

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Pflege: Dekubitusprophylaxe	2
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	4
50656	22
48915	23
82092	24
82102	27
82115	30
82119	33
Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	36
70310	38
79659	40

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Leistungsbereich	
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Historie	QI-Historie-DEK.doc
Laienverständliche Hintergrundinformation zum Leistungsbereich	<p>Versorgungsbereich:</p> <p>Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren</p> <p>(Bezeichnung des BQS-Leistungsbereichs: „Pflege: Dekubitusprophylaxe“)</p> <p>Informationen für Patienten zu diesem Versorgungsbereich:</p> <p>Eine gefürchtete Komplikation während eines Krankenhausaufenthaltes ist das „Wundliegen“, das Entstehen von Druckgeschwüren infolge langen Liegens, auch Dekubitus genannt. Ein Dekubitus ist eine langwierige chronische Wunde, die sehr unterschiedlich groß und tief sein kann.</p> <p>Wenn über einen zu langen Zeitraum hinweg hoher Druck auf einer Stelle des Körpers lastet, werden die Haut und auch das darunterliegende Gewebe an dieser Stelle gequetscht. Dort kann das Blut nicht mehr ungehindert fließen und die entsprechende Stelle wird nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt. Im ungünstigsten Fall stirbt das Gewebe ab. Im Anfangsstadium sind lediglich die oberen Hautschichten betroffen, aber die Wundfläche kann mit fortschreitender Ausprägung auch in die tiefer liegenden Gewebsschichten bis hin zum Knochen reichen.</p> <p>Das Abheilen eines Druckgeschwürs ist ein langwieriger Prozess. Ein Dekubitus ist für den Patienten sehr unangenehm und häufig schmerzhaft. Wegen der langen Heilungsdauer – und eventuell einem verlängerten Krankenhausaufenthalt – bedeutet ein Druckgeschwür eine große psychische Belastung für die Patienten.</p> <p>Schätzungen zufolge entwickeln jährlich 400.000 Menschen in Deutschland bei einem Krankenhausaufenthalt ein Druckgeschwür.</p> <p>Zu den Risikogruppen gehören alte, geschwächte sowie bewegungseingeschränkte oder bewegungsunfähige Menschen. Bestimmte Vorerkrankungen wie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), ○ Herzschwäche, ○ niedriger Blutdruck, ○ Rückenmarksverletzungen, ○ Übergewicht, ○ Untergewicht, ○ Schwitzen, ○ Inkontinenz (Unfähigkeit, Urinabgang oder Stuhlgang zu kontrollieren) <p>können ebenfalls die Bildung eines Druckgeschwürs begünstigen.</p> <p>Jedoch besteht grundsätzlich die Gefahr des Wundliegens, wenn ein Patient über längere Zeit hinweg liegen muss.</p> <p>Der größte Beitrag zur Vermeidung dieser schwerwiegenden Komplikation ist eine wirksame Vorbeugung (Dekubitusprophylaxe). Um eine wirkungsvolle Vorbeugung betreiben zu können, sind die Einschätzung der persönlichen Risiken eines Patienten und Kenntnisse der Dekubitusentstehung von besonderer Bedeutung.</p> <p>Bei gefährdeten Patienten sollten deshalb jene Körperstellen regelmäßig und mit großer Sorgfalt betrachtet werden, bei denen die Haut direkt über einem Knochen liegt (z. B. im Bereich des Beckens, des Kreuzbeins, der Fersen oder der Zehen).</p> <p>Nur durch eine regelmäßige und sorgsame Begutachtung der gefährdeten Stellen kann ein Druckgeschwür frühzeitig erkannt und eine Verschlimmerung verhindert werden.</p> <p>Die zweite wichtige Gegenmaßnahme ist, dass die Patienten regelmäßig bewegt, zur Mobilität angeregt oder in verschiedenen Positionen gelagert werden.</p> <p>Sind Patienten in besonders schlechter Verfassung (z. B. sehr schlechter Allgemeinzustand, starke Schmerzen) <i>kann</i> dies jedoch die Durchführung der vorbeugenden Maßnahmen durch das Pflegepersonal so stark beeinträchtigen, dass sich trotz dieser Maßnahmen ein Dekubitus bildet.</p>

Pflege: Dekubitusprophylaxe

	Bearbeitungsstand 2007.
Einleitung	Ein Dekubitus (Druckgeschwür durch Wundliegen) geht für betroffene Patienten mit erheblichem Leiden einher. Es handelt es sich um eine durch geeignete Prophylaxemaßnahmen prinzipiell vermeidbare Komplikation. Das Auftreten eines Dekubitus während des Aufenthaltes im Krankenhaus (Dekubitusinzidenz) gibt Aufschluss über die angewendeten Vorbeugungs- und Behandlungsmaßnahmen und wird international als Indikator für Aussagen zur pflegerischen Versorgungsqualität verwendet.
Stellungnahmen zum Leistungsbereich	-

Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	-
Interpretationshilfe	<p>Interpretationshilfe für Patienten zum Qualitätsindikator:</p> <p>Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes (Name des BQS-Qualitätsindikators: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden)</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bezieht sich auf den Versorgungsbereich: Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren (Bezeichnung des BQS-Leistungsbereichs: Pflege: Dekubitusprophylaxe) <i>Ergänzende allgemeine Informationen zu diesem Versorgungsbereich finden Sie unter http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/qifp/dek.</i></p> <p>Qualitätsziel Während eines Krankenhausaufenthaltes sollen möglichst selten Druckgeschwüre entstehen.</p> <p>Warum kann das Erreichen dieses Ziels als gute Qualität angesehen werden? Eine gefürchtete Komplikation während eines Krankenhausaufenthaltes ist das „Wundliegen“, das Entstehen von Druckgeschwüren in Folge langen Liegens. Diese Druckgeschwüre werden auch Dekubitus genannt. Ein Dekubitus ist eine oft chronische Wunde, die sehr unterschiedlich groß und tief sein kann.</p> <p>Zur Beurteilung, wie ausgeprägt ein Druckgeschwür ist, gibt es eine Einteilung, in der vier verschiedene Schweregrade (Stadien) beschrieben werden:</p> <p>Stufe 1: Es tritt eine Rötung auf, die auch nach Entlastung der Druckstelle nicht verschwindet. Häufig geht sie mit einer Erwärmung der betroffenen Stelle einher, aber die Haut ist ansonsten oberflächlich unbeschädigt. Es liegt aber bereits ein Druckgeschwür vor, auch wenn die Haut oberflächlich gesund erscheint.</p> <p>Stufe 2: Die Stelle weist eine oberflächliche Wunde, eine Blase oder Hautabschürfung auf. Die oberflächlichen Hautschichten sind bereits beschädigt.</p> <p>Stufe 3: Man sieht eine tief reichende Wunde. Nun sind schon alle Hautschichten und teilweise auch das unter der Haut befindliche Bindegewebe zerstört. Das Muskelgewebe und auch der Knochen sind aber noch nicht betroffen.</p> <p>Stufe 4: Die Wunde ist nun so tief greifend, dass das Muskelgewebe und eventuell auch der Knochen erkennbar sind, also frei liegen.</p> <p>Besonders ein Druckgeschwür Grad 1, das durch eine Hautrötung in Erscheinung tritt, ist nicht immer leicht von den Pflegenden als eine frühe Form des Dekubitus zu erkennen. Die Unterscheidung zwischen einem Druckgeschwür Grad 1 und Grad 2 ist aber besonders wichtig: Während bei einem Grad-1-Druckgeschwür eine Rötung vorliegt, die Haut aber noch intakt ist, ist bei einem Dekubitus Grad 2 die Haut bereits geschädigt. Zu erkennen ist das daran, dass eine oberflächliche Wunde, eine Hautabschürfung oder eine Blase an der Druckstelle zu sehen ist. Da bei einem Grad-2-Druckgeschwür also bereits ein sichtbarer Schaden der Haut vorliegt, kann dieses Stadium unter Umständen den Übergang zu einem langwierigen (chronischen) Verlauf des Dekubitus bedeuten.</p> <p>Sind Patienten von einem Dekubitus Grad 1 betroffen, werden sie vom Pflegepersonal durch</p>

