



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Jahresauswertung

2017

QUALITÄTSINDIKATOREN

Klinik 0
Standort 0

©
Geschäftsstelle
Qualitätssicherung
Hessen

GOH

Hessen gesamt

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Übersichtstabelle:

Hessen gesamt

Kennzahl Seite	Indikatorengruppe: Patienten mit min. einem stationär erworbenen Dekubital- ulcus Grad/Kategorie 2-4	Referenzwerte	Ergebnis 2017	Ergebnis 2016
			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
HE-52008 Seite 4	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,32 %	0,32 % [0,62 ; 0,79] 3962 / 1249129 Fällen	0,33 % [0,58 ; 0,73] 4100 / 1260304 Fällen
52009 Seite 5	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: > 1,95 Hessen: 0,32 % O/E= 0,88	0,88 [2,4 ; 3,06] 3962 / 1249129 Fällen (0,32 %)	0,82 [1,51 ; 1,9] 4100 / 1260304 Fällen (0,33 %)
52326 Seite 6	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,26 %	0,26 % [0,44 ; 0,58] 3231 / 1249129 Fällen	0,26 % [0,33 ; 0,44] 3266 / 1260304 Fällen
52327 Seite 7	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,05 %	0,05 % [0,16 ; 0,24] 668 / 1249129 Fällen	0,06 % [0,22 ; 0,32] 770 / 1260304 Fällen

Sentinel Event

52010 Seite 8	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 63 Fälle	63 Fälle	63 Fälle
--------------------------------	--	--	-----------------	-----------------

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

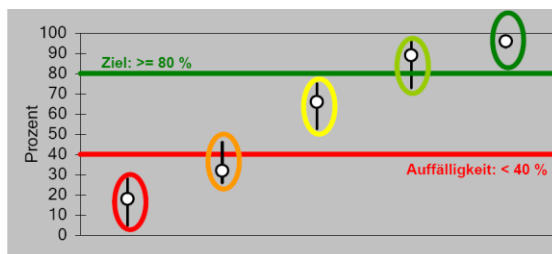


Abb. 1

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.

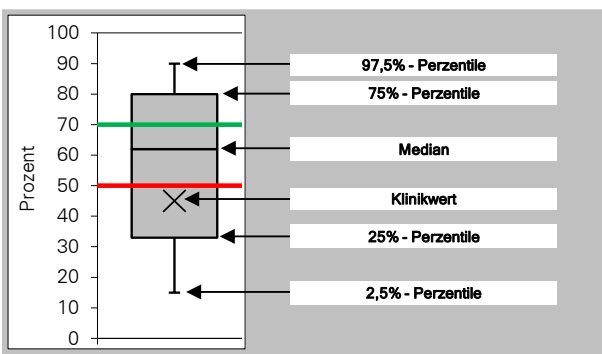


Abb. 2

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

Kennzahl: DEK - HE-52008

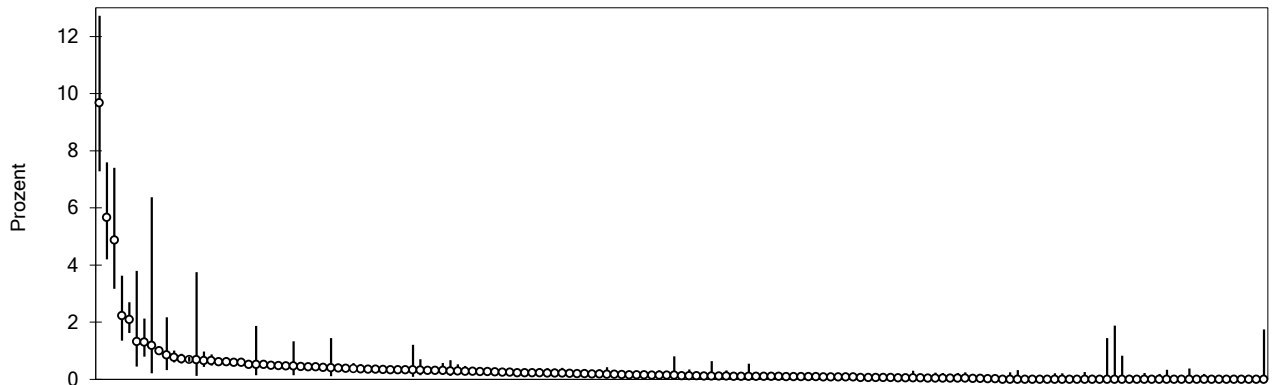
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

