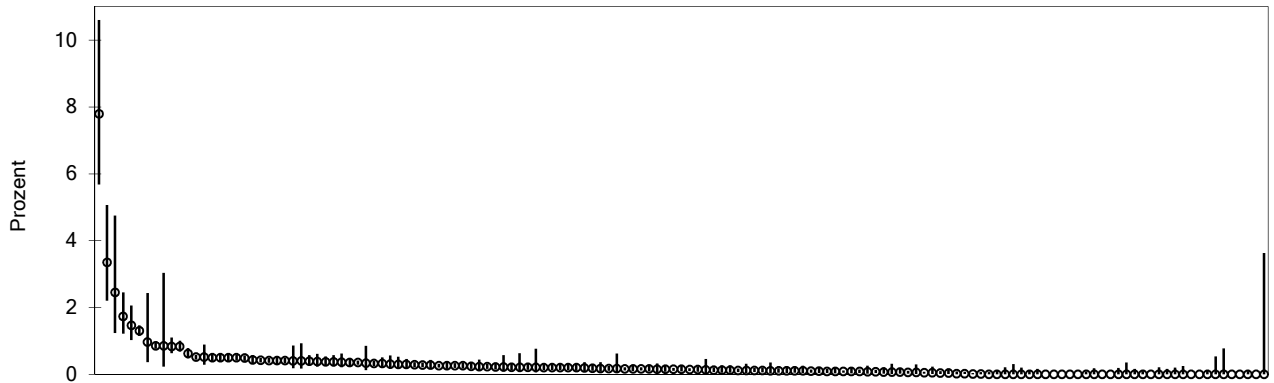
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

- davon Patienten mit mind. einem DEK Grad/Kategorie 2 oder n.n.bez. Grad/Kategorie, die ohne DEK aufgenommen wurden od. bei denen nicht angegeben wurde, dass der DEK bereits bei Aufnahme bestand u. der von allen neu erworb. DEK den höchst. Grad/Kategorie hat\*

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
1228 478		0	
3 474	0,28	0	0,0

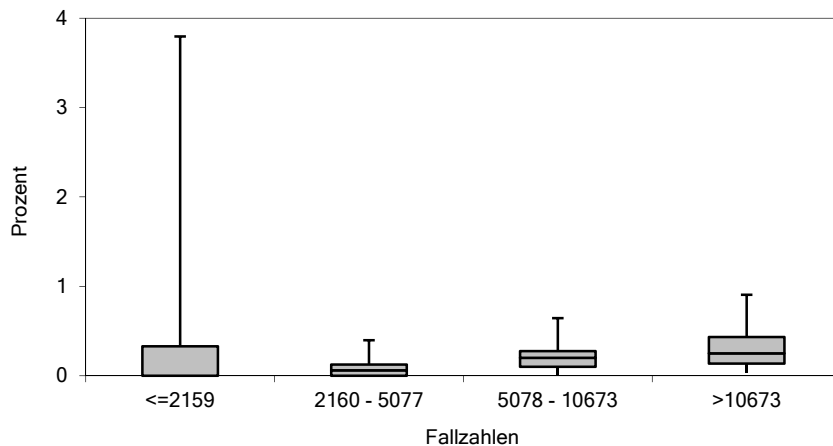
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,27 ; 0,29	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3	0,5	7,8



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2159	37
2160 - 5077	36
5078 - 10673	36
>10673	36

**\*Erläuterungen der Rechenregel**

Plausibilitätsprüfung:

Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2014 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.

Nenner:

Der Nenner wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST\_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet, sofern die Summe auf der Auswertungsebene (bspw. Krankenhaus/Standort) >= 20 Fälle beträgt.

Zähler:

Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik mit einer Gesamtsumme (Summe der Angaben im Datenfeld RST\_ANZAHLFAELLE) von >= 20 Fällen auf der Auswertungsebene vorliegt, wird der Zähler auf 0 gesetzt.

Im Zähler werden alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2 berücksichtigt, sofern dieser Dekubitus von allen erworbenen Dekubitalucera den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt. D.h. falls ein Patient einen Dekubitus Grad/Kategorie 2 und einen Dekubitus Grad/Kategorie 3, 4 oder nicht näher bezeichnet stationär erworben hat wird dieser im Zähler nicht berücksichtigt, da zusätzlich ein höhergradiger Dekubitus erworben wurde. Dekubitalucera Grad/Kategorie 3 und Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet werden als gleichrangig betrachtet. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus nein oder unbekannt ist.