	<p>bewegungsfördernde und lagerungstherapeutische Maßnahmen unterstützt. Sie sollen den Patienten helfen, ihre Liegeposition häufig genug zu verändern, damit die Wunde entlastet wird und bald abheilt. Dabei sollen sie den Patienten auch darauf hinweisen, dass bereits leichte Lageveränderungen ausreichen, um die Entstehung eines Druckgeschwürs erfolgreich zu verhindern.</p> <p>Ab einem Druckgeschwür Grad 2 werden neben den pflegerischen Maßnahmen auch noch ärztlich verordnete Behandlungsschritte notwendig.</p> <p>Auch diese Tatsache unterstreicht, wie wichtig es ist, Druckgeschwüre so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln.</p> <p>Dieser Indikator besitzt hohe Aussagekraft hinsichtlich der Pflegequalität eines Krankenhauses. Einerseits lässt er Rückschlüsse darauf zu, wie gut die Pflegekräfte auf sorgfältige Beobachtung und Einschätzung eines Druckgeschwürs hin geschult sind. Andererseits zeigt sich die Kompetenz und Erfahrung des Pflegepersonals natürlich auch im sorgfältigen Umgang mit den angemessenen vorbeugenden Maßnahmen.</p>
	<p>Wichtiger Hinweis</p> <p>Dieser Indikator wurde nach methodischer Prüfung von der BQS nicht uneingeschränkt für die öffentliche Berichterstattung empfohlen.</p> <p>Der Grund für diese Einschränkung liegt darin, dass der Indikator nur eingeschränkt „risikoadjustiert“ ist. Das heißt, dass bei Patienten mit bestimmten Risikofaktoren häufiger Druckgeschwüre auftreten können, ohne dass dies auch bei optimaler Prophylaxe und Behandlung beeinflusst werden kann. Ein auffälliges Ergebnis bei diesem Indikator kann also auch dadurch bedingt sein, dass in manchen Krankenhäusern häufiger Patienten mit besonderen Risikofaktoren behandelt werden.</p> <p>Die BQS hat diesen Indikator methodisch weiterentwickelt. Seit 1.1.2007 werden nicht beeinflussbare Risikofaktoren für die Berechnung des Indikatorergebnisses berücksichtigt, d.h. für den Indikator steht eine bessere Form der Risikoadjustierung zur Verfügung.</p>
	<p>Wie werden die Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator ermittelt?</p> <p>Damit ermittelt werden kann, ob das → Qualitätsziel erreicht wird, dokumentiert das Krankenhaus am Ende der stationären Behandlung für alle PatientInnen, die bei der Aufnahme ins Krankenhaus kein Druckgeschwür hatten, ob bei der Entlassung ein Druckgeschwür vorgelegen hat.</p> <p>Diese Erfassung erfolgt bei folgenden Operationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruch des Oberschenkelknochens in Hüftgelenknähe (Hüftgelenknahe Femurfraktur), • Geplante Operationen zum künstlichen Hüft- und Kniegelenkersatz (elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenken), • Operationen am Herzen (Herzchirurgie). <p>Aus diesen Angaben werden zwei → Kennzahlen berechnet, deren Ergebnis in Prozent angegeben wird. Sie geben an, bei wie vielen Patienten mit einem der oben aufgezählten Eingriffe, die <i>ohne</i> ein Druckgeschwür zur stationären Behandlung aufgenommen wurden, bei der Entlassung ein Druckgeschwür Grad 1 oder höher bzw. Grad 2 oder höher vorgelegen hat.</p> <p>Wie kann man die Versorgungsqualität bewerten?</p> <p>Für diesen Qualitätsindikator kann keine medizinisch-pflegerisch begründbare Grenze für eine tatsächlich erreichbare gute Qualität festgelegt werden. Als Orientierungshilfe zur Bewertung der Krankenhausergebnisse kann das durchschnittliche Ergebnis in Deutschland (-> Gesamtrate) herangezogen werden (siehe: Wie sind die Ergebnisse in Deutschland?).</p> <p>Da es für diesen Indikator keine klar belegbare Grenze für gute Qualität gibt, wurde ein Referenzbereich festgelegt, der besonders auffällige Ergebnisse kennzeichnet.</p> <p>Nicht jedes auffällige Ergebnis bedeutet automatisch schlechte Qualität. Daher werden diese Ergebnisse im -> Strukturierten Dialog gemeinsam durch eine Gruppe von Fachexperten und das Krankenhaus analysiert. Dabei wird geprüft, ob in einem Krankenhaus mit auffälligen Ergebnissen möglicherweise Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind.</p> <p>Wie sind die Ergebnisse in Deutschland?</p> <p>Welche Versorgungsqualität für dieses Qualitätsziel erwartet werden kann, zeigt das Ergebnis, das 2006 in Deutschland erreicht wurde:</p>

Aus den nachfolgenden Tabellen ist zu entnehmen, wie häufig Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthalts bei ausgewählten Operationen im Jahr 2006 in Deutschland aufgetreten sind:

	Gesamtrate neu entstandener Druckgeschwüre Grad 1 bis 4	Gesamtrate neu entstandener Druckgeschwüre Grad 2 bis 4
Bruch des Oberschenkelknochens in Hüftgelenknähe (hüftgelenknahe Femurfraktur)	3,05%	2,00%
Geplante Operationen zum künstlichen Hüft- und Kniegelenkenersatz (elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenken)	0,78%	0,55%
Operationen am Herzen (Herzchirurgie)	2,26%	1,56%

	Grad 1 bis 4	Grad 2 bis 4
Bruch des Oberschenkelknochens in Hüftgelenknähe (hüftgelenknahe Femurfraktur)	Bei 3 PatientInnen von 100	Bei 2 PatientInnen von 100
Geplante Operationen zum künstlichen Hüft- und Kniegelenkenersatz (elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenken)	Bei 1 PatientIn von 100	Bei weniger als 1 PatientIn von 100
Operationen am Herzen (Herzchirurgie)	Bei 2 bis 3 PatientInnen von 100	Bei 1 bis 2 PatientInnen von 100

Wie sind die Krankenhausergebnisse einzuschätzen?

Bei Brüchen des Oberschenkelknochens in Hüftgelenknähe haben Krankenhäuser mit einer Rate von weniger als 3,05% (Druckgeschwüre Grad 1 bis 4) bzw. 2,00% (Druckgeschwüre Grad 2 bis 4) ein besseres Ergebnis als im Bundesdurchschnitt.

Krankenhäuser mit einer Rate von mehr als 7,9% (Druckgeschwüre Grad 1 bis 4) bzw. 5,6% (Druckgeschwüre Grad 2 bis 4) haben ein auffälliges Ergebnis.

Bei geplanten Operationen zum künstlichen Hüft- und Kniegelenkenersatz haben Krankenhäuser mit einer Rate von weniger als 0,78% (Druckgeschwüre Grad 1 bis 4) bzw. 0,55% (Druckgeschwüre Grad 2 bis 4) ein besseres Ergebnis als im Bundesdurchschnitt.

Krankenhäuser mit einer Rate von mehr als 2,3% (Druckgeschwüre Grad 1 bis 4) bzw. 1,7% (Druckgeschwüre Grad 2 bis 4) haben ein auffälliges Ergebnis.

Bei Operationen am Herzen haben Krankenhäuser mit einer Rate von weniger als 2,26% (Druckgeschwüre Grad 1 bis 4) bzw. 1,56% (Druckgeschwüre Grad 2 bis 4) ein besseres Ergebnis als im Bundesdurchschnitt.

Krankenhäuser mit einer Rate von mehr als 5,7% (Druckgeschwüre Grad 1 bis 4) bzw. 3,7% (Druckgeschwüre Grad 2 bis 4) haben ein auffälliges Ergebnis.

Aus auffälligen Ergebnissen kann nicht automatisch auf schlechte Qualität geschlossen werden. Daher werden diese Ergebnisse im -> Strukturierten Dialog gemeinsam durch eine Gruppe von Fachexperten und das Krankenhaus analysiert. Dabei wird geprüft, ob in einem Krankenhaus mit auffälligen Ergebnissen Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind.

Kernfrage

Wie hoch ist in dem Krankenhaus, das Sie in Erwägung ziehen, die Rate der neu aufgetretenen Druckgeschwüre Grad 1 bis 4 und Grad 2 bis 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus zur stationären Behandlung aufgenommen wurden?

Bearbeitungsstand 2007.

Qualitätsziel	Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen
----------------------	--

Indikatortyp	Ergebnisindikator						
<p>Rationale</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 palliative care dar. Hier kann bewusst die Dekubitusprophylaxe nachrangig zu anderen Aspekten der symptomorientierten Behandlung gestellt werden.</p> <p>In der wissenschaftlichen Literatur erfolgt daher zunehmend die Angabe von risikoadjustierten Kennzahlen zur Dekubitushäufigkeit (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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Höheres Lebensalter ▪ Keine Mikrobewegungen ▪ Diabetes mellitus ▪ Intensivaufenthalt <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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 krankenhauserweit 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.</p> <table border="1" data-bbox="339 1877 1476 1980"> <tr> <td>Dekubitus 1. Grades</td> <td>Umschriebene Rötung bei intakter Haut</td> </tr> <tr> <td>Dekubitus 2. Grades</td> <td>Hautdefekt</td> </tr> <tr> <td>Dekubitus 3. Grades</td> <td>Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen</td> </tr> </table>	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 1. Grades	Umschriebene Rötung bei intakter Haut						
Dekubitus 2. Grades	Hautdefekt						
Dekubitus 3. Grades	Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen						

	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Dekubitus 4. Grades</td> <td style="width: 50%;">Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung</td> </tr> </table> <p>Tabelle 1: Gradierung des Dekubitus nach L89, in Anlehnung an NPUAP (1989)</p> <p>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.</p> <p>Aus bisherigen Studien lassen sich nur bedingt Vergleichszahlen für die krankenhausinterne 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 Krankensebene und nicht krankenhausübergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators ist somit nicht möglich.</p>	Dekubitus 4. Grades	Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung
Dekubitus 4. Grades	Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung		
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Version 3.1, 1-70. 2007. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf (Recherchedatum: 05.02.2008).</p> <p>Allman RM. Pressure ulcer prevalence incidence, risk factors, and impact. Clinics in Geriatric Medicine 1997; 13 (3): 421-436.</p> <p>American Nurse Association (ANA). ANA's 10 nursing sensitive quality indicators for acute care settings. 1999. http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/NDN/QI/Research/QIforAcuteCareSettings.aspx (Recherchedatum: 05.02.2008).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>International Quality Indicator Project (IQIP). List of all indicators 2002. http://www.internationalqip.com/indicators.aspx (Recherchedatum: 05.02.2008).</p> <p>Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe: SimPatIE - Work Package 4. 1-111. European Society for Quality in Healthcare (ESQH) (Hrsg.). Aarhus. 2007.</p> <p>Leffmann CJ. Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2004; 37 (2): 100-108.</p> <p>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.</p> <p>National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Consensus Development Conference 1989. http://www.npuap.org/archive/positn6.htm (Recherchedatum: 05.02.2008).</p> <p>Robert Koch-Institut. Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12. Berlin. 2002.</p>		