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

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
1249	129	0	
3	962	0	0,0

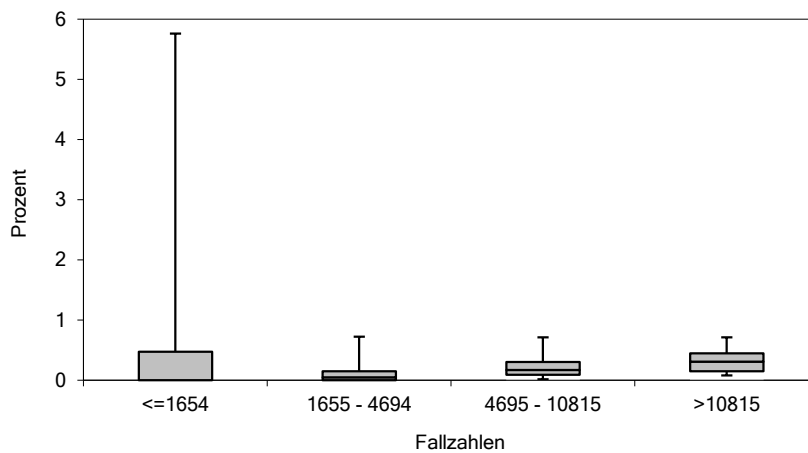
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,31 ; 0,33	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,3	0,6	9,7



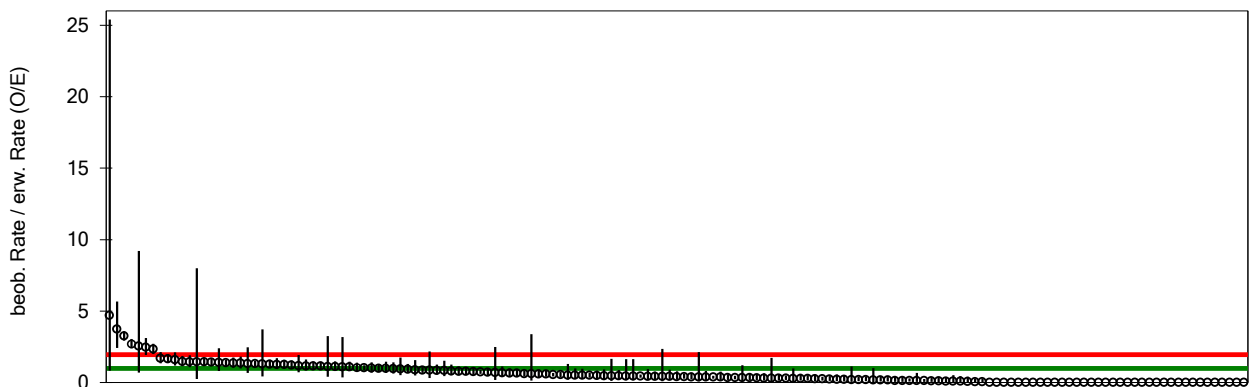
Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=1654	40
1655 - 4694	39
4695 - 10815	39
>10815	39

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

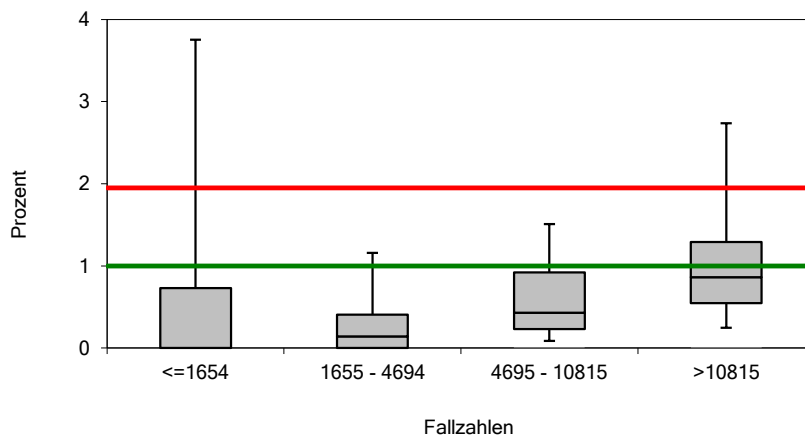
Dieser Indikator ist die beobachtete Rate der Kennzahl DEK - 52009 (siehe Seite 5).