**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder n.n.bezeichnet**

Kennzahl: DEK - 52327

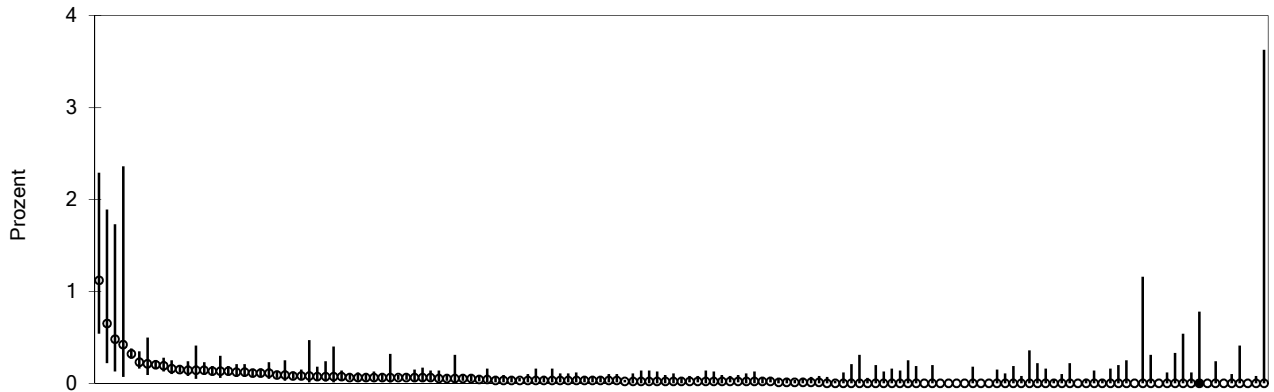
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

- davon Patienten mit mind. einem DEK Grad/Kategorie 3 oder n.n.bez. Grad/Kategorie, die ohne DEK aufgenommen wurden od. bei denen nicht angegeben wurde, dass der DEK bereits bei Aufnahme bestand u. der von allen neu erworb. DEK den höchst. Grad/Kategorie hat\*

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
1228 478		0	
857	0,07	0	0,0

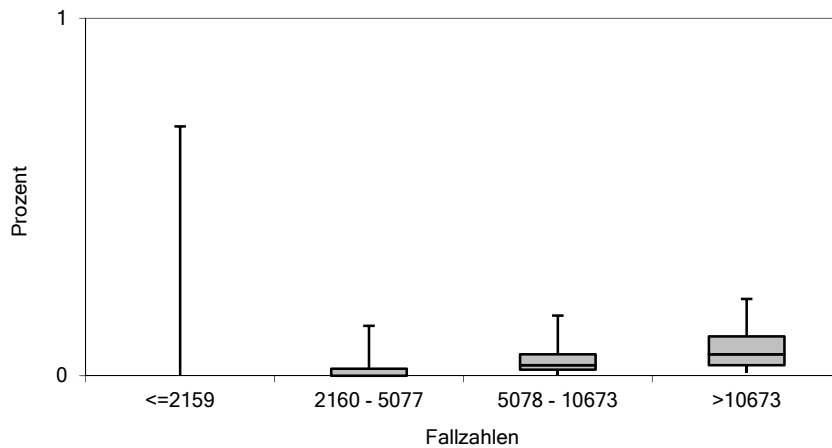
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI		95% CI	
0,07 ; 0,07		0	



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2159	37
2160 - 5077	36
5078 - 10673	36
>10673	36

**\*Erläuterung der Rechenregel**

Plausibilitätsprüfung:

Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2014 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.

Nenner:

Der Nenner wird aus der Summe der Angaben im Datenfeld RST\_ANZAHLFAELLE („Anzahl Datensätze“) der Risikostatistik gebildet, sofern die Summe auf der Auswertungsebene (bspw. Krankenhaus/Standort) >= 20 Fälle beträgt.

Zähler:

Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik mit einer Gesamtsumme (Summe der Angaben im Datenfeld RST\_ANZAHLFAELLE) von >= 20 Fällen auf der Auswertungsebene vorliegt, wird der Zähler auf 0 gesetzt.

Im Zähler werden alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie berücksichtigt, sofern dieser Dekubitus von allen erworbenen Dekubitalucera den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt. D.h. falls ein Patient einen Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder einen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet und einen Dekubitus Grad/Kategorie 4 stationär erworben hat wird dieser im Zähler nicht berücksichtigt, da zusätzlich ein höhergradiger Dekubitus erworben wurde. Dekubitalucera Grad/Kategorie 3 und Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet werden als gleichrangig betrachtet. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") des höchstgradigen Dekubitus nein oder unbekannt ist.