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Verein Outcome. Diagnoseunabhängige Messthemen für Outcome. http://www.vereinoutcome.ch/de/messungen/diagnoseunabhaengigemesssthemem_b_qkriterien.asp (Recherchedatum: 05.02.2008).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Stellungnahmen zum QI</p>	<p><u>Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Baden-Württemberg, 2006</u> Betreff: Definition von „Intensivbehandlung“ mit OPS 8-980 Einrichtungen, die die OPS 8-980 nicht abrechnen können, da kein Intensivarzt vorgehalten wird, können den „patientenbezogenen“ Risikofaktor der Intensivbehandlung nicht im Datensatz erfassen, womit sich für diesen sein Wert bzgl. des Patientenbezuges reduziert. Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit steigt, in den Qualitätsindikatoren auffällig zu werden, bei denen u.a. mit diesem Item eine Risikoadjustierung erfolgt. Dies bedeutet weiterhin einen beträchtlichen Aufwand im "Strukturierten Dialog", ohne ggf. tatsächliche Versorgungsmängel aufzudecken. Ich bitte die Fachgruppe um Stellungnahme, ob zukünftig eine Entkopplung von der Abrechenbarkeit bei der Erfassung dieses Risikofaktors geplant ist. Bei der Wahl der Referenzbereiche sollte eine entsprechende Toleranz walten.</p> <p>Stellungnahme der BQS-Fachgruppe: Die BQS-Fachgruppe Pflege sieht in dem OPS 8-980 eine eindeutige Definition von „Intensivbehandlung“, die aufgrund der Abrechnungsrelevanz bekannt ist, und durch die Koppelung an Routinedaten einen geringen Erhebungsaufwand bedeutet. Das Mindestmerkmal „Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein“ ist ein wesentlicher Bestandteil der Definition von Intensivbehandlung. Würde man auf diesen Strukturparameter verzichten, wäre nicht mehr „intensive care“ definiert, sondern „intermediate care“. Weicht man die Definition nach OPS 8-980 auf, könnten Krankenhäuser für Patienten auf Wachstationen oder Überwachungseinheiten auf Normalstationen diesen Risikofaktor dokumentieren. Die BQS-Fachgruppe Pflege zielt aber mit dieser Definition genau auf das hohe Risiko der Patienten mit „Intensivbehandlung“. Der Ausfüllhinweis zum Datenfeld „kontinuierliche Intensivbehandlung >= 24 Stunden“ mit der OPS 8-980 wird daher unverändert beibehalten.</p> <p><u>Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Baden-Württemberg, 2007</u> Betreff: Operativ behandeltes Dekubitalgeschwür Ein Krankenhaus fragte nach, was für ein Dekubitusstatus bzw. Schweregrad zu dokumentieren sei, wenn ein Patient mit einem Dekubitus Grad 4 aufgenommen wird und dieser operativ behandelt wird. Ist dann bei Entlassung ein Dekubitus (Grad 3 oder 4) zu dokumentieren? Oder ist „kein“ Dekubitus zu dokumentieren, da es sich um eine OP-Wunde handelt? Vorschlag: Die Ausfüllhinweise sollten dementsprechend angepasst werden.</p> <p>Stellungnahme der BQS-Fachgruppe: Die BQS-Fachgruppe Pflege sieht in einem operativ durch plastische Deckung behandelten Dekubitus Grad 4 eine Operationswunde und kein Dekubitalulkus. Dementsprechend ist beim Entlassungsstatus auch kein Dekubitus zu dokumentieren. Die BQS-Fachgruppe verzichtet darauf, diesen Sachverhalt in die Ausfüllhinweise aufzunehmen, da sie davon ausgeht, dass dies nur eine geringe Anzahl von Einzelfällen betrifft, und in Einzelanfragen gut zu beantworten ist. Sie befürchtet vielmehr, dass die Erläuterung in den Ausfüllhinweisen eher für zusätzliche Missverständnisse sorgen könnte.</p> <p><u>Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Niedersachsen, 2007</u> Betreff: Anfrage zu nicht lagerungsbedingten Dekubitalulzera: Wie soll mit nicht durch Lagerung entstandenen „schwerkraftunabhängigen“ Dekubitalulzera verfahren werden? Gedacht ist hier an Schädigungen, die z.B. durch Druckverbände oder durch Ventrofil-Platten</p>

	<p>zum Bauchdeckenverschluss nach offener Abdomenbehandlung (eine eigentlich mehr oder weniger obsoleute, aber immer noch häufig angewandte Methode) entstehen können. Gilt für die nicht lagerungsbedingten Dekubitalulzera, z.B. bei einer Spannungsblase nach einem Druckverband ebenfalls die Gradeinteilung? Vorschlag: Aufnahme in Ausfüllhinweise.</p> <p>Stellungnahme der BQS-Fachgruppe: Ein Dekubitus ist eine durch länger anhaltenden Druck entstandene Wunde der Haut. Wodurch dieser Druck entsteht, ist dabei irrelevant (durch Liegen bzw. Schwerkraft des Körpers, Gipsverbände, Magensonden etc.). Das Robert Koch-Institut beschreibt das Vorkommen solcher Druckgeschwüre in seiner Gesundheitsberichterstattung (Heft 12) folgendermaßen: „Seltener als lagerungsbedingte Druckstellen sind die durch Gipsverbände oder medizinisches Material verursachten Schädigungen. Sie kommen z.B. am Wadenbein bei schlecht sitzenden Unterschenkel Gips oder an der Nasenschleimhaut bei durch die Nase eingelegten Magensonden sowie bei längerfristig einseitig durch die Nase (nasal) intubierten Intensivpatienten vor. Bei mangelhafter ärztlicher oder pflegerischer Aufmerksamkeit können demnach auch Personen mit objektiv niedrigem Risiko von Dekubitus betroffen sein.“ Solche Dekubitalulzera sind auch als Dekubitus in der QS-Dokumentation zu bewerten – ihr Auftreten kann pflegerische und ärztliche Versorgungsqualität abbilden. Dementsprechend ist auf sie das gleiche Schema zur Gradeinteilung anzuwenden. Die BQS-Fachgruppe Pflege möchte darauf verzichten dies in die Ausfüllhinweise aufzunehmen, da es sich bei diesem Sachverhalt um Grundwissen von Pflegefachkräften handelt und die Ausfüllhinweise nicht als Lehrbuchersatz zu verstehen sind.</p> <p>Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Mecklenburg-Vorpommern, 2007 Betreff: Missverständliche Formulierung von „Mikrobewegungen“ Praktikern die tatsächliche Abgrenzung von Mikrobewegungen teilweise schwer. Ab welcher Grenze spricht man nicht mehr von Mikrobewegungen, was kann noch als Mikrobewegung gewertet werden? Zum anderen wurde die Formulierung der Items zur Mikrobewegung teilweise falsch verstanden und dadurch fälschlicherweise mit Mikrobewegung = nein kodiert. Hier könnte vielleicht eine Formulierung des Items als Satz, ähnlich wie bei der Frage nach vorher bestehenden Dekubitalulzera, Abhilfe schaffen. Vorgeschlagen wird z.B. die Formulierung: „Kann der Patient selbständig Mikrobewegungen ausführen“ oder aber die Frage nach vollständiger Immobilität.</p> <p>Stellungnahme der BQS-Fachgruppe: Die BQS-Fachgruppe Pflege möchte vorerst auf eine Umformulierung im Datensatz verzichten, da sie es als wichtig betrachtet, den Datensatz in seinen Formulierungen bei einem neuen Indikator möglichst stabil zu halten, um bei den Anwendern auch eine gewisse Vertrautheit hervorzurufen. Darüber hinaus sieht die BQS-Fachgruppe das Datenfeld ausreichend und unmissverständlich in den Ausfüllhinweisen definiert.</p>								
<p>Aktuelle Bewertung QUALIFY</p>									
<p>Relevanz</p>									
<p>Bedeutung</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <table border="1" data-bbox="343 1478 1468 1881"> <tr> <td data-bbox="343 1478 774 1668"> <p>Häufigkeit und/oder Schweregrad eines unerwünschten Ereignisses (hohes Risiko)</p> </td> <td data-bbox="774 1478 1468 1668"> <p>Häufigkeit: Bei 1,8% (>= Grad 2) bzw. 1,58% (Grad 1-4) der Patienten in den acht Leistungsbereichen tritt ein Dekubitus während des KH-Aufenthaltes auf. Schweregrad: schwerwiegende Komplikation, die mit hohem persönlichen Leidensdruck des Patienten, Schmerzen und verlängertem Krankenhausaufenthalt verbunden sind (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1668 774 1736"> <p>Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich</p> </td> <td data-bbox="774 1668 1468 1736"> <p>Patienten mit neu entstanden Dekubitalulzera: 4.856 (>= Grad 2) bzw. 7.081 (Grad 1-4)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1736 774 1814"> <p>Hohe Kosten</p> </td> <td data-bbox="774 1736 1468 1814"> <p>Kostenangaben schwanken: ein bis zwei Milliarden Euro / Jahr, 2% des Krankenhausetats (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1814 774 1881"> <p>Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität</p> </td> <td data-bbox="774 1814 1468 1881"> <p>0% bis 16,7% (>= Grad 2) bzw. 0% bis 28,4% (Grad 1-4) (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p> </td> </tr> </table> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität.</p>	<p>Häufigkeit und/oder Schweregrad eines unerwünschten Ereignisses (hohes Risiko)</p>	<p>Häufigkeit: Bei 1,8% (>= Grad 2) bzw. 1,58% (Grad 1-4) der Patienten in den acht Leistungsbereichen tritt ein Dekubitus während des KH-Aufenthaltes auf. Schweregrad: schwerwiegende Komplikation, die mit hohem persönlichen Leidensdruck des Patienten, Schmerzen und verlängertem Krankenhausaufenthalt verbunden sind (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p>	<p>Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich</p>	<p>Patienten mit neu entstanden Dekubitalulzera: 4.856 (>= Grad 2) bzw. 7.081 (Grad 1-4)</p>	<p>Hohe Kosten</p>	<p>Kostenangaben schwanken: ein bis zwei Milliarden Euro / Jahr, 2% des Krankenhausetats (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p>	<p>Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität</p>	<p>0% bis 16,7% (>= Grad 2) bzw. 0% bis 28,4% (Grad 1-4) (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p>
<p>Häufigkeit und/oder Schweregrad eines unerwünschten Ereignisses (hohes Risiko)</p>	<p>Häufigkeit: Bei 1,8% (>= Grad 2) bzw. 1,58% (Grad 1-4) der Patienten in den acht Leistungsbereichen tritt ein Dekubitus während des KH-Aufenthaltes auf. Schweregrad: schwerwiegende Komplikation, die mit hohem persönlichen Leidensdruck des Patienten, Schmerzen und verlängertem Krankenhausaufenthalt verbunden sind (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p>								
<p>Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich</p>	<p>Patienten mit neu entstanden Dekubitalulzera: 4.856 (>= Grad 2) bzw. 7.081 (Grad 1-4)</p>								
<p>Hohe Kosten</p>	<p>Kostenangaben schwanken: ein bis zwei Milliarden Euro / Jahr, 2% des Krankenhausetats (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p>								
<p>Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität</p>	<p>0% bis 16,7% (>= Grad 2) bzw. 0% bis 28,4% (Grad 1-4) (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</p>								