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

	Hessen gesamt	Klinik
	N	N
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen	1249129	0
- davon Patienten mit mind. einem DEK Grad/Kategorie 2 - 4 oder n.n.bez. Grad/Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder bei denen nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand	3962	0
<i>Raten</i>	%	%
beobachtete Rate (O)	0,32	0,00
erwartete Rate (E) ¹	0,36	0,00
beobachtete Rate / erwartete Rate ² Kennzahl: DEK - 52009	0,88	0,00
Vertrauensbereich (95% CI)	0,86 ; 0,92	0
risikoadjustierte Rate [O/E*O(Hessen)] ³ , Werte in %	0,28	0,00



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,1	0,4	0,6	1,0	1,4	4,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=1654	40
1655 - 4694	39
4695 - 10815	39
>10815	39

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

¹ 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.
² 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.
³ 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).
 Weitere Informationen: siehe Seite 9. Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter:
<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

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

Kennzahl: DEK - 52326

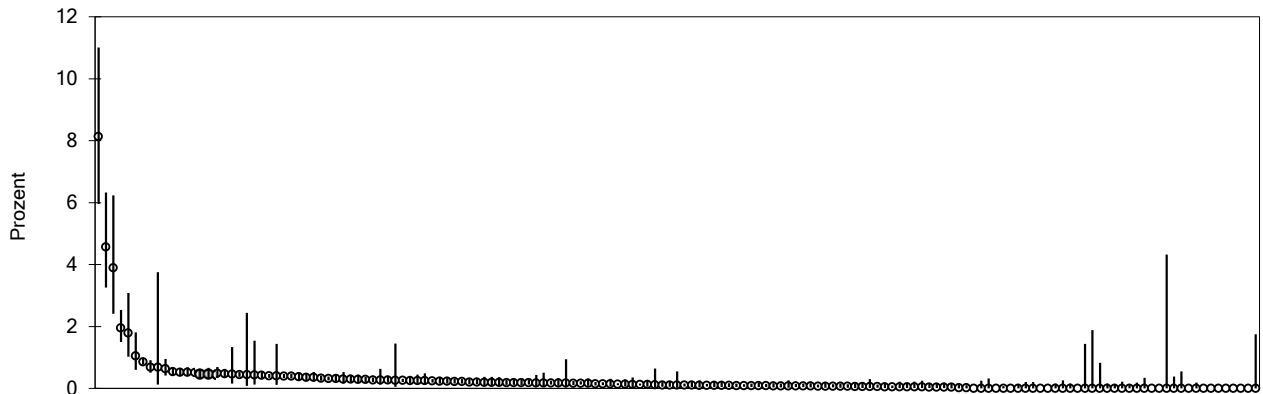
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

- davon Patienten mit mind. einem DEK Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der DEK bereits bei Aufnahme bestand und der von allen neu erworbenen DEK des Patienten den höchsten Grad/Kategorie hat*

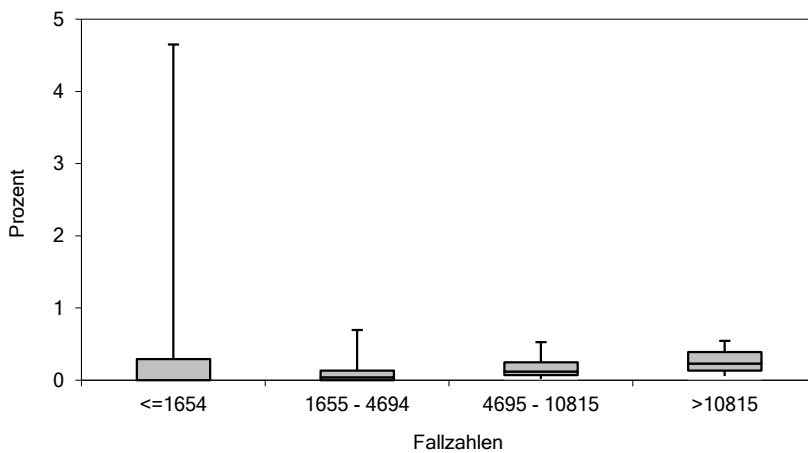
Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
1249	129	0	
3	231	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,25 ; 0,27	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,5	8,1



Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
<=1654	40
1655 - 4694	39
4695 - 10815	39
>10815	39

***Erläuterungen der Rechenregel**

Dieser Indikator ist die beobachtete Rate eines erworbenen Dekubitus Grad/ Kategorie 2.

Plausibilitätsprüfung:

Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2017 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 Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet

Kennzahl: DEK - 52327

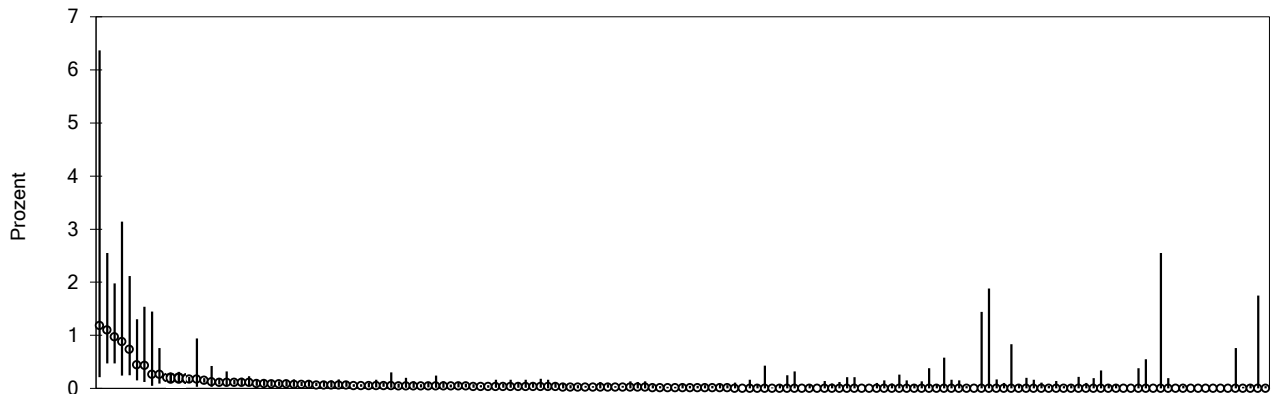
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

- davon Patienten mit mind. einem DEK Grad/Kategorie 3 oder n.n.bez., der im Krankenhaus erworben wurde o. für den nicht angegeben wurde, dass der DEK bereits bei Aufnahme bestand u. der von allen neu erworbenen DEK den höchsten Grad/Kategorie hat*

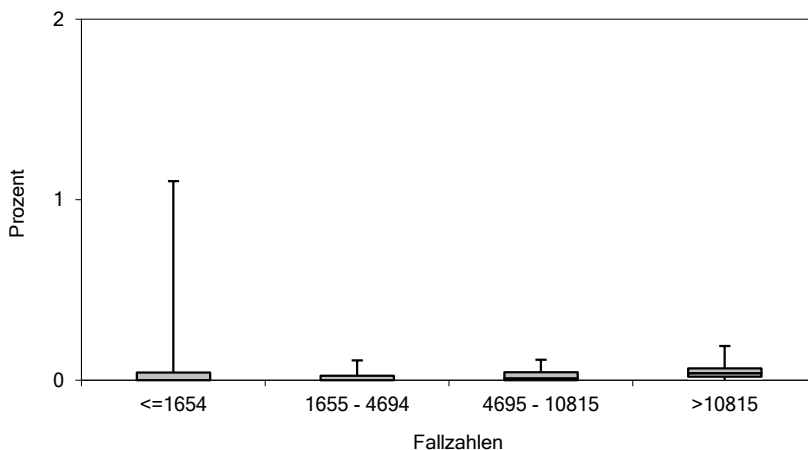
Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
1249	129	0	
668	0,05	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,05 ; 0,06	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	1,2



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=1654	40
1655 - 4694	39
4695 - 10815	39
>10815	39

***Erläuterung der Rechenregel**

Dieser Indikator ist die beobachtete Rate eines erworbenen Dekubitus Grad/ Kategorie 3 oder n.n.b.

Plausibilitätsprüfung:

Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn der Patient im Jahr 2015 entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) einem der folgenden ICD-Kodes entspricht: L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*. Zusätzlich werden Datensätze von Patienten unter 20 Jahren und/oder Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen.

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/bezeichneterer 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 Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Kennzahl: DEK - 52010

	Hessen gesamt		Klinik	
	N	%	N	%
Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik	1249	129	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	63	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.

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter:

<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

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
- Geschlecht
- Altersklasse
- Diabetes mellitus
- Beatmungsstunden (kategorisiert)
- eingeschränkte Mobilität
- Infektion
- Demenz oder Vigilanzstörung
- Inkontinenz
- Untergewicht oder Mangelernährung
- Adipositas
- weitere schwere Erkrankungen

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

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter:

<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

Kennzahl: DEK - 52009

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen

berücksichtigte Risikofaktoren	OR
Alter 34-46 Jahre	2,254
Alter 47-54 Jahre	4,207
Alter 55-61 Jahre	5,687
Alter 62-68 Jahre	7,307
Alter 69-72 Jahre	8,26
Alter 73-76 Jahre	8,647
Alter 77-80 Jahre	9,304
Alter 81-85 Jahre	10,434
Alter 86 Jahre und älter	11,981
Diabetes Mellitus	2,653
Beatmung 25-75 h	4,059
Beatmung 73-240 h	8,964
Beatmung über 240 h	1,163
Eingeschränkte Mobilität	2,332
Infektion	2,122
Demenz und Vigilanzstörung	1,204
Inkontinenz	1,894
Untergewicht oder Mangelernährung	2,019
Adipositas	1,43
weitere schwere Erkrankungen	3,824

Stand: Mai 2018