**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 4**

Kennzahl: DEK - 52010

	Hessen gesamt		Krankenhaus	
	N	%	N	%
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik	1228 478		0	
- davon Patienten 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	118	0,01	0	0,0

**Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten**

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

Ein Dekubitus Grad/Kategorie 4 ist eine äußerst schwerwiegende Komplikation, die für den Patienten mit einem hohen persönlichen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer verbunden ist und durch eine wirkungsvolle Prophylaxe zumeist verhindert werden kann. Dem entsprechend wird hier als Qualitätsziel formuliert, dass bei einem Patienten die Entwicklung eines Dekubitus Grad/Kategorie 4 während des Krankenhausaufenthaltes absolut vermieden werden soll. Dennoch weist die Fachgruppe in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nicht bei allen Patienten ein Dekubitus erfolgreich verhindert werden kann, da es einerseits Patienten gibt, bei denen die entsprechenden pflegerischen prophylaktischen Interventionen nicht angewendet werden können (z. B. wenn ein Patient aufgrund von starken Schmerzen keine Lageveränderung tolerieren kann und nicht zu Mikrobewegungen fähig ist), und es andererseits Patienten gibt, bei denen die pflegerischen prophylaktischen Interventionen keine Wirkung zeigen (z. B. bei gravierenden Störungen der Durchblutung oder bei Einnahme von die Hautdurchblutung beeinträchtigenden Medikamenten) (DNQP 2010). In der Regel handelt es sich hier um Patienten, bei denen sich Risikofaktoren zur Dekubitusentstehung kumulieren und zugleich sehr schwere, lebensbedrohliche Ereignisse vorliegen. Es muss hervorgehoben werden, dass es sich hier um eine sehr kleine Patientengruppe handelt, denn in der Regel sind gezielte pflegerische Prophylaxen auch bei hoher Dekubitusgefährdung erfolgreich. Um herauszufinden, ob gravierende Qualitätsprobleme vorliegen, wird die Entstehung eines hochgradigen Dekubitus (Grad/ Kategorie 4) als „Sentinel-Event“ erfasst, bei dem in jedem Einzelfall eine Analyse erfolgen soll.

Weitere Informationen und Literaturangaben unter [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**ANHANG****Information zur Berechnung der risikoadjustierte Rate mittels logistischer Regression**

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

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

Die Risikostatistik wird benötigt, um für die risikoadjustierten Qualitätsindikatoren die Rate der erwarteten Dekubitalulcera sowie die Grundgesamtheit (d.h. die Summe aller Behandlungsfälle eines Krankenhauses) ermitteln zu können. Um die Schwere des Dekubitus einschätzen zu können, wird dieser nach einer Gradierungsskala eingeteilt. Die Nutzung des Kodes L89.- aus dem ICD-10-GM kann hier zu einer krankenhausesweit einheitlichen Dokumentation beitragen.

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

Dekubitus 1. Grades

Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut

Dekubitus 2. Grades:

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

Dekubitus 3. Grades:

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

Dekubitus 4. Grades:

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

Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet:

Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades

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

Aus bisherigen Studien lassen sich nur bedingt Vergleichszahlen für die 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 Ulcera jedoch nicht. Auch die Studien von Bours et al. (2003) und, die das Risikoprofil der untersuchten Patienten berücksichtigt haben, beziehen sich auf eine Prävalenzrate (Williams et al. 2001) verwenden zwar eine Inzidenzrate (2 % >= Grad/Kategorie 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankenhausesebene und nicht krankenhausesübergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators war somit nicht möglich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Nutzung von Abrechnungsdaten nicht alle vorhandenen oder entstehenden Dekubitalulcera abrechnungsrelevant sind und daher ggf. nicht dokumentiert werden. Aus diesem Grund ist ein Vergleich der über dieses Verfahren ermittelten Dekubitusrate nur mit Daten möglich, die ebenfalls auf Abrechnungsdaten basieren. Allerdings werden mit diesem Verfahren mehr als 7-mal mehr Dekubitalulcera erfasst als zuvor.

Weitere Informationen und Literatur unter [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**Kennzahl: DEK - 52009**

**einem stationär**

**mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus der Kategorie 2-4**

<b>berücksichtigte Risikofaktoren</b>	<b>OR</b>
Alter 33 -43 Jahre	1,7
Alter 44 -51 Jahre	3,6
Alter 52 -58 Jahre	5,7
Alter 59 -65 Jahre	8,2
Alter 66 -70 Jahre	10,4
Alter 71 -74 Jahre	12
Alter 75-78 Jahre	14,6
Alter 79-84 Jahre	19,2
Alter 85 Jahre und älter	30
Diabetes Mellitus Typ 1 und 2	1,6
Diabetes Mellitus nicht näher bezeichnet	2
Beatmung 1 bis 8h	3,9
Beatmung 9 bis 24h	6,1
Beatmung 25 bis 72h	7,5
Beatmung 73 bis 240h	15,2
Beatmung über 240 Stunden	43,8
Paraparese	3,5
Geschlecht (weiblich)	1

Stand April 2015