	<p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <table border="1" data-bbox="343 510 1481 680"> <thead> <tr> <th>Kennzahl</th> <th>Mittelwert</th> <th>Spannweite</th> <th>Gerundetes Ergebnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung</td> <td>4,00</td> <td>Trifft zu (100%-Übereinstimmung)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung</td> <td>4,00</td> <td>Trifft zu (100%-Übereinstimmung)</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität: Trifft zu</p>	Kennzahl	Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis	50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4	48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4
Kennzahl	Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis										
50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4										
48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4										
<p>Nutzen</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Verwendung dieses Qualitätsindikators im Strukturierten Dialog¹ der Jahre 2004 und 2005 hat zu Qualitätsverbesserungen in Krankenhäusern geführt.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <table border="1" data-bbox="343 1317 1481 1487"> <thead> <tr> <th>Kennzahl</th> <th>Mittelwert</th> <th>Spannweite</th> <th>Gerundetes Ergebnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung</td> <td>3,91</td> <td>Trifft eher zu – Trifft zu</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung</td> <td>3,91</td> <td>Trifft eher zu – Trifft zu</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen: Trifft zu</p>	Kennzahl	Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis	50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	3,91	Trifft eher zu – Trifft zu	4	48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	3,91	Trifft eher zu – Trifft zu	4
Kennzahl	Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis										
50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	3,91	Trifft eher zu – Trifft zu	4										
48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	3,91	Trifft eher zu – Trifft zu	4										
<p>Risiken</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Spezifische Risiken beim Einsatz dieses Qualitätsindikators sind nicht bekannt.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des</p>												

¹ Beim Strukturierten Dialog handelt es sich um einen Prozess, in dem Fachleute mit Krankenhäusern, die in einem Qualitätsindikator den Referenzbereich verfehlt haben, diese Auffälligkeit besprechen. Es werden die Ursachen abgeklärt und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge unterbreitet oder Zielvereinbarungen getroffen. Der Strukturierte Dialog findet jeweils nach der Ermittlung der Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens statt und ist ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens.

	<p>Indikatoren sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,82 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikatoren sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt: Trifft zu</p>
<p>Wissenschaftlichkeit</p>	
<p>Indikatorevidenz</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Leitlinien, nationale Expertenstandards in der Pflege:</p> <p>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Dekubitus - Therapie und Prophylaxe. Nr. 036/005. 1999. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll-na/036-005.htm (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). Osnabrück. 2004.</p> <p>Wissensnetzwerk „evidence.de“. Dekubitusprävention. Evidenzbasierte Leitlinie. Wissensnetzwerk „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke. Witten. 2001. http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Dekubitus_Leitlinie_Evidence_d/Dekubitus-Text.pdf (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>International:</p> <p>Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. AHCPR Pub. No. 92-0047. Rockville. 1992. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.4409 (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Pressure Ulcer Prevention Guidelines. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Oxford. 1998. http://www.epuap.org/gprevention.html (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>Guidelines Advisory Committee (GAC). Prevention of Pressure ulcers. Ontario Guidelines Advisory Committee. Toronto. 2005. http://www.gacguidelines.ca/site/GAC_120/pdf/PRESS05-Prevention.pdf?CFID=3481180&CFTOKEN=15240451 (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Nursing Best Practice Guideline. Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toronto. 2005. http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=816 (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>Rycroft-Malone J, McInnes J, Royal College of Nursing (RCN). Clinical Practice Guideline. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Recommendations 2001. London. 2001. http://guidance.nice.org.uk/CGB/guidance/pdf/English (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Glenview. 2003. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3860 (Recherchedatum: 19.04.2007).</p> <p>Weitere Publikationen:</p> <p>Cullum N, McInnes E, Bell-Syer SE, Legood R. Support surfaces for pressure ulcer prevention (Cochrane</p>

Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

2. Kernaussage des Gütekriteriums

„Es besteht wissenschaftliche Evidenz, dass das gemessene Ergebnis vom Leistungserbringer beeinflusst werden kann. (Zusammenhang zwischen Outcome und Prozess/Struktur).“

3. Bewertungsstufen

Die Bewertung der Indikatorevidenz erfolgt in zwei Schritten:

Schritt 1: Der Kernaussage wird eine Evidenzstärke gemäß ÄZQ (AWMF & ÄZQ, 2001) zugeteilt. Informationsgrundlage ist die bewertete Literatur.

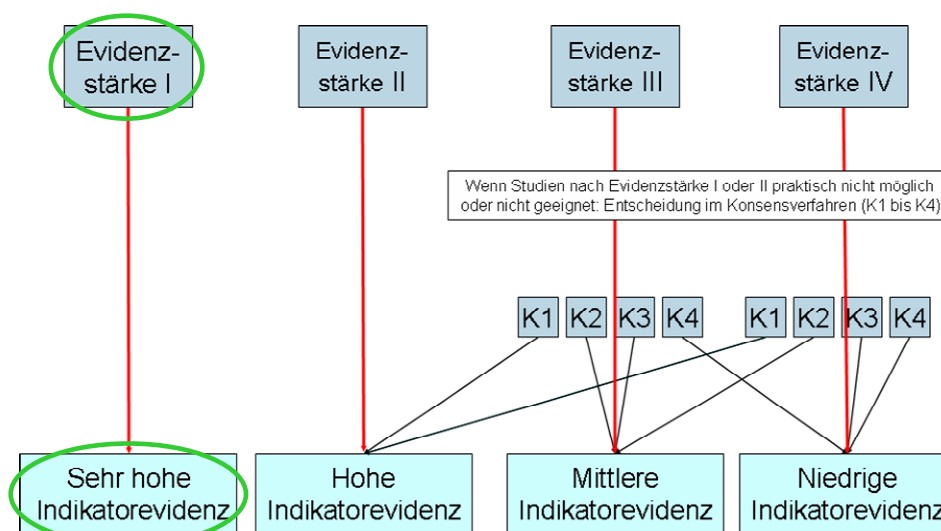
Schritt 2: Die Evidenzstärke wird nach einheitlichem Schema in einen Grad der Indikatorevidenz mit folgenden Bewertungsstufen überführt:

- Sehr hohe Indikatorevidenz
- Hohe Indikatorevidenz
- Mittlere Indikatorevidenz
- Niedrige Indikatorevidenz

4. Bewertung durch die BQS / Bestätigung durch BQS-Fachgruppe

Schritt 1: Evidenzstärke aus vorliegenden Leitlinien / Publikationen: I

Schritt 2: Sehr hohe Indikatorevidenz



K1: Konsens kann auch aus S-2-oder S-3-Leitlinien oder aus hochwertigen* internationalen Leitlinien oder Nationalen Expertenstandards (Pflege) übernommen werden.
 * Bewertung z. B. durch DELBI (DEutsches Leitlinien-Bewertungs-Instrument)

Die Einstufung der Indikatorevidenz gründet sich auf ein systematisches Review der Cochrane-Gruppe (Cullum et al. 2004). In diesem Review aus 41 randomisiert kontrollierten Studien konnte die Wirksamkeit von Lagerungsmaßnahmen auf Spezialmattressen bei Risikopatienten im Hinblick auf die Vermeidung neu aufgetretener Dekubitalulzera nachgewiesen werden.

5. Ergebnis der Bewertung

Das gemessene Ergebnis kann vom Leistungserbringer beeinflusst werden:

sehr hohe Indikatorevidenz

Klarheit der Definitionen

1. Informationsgrundlage für die Bewertung

	<p>Datensatz, Ausfüllhinweise, Auswertungskonzept, Rationale, Erläuterungen zum Referenzbereich (Informationen sind auf den Webseiten der BQS veröffentlicht).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <table border="1" data-bbox="343 660 1476 840"> <thead> <tr> <th>Kennzahl</th> <th>Mittelwert</th> <th>Spannweite</th> <th>Gerundetes Ergebnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung</td> <td>3,89</td> <td>Trifft eher zu – Trifft zu</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung</td> <td>3,89</td> <td>Trifft eher zu – Trifft zu</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert: Trifft zu</p>	Kennzahl	Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis	50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	3,89	Trifft eher zu – Trifft zu	4	48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	3,89	Trifft eher zu – Trifft zu	4												
Kennzahl	Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis																						
50656: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	3,89	Trifft eher zu – Trifft zu	4																						
48915: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	3,89	Trifft eher zu – Trifft zu	4																						
<p>Reliabilität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung der Reliabilität erfolgt hier durch einen statistischen Vergleich von Krankenhausergebnissen aufeinander folgender Quartale.</p> <p>Bei einem geringem Anteil statistisch signifikanter Unterschiede zum Niveau $\alpha = 25\%$ ergeben sich keine Hinweise auf eine unzureichende Reliabilität. Für die Qualitätskennzahlen „Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung“ bzw. „Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung“ konnten folgende signifikante Unterschiede in den jeweiligen Leistungsbereichen zwischen aufeinander folgenden Quartalen beobachtet werden:</p> <table border="1" data-bbox="343 1276 1476 1579"> <thead> <tr> <th>Leistungsbereich</th> <th>Kz.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung</th> <th>Kz.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hüftgelenknahe Femurfraktur</td> <td>0,4%</td> <td>0,7%</td> </tr> <tr> <td>Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk</td> <td>0,3%</td> <td>0,6%</td> </tr> <tr> <td>Herzchirurgie</td> <td>3,6%</td> <td>7,5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Daher lauten die Bewertungsvorschläge der BQS zu einer ausreichenden Reliabilität:</p> <table border="1" data-bbox="343 1657 1476 1926"> <thead> <tr> <th>Leistungsbereich</th> <th>Kz.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung</th> <th>Kz.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hüftgelenknahe Femurfraktur</td> <td>Trifft zu</td> <td>Trifft zu</td> </tr> <tr> <td>Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk</td> <td>Trifft zu</td> <td>Trifft zu</td> </tr> <tr> <td>in der Herzchirurgie</td> <td>Trifft zu</td> <td>Trifft eher zu</td> </tr> </tbody> </table> <p>Neben den Quartalsvergleichen hat die BQS-Fachgruppe auch berücksichtigt, wie reliabel sich aus</p>	Leistungsbereich	Kz.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	Kz.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	Hüftgelenknahe Femurfraktur	0,4%	0,7%	Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	0,3%	0,6%	Herzchirurgie	3,6%	7,5%	Leistungsbereich	Kz.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	Kz.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Trifft zu	Trifft zu	Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	Trifft zu	Trifft zu	in der Herzchirurgie	Trifft zu	Trifft eher zu
Leistungsbereich	Kz.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	Kz.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung																							
Hüftgelenknahe Femurfraktur	0,4%	0,7%																							
Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	0,3%	0,6%																							
Herzchirurgie	3,6%	7,5%																							
Leistungsbereich	Kz.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	Kz.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung																							
Hüftgelenknahe Femurfraktur	Trifft zu	Trifft zu																							
Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	Trifft zu	Trifft zu																							
in der Herzchirurgie	Trifft zu	Trifft eher zu																							

	klinischer Sicht die Datenfelder für diesen Qualitätsindikator erheben lassen.			
	Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung:			
	Datenfeld	Bezeichnung		
	1	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?		
	6	Gradeinteilung des höchstradigen Dekubitusulkus		
	Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung:			
	Datenfeld	Bezeichnung		
	1	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?		
	4	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?		
	Die BQS-Fachgruppe hat auf dieser Grundlage die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.			
2. Kernaussage des Gütekriteriums				
Es handelt sich um eine reliable Messung.				
3. Bewertungsstufen				
1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu				
4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe				
Kennzahl		Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis
KeZ.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	bei hüftgelenknaher Femurfraktur	3,78	Trifft eher zu – Trifft zu	4
	bei elektiver Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk“	3,78	Trifft eher zu – Trifft zu	4
	in der Herzchirurgie	3,56	Trifft eher zu – Trifft zu	4
KeZ.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	bei hüftgelenknaher Femurfraktur	3,78	Trifft eher nicht zu – Trifft zu	4
	bei elektiver Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk“	3,78	Trifft eher nicht zu – Trifft zu	4
	in der Herzchirurgie	3,00	Trifft nicht zu – Trifft zu	3
5. Ergebnis der Bewertung				
Es handelt sich um eine reliable Messung: Trifft zu				
Statistische Unterscheidungs-fähigkeit	1. Informationsgrundlage für die Bewertung			
	Eine Bewertung erfolgt hinsichtlich der Fähigkeit, Merkmalsunterschiede zwischen Einrichtungen (Diskriminationsfähigkeit) statistisch nachweisen zu können. Die minimale Fallzahl an Eingriffen, die in einem Krankenhaus durchgeführt werden muss, um eine signifikante Abweichung von den 5% besten Krankenhäusern und den 5% schlechtesten Krankenhäusern feststellen zu können, beträgt für diese Qualitätskennzahlen in folgenden Leistungsbereichen:			
	Leistungsbereich	KeZ.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	KeZ.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	

Femurfraktur		
Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	n = 101	n = 69
Herzchirurgie	n = 73	n = 42

Bei KH mit größeren als der festgestellten Mindestfallzahl kann das Erkennen von statistischen Unterschieden auch bei anderen als den denkbar maximalen wie minimalen Ergebnissen möglich sein. Für die zu Grunde liegende Grundgesamtheit „Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme“ bildet es sich wie folgt ab:

Leistungsbereich	Kz.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	Kz.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung
Hüftgelenknahe Femurfraktur	79,8% der Krankenhäuser erreichen die minimale Fallzahl von 34 Eingriffen	87,1% der Krankenhäuser erreichen die minimale Fallzahl von 23 Eingriffen
Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	61,3% der Krankenhäuser erreichen die minimale Fallzahl von 101 Eingriffen	69,7% der Krankenhäuser erreichen die minimale Fallzahl von 69 Eingriffen
Herzchirurgie	100% der Krankenhäuser erreichen die minimale Fallzahl von 73 Eingriffen	100% der Krankenhäuser erreichen die minimale Fallzahl von 42 Eingriffen

Der Bewertungsvorschlag der BQS empfiehlt für die Diskriminationsfähigkeit daher die Bewertungsstufen:

Leistungsbereich	KeZ.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	KeZ.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung
Hüftgelenknahe Femurfraktur	Trifft zu	Trifft zu
Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	Trifft eher zu	Trifft eher zu
Herzchirurgie	Trifft zu	Trifft zu

Die BQS-Fachgruppe hat auf der Grundlage dieses Bewertungsvorschlags die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.

2. Kernaussage des Gütekriteriums

Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht.

3. Bewertungsstufen

- 1 = Trifft nicht zu
- 2 = Trifft eher nicht zu
- 3 = Trifft eher zu
- 4 = Trifft zu

4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe

Kennzahl		Mittelwert	Spannweite	Gerundetes Ergebnis
KeZ.: 50656 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	bei hüftgelenknaher Femurfraktur	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4
	bei elektiver Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	3,22	Trifft eher zu – Trifft zu	3
	in der Herzchirurgie	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4
KeZ.: 48915 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	bei hüftgelenknaher Femurfraktur	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4
	bei elektiver Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	3,33	Trifft eher zu – Trifft zu	3
	in der Herzchirurgie	4,00	Trifft zu (100%-Übereinstimmung)	4

5. Ergebnis der Bewertung

Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht:

Qualitätsindikator	Hüftgelenknaher Femurfraktur	Elektive Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	Herzchirurgie
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft zu

Risikoadjustierung

1. Informationsgrundlage für die Bewertung

Eine Bewertung der Risikoadjustierung erfolgt hinsichtlich folgender drei Punkte:

- Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen
- Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen
- Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode

Die niedrigste Einzelbewertung aus a), b) und c) führt zur Gesamtbewertung. Daher kann bei Ablehnung eines Teilaspekts zur Risikoadjustierung auf eine vollständige Bewertung verzichtet werden.

Zu a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen:

Für diesen Qualitätsindikator berücksichtigte Einflussfaktoren:
8 Medizinische Leistungsbereiche

Weitere nicht berücksichtigte relevante Einflussgrößen:

- Lebensalter
- Insulinpflichtiger Diabetes Mellitus (best. Erkrankungen)
- Mikrobewegung (Mobilitätsfähigkeit)
- Intensivaufenthalt (beinhaltet: Beatmungstherapie, Bewusstseinslage, best. Medikamente)
- Dauer des Intensivaufenthaltes

Zu b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen:

Die Reliabilität eines jeden verwendeten Einflussfaktors wird anhand derselben Methodik bewertet, wie sie für die Zielgröße beim Kriterium Reliabilität beschrieben ist. Daher lautet der Bewertungsvorschlag der BQS zu einer ausreichenden Reliabilität: „Trifft zu“. Es wird darauf hingewiesen, dass die angewendete Methodik als Hilfestellung angesehen wird und eine Einschätzung der Fachgruppe gleichfalls notwendig ist.

Bewertungsempfehlung der BQS:
Die verwendeten Einflussgrößen sind in der Gesamtbewertung reliabel: „Trifft zu“.

Zu c) Aussagekraft der verwendeten Methode (Stratifizierung):

	<p>Ein Vergleich der Krankenhausergebnisse zwischen den Patienten mit elektiven Eingriffen (z.B. Orthopädie) und nicht elektiven Eingriffen (z.B. hüftgelenknahe Femurfraktur), kann unterschiedliche Ergebnisse dieses Indikators liefern. Daher lautet die Empfehlung der BQS zur Angemessenheit der Methodik: „Trifft zu“.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>a) Es sind alle relevanten Einflussfaktoren auf das Ergebnis des Qualitätsindikators berücksichtigt, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht von der Qualität des Leistungserbringers abhängen - nicht gleichmäßig über alle Leistungserbringer verteilt sind - in gemeinsamer Betrachtung mit den berücksichtigten Einflussfaktoren noch relevanten Einfluss aufweisen - bei Nichtberücksichtigung das Ergebnis zum Qualitätsziel tatsächlich verzerren <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>b) Es handelt sich bei den Einflussfaktoren um eine insgesamt reliable Messung.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>c) Die Methode der Risikoadjustierung ist geeignet, um eine unverzerrte Aussage hinsichtlich des Qualitätsziels treffen zu können.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen Mittelwert: 1,56 Spannweite: Trifft nicht zu – Trifft eher zu Gerundetes Ergebnis: 2</p> <p>b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen Mittelwert: 3,78 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>c) Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode Mittelwert: 1,78 Spannweite: Trifft nicht zu – Trifft eher zu Gerundetes Ergebnis: 2</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert. trifft eher nicht zu</p>
<p>Validität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung der Inhaltsvalidität erfolgt durch die Fachgruppe auf der Basis der Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Qualitätskennzahl, der Rationalen und der Rechenregel in der BQS-Qualitätsindikatoren-Datenbank (www.bqs-qualitaetsindikatoren.de).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p>

	<p>Der Indikator ist ausreichend valide.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend valide: Trifft zu</p>
Praktikabilität	
<p>Verständlichkeit für Patienten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung erfolgte durch die BQS-Fachgruppe. Es wurde beurteilt, ob die Bedeutung des Indikators und seines Ergebnisses in laienverständlicher Sprache klar und eindeutig kommuniziert werden kann.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,78 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden: Trifft zu</p>
<p>Beeinflussbarkeit</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung ist erfolgt auf der Basis der fachlichen Erfahrung des Expertengremiums.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p>

	<p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann: Trifft zu</p>
<p>Richtigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Für die Qualitätsindikatoren der BQS wird ein formales Verfahren zur Überprüfung der Richtigkeit der Dokumentation fortlaufend eingesetzt. In diesem Verfahren wird die Dokumentation für die Qualitätssicherung gegen die Referenz der Patientenakte geprüft. Von einer sorgfältig geführten Patientenakte wird erwartet, dass die geforderten Informationen dokumentiert sind. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
<p>Vollständigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollständigkeit der Daten: Alle Bestandteile des Datensatzes zum Qualitätsindikator sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung harter Plausibilitätsregeln gewährleistet, dass nur vollständig ausgefüllte Datensätze abgeliefert werden können. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>

<p>Vollständigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollständigkeit der Daten: Alle dokumentationspflichtigen Datensätze sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung der QS-Filter-Sollstatistik gewährleistet, dass eine Vollständigkeitsprüfung durchgeführt werden kann. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
----------------------------------	---

50656

Kennzahl			
ID-Kennzahl	50656		
Ergänzung Bezeichnung QI	Beobachtete Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung		
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert		
Referenzbereich 2006	Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 erfolgte mit neuem Datensatz. Daher entfällt die Darstellung des Referenzbereichs für das Erfassungsjahr 2006.		
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Der Referenzbereich wird für die risikoadjustierte Rate definiert.		
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich		
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme		
Erläuterung der Rechenregel	-		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:		
	Item	Bezeichnung	Schlüssel
	DEK: 9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja
DEK: 17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	DEKUBITALULZERAAUFNAHME HOECHSTGRADENT
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0		
Teildatensatzbezug	DEK:B		
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-		
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.		
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte und sich die Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren verändert hat. Die Auswertung bezieht sich 2007 auf alle Patienten, die im 1. Quartal 2007 stationär aufgenommen wurden und zum Aufnahmezeitpunkt >= 75 Jahre alt waren.		

48915

Kennzahl													
ID-Kennzahl	48915												
Ergänzung Bezeichnung QI	Beobachtete Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung												
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert												
Referenzbereich 2006	Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 erfolgte mit einem neuen Datensatz. Daher entfällt die Darstellung des Referenzbereiches für das Erfassungsjahr 2006.												
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Der Referenzbereich wird für die risikoadjustierte Rate definiert.												
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 10.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEK: 9</td> <td>Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAAUFNAHME</td> </tr> <tr> <td>DEK: 16</td> <td>Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAENTLASSUNG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	DEK: 9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME	DEK: 16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
DEK: 9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME										
DEK: 16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0												
Teildatensatzbezug	DEK:B												
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte und sich die Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren verändert hat. Die Auswertung bezieht sich 2007 auf alle Patienten, die im 1. Quartal 2007 stationär aufgenommen wurden und zum Aufnahmezeitpunkt ≥ 75 Jahre alt waren.												

82092

Kennzahl																																																												
ID-Kennzahl	82092																																																											
Ergänzung Bezeichnung QI	Verhältnis der beobachteten Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung zur erwarteten Rate																																																											
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																																																											
Referenzbereich 2006	Die Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt.																																																											
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Der Referenzbereich wird für die risikoadjustierte Rate definiert.																																																											
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich																																																											
Rechenregel	<p>O / E</p> <p><u>O (observed) ist der beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen werden:</u></p> <p>Zähler: Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen werden</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score I</p> <p><u>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 I und wird berechnet als</u></p> <p>Mittelwert des Dekubitus-Scores I mit der</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score I</p>																																																											
Erläuterung der Rechenregel	<p>Dekubitus-Score I</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risikofaktor / protektiver Faktor</th> <th>Regressionskoeffizient</th> <th>Standardfehler</th> <th>p-Wert</th> <th>Odds-Ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konstante</td> <td>beta1_konst</td> <td>SE1_konst</td> <td>p1_konst</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alter (80 bis 84)</td> <td>beta1_alter80</td> <td>SE1_alter80</td> <td>p1_alter80</td> <td>OR1_alter80</td> </tr> <tr> <td>Alter (85 bis 89)</td> <td>beta1_alter85</td> <td>SE1_alter85</td> <td>p1_alter85</td> <td>OR1_alter85</td> </tr> <tr> <td>Alter (90 bis 94)</td> <td>beta1_alter90</td> <td>SE1_alter90</td> <td>p1_alter90</td> <td>OR1_alter90</td> </tr> <tr> <td>Alter (>= 95)</td> <td>beta1_alter95</td> <td>SE1_alter95</td> <td>p1_alter95</td> <td>OR1_alter95</td> </tr> <tr> <td>Mikrobewegungen bei Aufnahme</td> <td>beta1_mikroaufn</td> <td>SE1_mikroauf</td> <td>p1_mikroauf</td> <td>OR1_mikroauf</td> </tr> <tr> <td>Mikrobewegungen bei Entlassung</td> <td>beta1_mikroentl</td> <td>SE1_mikroent</td> <td>p1_mikroent</td> <td>OR1_mikroent</td> </tr> <tr> <td>Intensivbehandlung >= 24h</td> <td>beta1_its24plus</td> <td>SE1_its24plus</td> <td>p1_its24plus</td> <td>OR1_its24plus</td> </tr> <tr> <td>Intensivbehandlungsdauer (Tage)</td> <td>beta1_itstage</td> <td>SE1_itstage</td> <td>p1_itstage</td> <td>OR1_itstage</td> </tr> <tr> <td>Diabetes mellitus</td> <td>beta1_diab</td> <td>SE1_diab</td> <td>p1_diab</td> <td>OR1_diab</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabelle 1: Ergebnis der multiplen logistischen Regression</p> <p>Der Mittelwert des Dekubitus-Scores I wird auf Patientenbasis berechnet. Es lässt sich für jeden Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score I 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. Dieser Dekubitus-Score-I-Wert berechnet sich dabei folgendermaßen:</p>					Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio	Konstante	beta1_konst	SE1_konst	p1_konst		Alter (80 bis 84)	beta1_alter80	SE1_alter80	p1_alter80	OR1_alter80	Alter (85 bis 89)	beta1_alter85	SE1_alter85	p1_alter85	OR1_alter85	Alter (90 bis 94)	beta1_alter90	SE1_alter90	p1_alter90	OR1_alter90	Alter (>= 95)	beta1_alter95	SE1_alter95	p1_alter95	OR1_alter95	Mikrobewegungen bei Aufnahme	beta1_mikroaufn	SE1_mikroauf	p1_mikroauf	OR1_mikroauf	Mikrobewegungen bei Entlassung	beta1_mikroentl	SE1_mikroent	p1_mikroent	OR1_mikroent	Intensivbehandlung >= 24h	beta1_its24plus	SE1_its24plus	p1_its24plus	OR1_its24plus	Intensivbehandlungsdauer (Tage)	beta1_itstage	SE1_itstage	p1_itstage	OR1_itstage	Diabetes mellitus	beta1_diab	SE1_diab	p1_diab	OR1_diab
Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio																																																								
Konstante	beta1_konst	SE1_konst	p1_konst																																																									
Alter (80 bis 84)	beta1_alter80	SE1_alter80	p1_alter80	OR1_alter80																																																								
Alter (85 bis 89)	beta1_alter85	SE1_alter85	p1_alter85	OR1_alter85																																																								
Alter (90 bis 94)	beta1_alter90	SE1_alter90	p1_alter90	OR1_alter90																																																								
Alter (>= 95)	beta1_alter95	SE1_alter95	p1_alter95	OR1_alter95																																																								
Mikrobewegungen bei Aufnahme	beta1_mikroaufn	SE1_mikroauf	p1_mikroauf	OR1_mikroauf																																																								
Mikrobewegungen bei Entlassung	beta1_mikroentl	SE1_mikroent	p1_mikroent	OR1_mikroent																																																								
Intensivbehandlung >= 24h	beta1_its24plus	SE1_its24plus	p1_its24plus	OR1_its24plus																																																								
Intensivbehandlungsdauer (Tage)	beta1_itstage	SE1_itstage	p1_itstage	OR1_itstage																																																								
Diabetes mellitus	beta1_diab	SE1_diab	p1_diab	OR1_diab																																																								

	<p>Ausgehend vom logistischen Regressionsmodell</p> $\ln \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \dots + \beta_n \cdot x_n,$ <p>mit den Risikofaktoren x_1, \dots, x_n, der Konstanten β_0 und den Regressionskoeffizienten β_1, \dots, β_n lässt sich die Wahrscheinlichkeit p, mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen zu werden, nun für jeden Patienten mit vollständigen Angaben zu den in Tabelle 1 aufgelisteten Risikofaktoren unter Berücksichtigung seiner individuellen Risikostruktur berechnen:</p> $p = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}.$																																												
<p>Verwendete Datenfelder</p>	<p>Feldnamen 10.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>Geburtsdatum</td> <td></td> <td>GEBDATUM</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Aufnahmedatum Krankenhaus</td> <td></td> <td>AUFNDATUM</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Mikrobewegungen bei Aufnahme</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>MIKROBEWEGAUF</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DIABEMELLITJN</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAAUFNAHME</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Mikrobewegungen bei Entlassung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>MIKROBEWEGENT</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>ITS24PLUS</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Dauer der Intensivbehandlung</td> <td></td> <td>ITSTAGE</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAENTLASSUNG</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus</td> <td>1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung</td> <td>HOECHSTGRADENT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	4	Geburtsdatum		GEBDATUM	5	Aufnahmedatum Krankenhaus		AUFNDATUM	7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF	8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN	9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME	13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT	14	Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS	15	Dauer der Intensivbehandlung		ITSTAGE	16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG	17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																																										
4	Geburtsdatum		GEBDATUM																																										
5	Aufnahmedatum Krankenhaus		AUFNDATUM																																										
7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF																																										
8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN																																										
9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME																																										
13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT																																										
14	Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS																																										
15	Dauer der Intensivbehandlung		ITSTAGE																																										
16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG																																										
17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT																																										
<p>Datenbasis BQS-Spezifikation</p>	<p>10.0</p>																																												
<p>Teildatensatzbezug</p>	<p>DEK:B</p>																																												
<p>Kommentar zur Kennzahl (BQS)</p>	<p>Das Modell zur Risikoadjustierung kann erst aufgestellt werden, wenn der BQS-Bundesdatenpool 2007 vorliegt. Daher sind die oben stehenden Angaben vorläufig. Deshalb werden Platzhalter verwendet, die zu ersetzen sind, sobald die entsprechenden Werte vorliegen. Auch die Definition der einzelnen unabhängigen Variablen (Faktoren) kann sich im Zuge der Modellierung noch ändern.</p>																																												
<p>Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung</p>	<p>Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.</p>																																												

Pflege: Dekubitusprophylaxe

<p>2006</p> <p>Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen</p>	<p>Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Diese Kennzahl wird 2007 erstmals berechnet.</p>
---	--

82102

Kennzahl						
ID-Kennzahl	82102					
Ergänzung Bezeichnung QI	Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung					
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)					
Referenzbereich 2006	Die Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt.					
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Festlegung eines evidenzbasierten Referenzbereichs (Zielbereich) ist derzeit nicht möglich. Studien mit risikoadjustierten Dekubituskennzahlen beziehen sich auf verschiedene Risikoeinschätzungsskalen, einzelne Risikofaktoren (Ernährungsstatus mit BMI, Inkontinenz etc.) oder auf die risikoadjustierte Dekubitusprävalenz im Gegensatz zur Dekubitusinzidenz. Aus diesen Gründen entscheidet sich die BQS-Fachgruppe für die Festlegung eines Referenzbereichs (Toleranzbereich) auf der Basis von Perzentilen. Mit der Einführung des neuen Indikators werden erstmals Fachabteilungen dokumentationspflichtig, die bisher noch nicht mit der externen QS-Dokumentation in Berührung kamen. Aus diesem Grund möchte die BQS-Fachgruppe im ersten Erfassungsjahr des neuen Indikators in der Festlegung der Referenzbereiche Vorsicht walten lassen und wählt die obere Bereichsgrenze für auffällige Krankenhäuser mit hohen Raten enger als in den Vorjahren (bisher 90%-Perzentil).					
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Logistische Regression					
Rechenregel	<p>$O / E * O_{\text{Gesamt}}$</p> <p><u>O (observed) ist der beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen werden:</u></p> <p>Zähler: Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen werden</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score I</p> <p><u>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 I und wird berechnet als</u></p> <p>Mittelwert des Dekubitus-Scores I mit der</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score I</p> <p><u>O_{Gesamt} ist der bundesweit beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen werden</u></p> <p>Zähler: Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen werden</p> <p>Grundgesamtheit: Bundesweit alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score I</p>					
Erläuterung der Rechenregel	<p>O_{Gesamt}:</p> <p><u>Der bundesweit beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen werden, beruht auf dem BQS-Bundesdatenpool 2007 und beträgt:</u></p> <p>O_{Gesamt} = x%.</p> <p>Dekubitus-Score I:</p> <table border="1" data-bbox="395 1899 1457 1960"> <tr> <td>Risikofaktor / protektiver Faktor</td> <td>Regressionskoeffizient</td> <td>Standardfehler</td> <td>p-Wert</td> <td>Odds-Ratio</td> </tr> </table>	Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio
Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio		

Konstante	beta1_konst	SE1_konst	p1_konst	
Alter (80 bis 84)	beta1_alter80	SE1_alter80	p1_alter80	OR1_alter80
Alter (85 bis 89)	beta1_alter85	SE1_alter85	p1_alter85	OR1_alter85
Alter (90 bis 94)	beta1_alter90	SE1_alter90	p1_alter90	OR1_alter90
Alter (>= 95)	beta1_alter95	SE1_alter95	p1_alter95	OR1_alter95
Mikrobewegungen bei Aufnahme	beta1_mikroaufn	SE1_mikroauf	p1_mikroauf	OR1_mikroauf
Mikrobewegungen bei Entlassung	beta1_mikroentl	SE1_mikroent	p1_mikroent	OR1_mikroent
Intensivbehandlung >= 24h	beta1_its24plus	SE1_its24plus	p1_its24plus	OR1_its24plus
Intensivbehandlungsdauer (Tage)	beta1_itstage	SE1_itstage	p1_itstage	OR1_itstage
Diabetes mellitus	beta1_diab	SE1_diab	p1_diab	OR1_diab

Tabelle 1: Ergebnis der multiplen logistischen Regression

Der Mittelwert des Dekubitus-Scores I wird auf Patientenbasis berechnet. Es lässt sich für jeden Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score I 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. Dieser Dekubitus-Score-I-Wert berechnet sich dabei folgendermaßen:

Ausgehend vom logistischen Regressionsmodell

$$\ln \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \dots + \beta_n \cdot x_n,$$

mit den Risikofaktoren x_1, \dots, x_n , der Konstanten β_0 und den Regressionskoeffizienten β_1, \dots, β_n lässt sich die Wahrscheinlichkeit p , mit Dekubitus Grad 2 bis 4 entlassen zu werden, nun für jeden Patienten mit vollständigen Angaben zu den in Tabelle 1 aufgelisteten Risikofaktoren unter Berücksichtigung seiner individuellen Risikostruktur berechnen:

$$p = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}.$$

Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	4	Geburtsdatum		GEBDATUM
	5	Aufnahmedatum Krankenhaus		AUFNDATUM
	7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF
	8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN
	9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME
	13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT
	14	Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS
	15	Dauer der Intensivbehandlung		ITSTAGE
16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG	

Pflege: Dekubitusprophylaxe

	17	Dekubitalulzera vor? Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0			
Teildatensatzbezug	DEK:B			
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Das Modell zur Risikoadjustierung kann erst aufgestellt werden, wenn der BQS-Bundesdatenpool 2007 vorliegt. Daher sind die oben stehenden Angaben vorläufig. Deshalb werden Platzhalter verwendet, die zu ersetzen sind, sobald die entsprechenden Werte vorliegen. Auch die Definition der einzelnen unabhängigen Variablen (Faktoren) kann sich im Zuge der Modellierung noch ändern.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Diese Kennzahl wird 2007 erstmals berechnet.			

82115

Kennzahl																																																								
ID-Kennzahl	82115																																																							
Ergänzung Bezeichnung QI	Verhältnis der beobachteten Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung zur erwarteten Rate																																																							
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																																																							
Referenzbereich 2006	Die Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt.																																																							
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Der Referenzbereich wird für die risikoadjustierte Rate definiert.																																																							
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich																																																							
Rechenregel	<p>O / E</p> <p><u>O (observed) ist der beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden:</u></p> <p>Zähler: Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score II</p> <p><u>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</u></p> <p>Mittelwert des Dekubitus-Scores II mit der</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score II</p>																																																							
Erläuterung der Rechenregel	<p>Dekubitus-Score II</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risikofaktor / protektiver Faktor</th> <th>Regressionskoeffizient</th> <th>Standardfehler</th> <th>p-Wert</th> <th>Odds-Ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konstante</td> <td>beta2_konst</td> <td>SE2_konst</td> <td>p2_konst</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alter (80 bis 84)</td> <td>beta2_alter80</td> <td>SE2_alter80</td> <td>p2_alter80</td> <td>OR2_alter80</td> </tr> <tr> <td>Alter (85 bis 89)</td> <td>beta2_alter85</td> <td>SE2_alter85</td> <td>p2_alter85</td> <td>OR2_alter85</td> </tr> <tr> <td>Alter (90 bis 94)</td> <td>beta2_alter90</td> <td>SE2_alter90</td> <td>p2_alter90</td> <td>OR2_alter90</td> </tr> <tr> <td>Alter (>=95)</td> <td>beta2_alter95</td> <td>SE2_alter95</td> <td>p2_alter95</td> <td>OR2_alter95</td> </tr> <tr> <td>Mikrobewegungen bei Aufnahme</td> <td>beta2_mikroaufn</td> <td>SE2_mikroauf</td> <td>p2_mikroauf</td> <td>OR2_mikroauf</td> </tr> <tr> <td>Mikrobewegungen bei Entlassung</td> <td>beta2_mikroentl</td> <td>SE2_mikroent</td> <td>p2_mikroent</td> <td>OR2_mikroent</td> </tr> <tr> <td>Intensivbehandlung >=24h</td> <td>beta2_its24plus</td> <td>SE2_its24plus</td> <td>p2_its24plus</td> <td>OR2_its24plus</td> </tr> <tr> <td>Intensivbehandlungsdauer (Tage)</td> <td>beta2_itstage</td> <td>SE2_itstage</td> <td>p2_itstage</td> <td>OR2_itstage</td> </tr> <tr> <td>Diabetes mellitus</td> <td>beta2_diab</td> <td>SE2_diab</td> <td>p2_diab</td> <td>OR2_diab</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabelle 1: Ergebnis der multiplen logistischen Regression</p> <p>Der Mittelwert des Dekubitus-Score II wird auf Patientenbasis berechnet. Es lässt sich für jeden Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score II 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. Dieser Dekubitus-Score-II-Wert berechnet sich dabei folgendermaßen:</p>	Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio	Konstante	beta2_konst	SE2_konst	p2_konst		Alter (80 bis 84)	beta2_alter80	SE2_alter80	p2_alter80	OR2_alter80	Alter (85 bis 89)	beta2_alter85	SE2_alter85	p2_alter85	OR2_alter85	Alter (90 bis 94)	beta2_alter90	SE2_alter90	p2_alter90	OR2_alter90	Alter (>=95)	beta2_alter95	SE2_alter95	p2_alter95	OR2_alter95	Mikrobewegungen bei Aufnahme	beta2_mikroaufn	SE2_mikroauf	p2_mikroauf	OR2_mikroauf	Mikrobewegungen bei Entlassung	beta2_mikroentl	SE2_mikroent	p2_mikroent	OR2_mikroent	Intensivbehandlung >=24h	beta2_its24plus	SE2_its24plus	p2_its24plus	OR2_its24plus	Intensivbehandlungsdauer (Tage)	beta2_itstage	SE2_itstage	p2_itstage	OR2_itstage	Diabetes mellitus	beta2_diab	SE2_diab	p2_diab	OR2_diab
Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio																																																				
Konstante	beta2_konst	SE2_konst	p2_konst																																																					
Alter (80 bis 84)	beta2_alter80	SE2_alter80	p2_alter80	OR2_alter80																																																				
Alter (85 bis 89)	beta2_alter85	SE2_alter85	p2_alter85	OR2_alter85																																																				
Alter (90 bis 94)	beta2_alter90	SE2_alter90	p2_alter90	OR2_alter90																																																				
Alter (>=95)	beta2_alter95	SE2_alter95	p2_alter95	OR2_alter95																																																				
Mikrobewegungen bei Aufnahme	beta2_mikroaufn	SE2_mikroauf	p2_mikroauf	OR2_mikroauf																																																				
Mikrobewegungen bei Entlassung	beta2_mikroentl	SE2_mikroent	p2_mikroent	OR2_mikroent																																																				
Intensivbehandlung >=24h	beta2_its24plus	SE2_its24plus	p2_its24plus	OR2_its24plus																																																				
Intensivbehandlungsdauer (Tage)	beta2_itstage	SE2_itstage	p2_itstage	OR2_itstage																																																				
Diabetes mellitus	beta2_diab	SE2_diab	p2_diab	OR2_diab																																																				

	<p>Ausgehend vom logistischen Regressionsmodell</p> $\ln \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \dots + \beta_n \cdot x_n,$ <p>mit den Risikofaktoren x_1, \dots, x_n, der Konstanten β_0 und den Regressionskoeffizienten β_1, \dots, β_n lässt sich die Wahrscheinlichkeit p, mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen zu werden, nun für jeden Patienten mit vollständigen Angaben zu den in Tabelle 1 aufgelisteten Risikofaktoren unter Berücksichtigung seiner individuellen Risikostruktur berechnen:</p> $p = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}.$																																												
<p>Verwendete Datenfelder</p>	<p>Feldnamen 10.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>Geburtsdatum</td> <td></td> <td>GEBDATUM</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Aufnahmedatum Krankenhaus</td> <td></td> <td>AUFNDATUM</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Mikrobewegungen bei Aufnahme</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>MIKROBEWEGAUF</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DIABEMELLITJN</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAAUFNAHME</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Mikrobewegungen bei Entlassung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>MIKROBEWEGENT</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>ITS24PLUS</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Dauer der Intensivbehandlung</td> <td></td> <td>ITSTAGE</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAENTLASSUNG</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus</td> <td>1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung</td> <td>HOECHSTGRADENT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	4	Geburtsdatum		GEBDATUM	5	Aufnahmedatum Krankenhaus		AUFNDATUM	7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF	8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN	9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME	13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT	14	Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS	15	Dauer der Intensivbehandlung		ITSTAGE	16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG	17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																																										
4	Geburtsdatum		GEBDATUM																																										
5	Aufnahmedatum Krankenhaus		AUFNDATUM																																										
7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF																																										
8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN																																										
9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME																																										
13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT																																										
14	Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS																																										
15	Dauer der Intensivbehandlung		ITSTAGE																																										
16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG																																										
17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT																																										
<p>Datenbasis BQS-Spezifikation</p>	<p>10.0</p>																																												
<p>Teildatensatzbezug</p>	<p>DEK:B</p>																																												
<p>Kommentar zur Kennzahl (BQS)</p>	<p>Das Modell zur Risikoadjustierung kann erst aufgestellt werden, wenn der BQS-Bundesdatenpool 2007 vorliegt. Daher sind die oben stehenden Angaben vorläufig. Deshalb werden Platzhalter verwendet, die zu ersetzen sind, sobald die entsprechenden Werte vorliegen. Auch die Definition der einzelnen unabhängigen Variablen (Faktoren) kann sich im Zuge der Modellierung noch ändern.</p>																																												
<p>Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006</p>	<p>Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.</p>																																												

Pflege: Dekubitusprophylaxe

<p>Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen</p>	<p>Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Diese Kennzahl wird 2007 erstmals berechnet.</p>
---	--

82119

Kennzahl						
ID-Kennzahl	82119					
Ergänzung Bezeichnung QI	Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung					
Referenzbereich 2007	$\leq x\%$ (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)					
Referenzbereich 2006	Die Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt.					
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Festlegung eines evidenzbasierten Referenzbereichs (Zielbereich) ist derzeit nicht möglich. Studien mit risikoadjustierten Dekubituskennzahlen beziehen sich auf verschiedene Risikoeinschätzungsskalen, einzelne Risikofaktoren (Ernährungsstatus mit BMI, Inkontinenz etc.) oder auf die risikoadjustierte Dekubitusprävalenz im Gegensatz zur Dekubitusinzidenz. Aus diesen Gründen entscheidet sich die BQS-Fachgruppe für die Festlegung eines Referenzbereichs (Toleranzbereich) auf der Basis von Perzentilen. Mit der Einführung des neuen Indikators werden erstmals Fachabteilungen dokumentationspflichtig, die bisher noch nicht mit der externen QS-Dokumentation in Berührung kamen. Aus diesem Grund möchte die BQS-Fachgruppe im ersten Erfassungsjahr des neuen Indikators in der Festlegung der Referenzbereiche Vorsicht walten lassen und wählt die obere Bereichsgrenze für auffällige Krankenhäuser mit hohen Raten enger als in den Vorjahren (bisher 90%-Perzentil).					
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Logistische Regression					
Rechenregel	$O / E * O_{\text{Gesamt}}$ <u>O (observed) ist der beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden:</u> Zähler: Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score II <u>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</u> Mittelwert des Dekubitus-Score II mit der Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score II <u>O_{Gesamt} ist der bundesweit beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden</u> Zähler: Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden Grundgesamtheit: Bundesweit alle Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum logistischen Dekubitus-Score II					
Erläuterung der Rechenregel	O_{Gesamt}: <u>Der bundesweit beobachtete Anteil von Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen werden, beruht auf dem BQS-Bundesdatenpool 2007 und beträgt:</u> $O_{\text{Gesamt}} = x\%$ Dekubitus-Score II: <table border="1" data-bbox="395 1899 1457 1953"> <tr> <td>Risikofaktor / protektiver Faktor</td> <td>Regressionskoeffizient</td> <td>Standardfehler</td> <td>p-Wert</td> <td>Odds-Ratio</td> </tr> </table>	Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio
Risikofaktor / protektiver Faktor	Regressionskoeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio		

Konstante	beta2_konst	SE2_konst	p2_konst	
Alter (80 bis 84)	beta2_alter80	SE2_alter80	p2_alter80	OR2_alter80
Alter (85 bis 89)	beta2_alter85	SE2_alter85	p2_alter85	OR2_alter85
Alter (90 bis 94)	beta2_alter90	SE2_alter90	p2_alter90	OR2_alter90
Alter (>= 95)	beta2_alter95	SE2_alter95	p2_alter95	OR2_alter95
Mikrobewegungen bei Aufnahme	beta2_mikroaufn	SE2_mikroauf	p2_mikroauf	OR2_mikroauf
Mikrobewegungen bei Entlassung	beta2_mikroentl	SE2_mikroent	p2_mikroent	OR2_mikroent
Intensivbehandlung >= 24h	beta2_its24plus	SE2_its24plus	p2_its24plus	OR2_its24plus
Intensivbehandlungsdauer (Tage)	beta2_itstage	SE2_itstage	p2_itstage	OR2_itstage
Diabetes mellitus	beta2_diab	SE2_diab	p2_diab	OR2_diab

Tabelle 1: Ergebnis der multiplen logistischen Regression

Der Mittelwert des Dekubitus-Scores II wird auf Patientenbasis berechnet. Es lässt sich für jeden Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score II 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. Dieser Dekubitus-Score-II-Wert berechnet sich dabei folgendermaßen:

Ausgehend vom logistischen Regressionsmodell

$$\ln \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \dots + \beta_n \cdot x_n,$$

mit den Risikofaktoren x_1, \dots, x_n , der Konstanten β_0 und den Regressionskoeffizienten β_1, \dots, β_n lässt sich die Wahrscheinlichkeit p , mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) entlassen zu werden, nun für jeden Patienten mit vollständigen Angaben zu den in Tabelle 1 aufgelisteten Risikofaktoren unter Berücksichtigung seiner individuellen Risikostruktur berechnen:

$$p = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}.$$

Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	4	Geburtsdatum		GEBDATUM
	5	Aufnahmedatum Krankenhaus		AUFNDATUM
	7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF
	8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN
	9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME
	13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT
	14	Kontinuierliche Intensivbehandlung >=24h	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS
	15	Dauer der Intensivbehandlung		ITSTAGE
16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG	

Pflege: Dekubitusprophylaxe

	17	Dekubitalulzera vor? Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0			
Teildatensatzbezug	DEK:B			
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Das Modell zur Risikoadjustierung kann erst aufgestellt werden, wenn der BQS-Bundesdatenpool 2007 vorliegt. Daher sind die oben stehenden Angaben vorläufig. Deshalb werden Platzhalter verwendet, die zu ersetzen sind, sobald die entsprechenden Werte vorliegen. Auch die Definition der einzelnen unabhängigen Variablen (Faktoren) kann sich im Zuge der Modellierung noch ändern.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Diese Kennzahl wird 2007 erstmals berechnet.			

Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung, organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulzera Grad 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Literaturverzeichnis	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.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

70310

Kennzahl																	
ID-Kennzahl	70310																
Ergänzung Bezeichnung QI	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme																
Referenzbereich 2007	Sentinel Event																
Referenzbereich 2006	Sentinel Event																
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Ein Dekubitus des Grades 4, der während eines Krankenhausaufenthaltes neu auftritt, stellt eine äußerst schwerwiegende und oft vermeidbare Komplikation dar und kann auf unzureichende prophylaktische und therapeutische Versorgungsleistungen hinweisen. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sollte bei allen diesen Fällen eine differenzierte Einzelfallanalyse erfolgen. Die Fachgruppe gibt zu bedenken, dass die Abgrenzung zwischen Grad 3 und 4 im Krankenhausalltag häufig problematisch ist und diesbezüglich ein erhöhter Schulungsbedarf notwendig ist.																
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 10.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEK: 9</td> <td>Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAUFNAHME</td> </tr> <tr> <td>DEK: 16</td> <td>Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAENTLASSUNG</td> </tr> <tr> <td>DEK: 17</td> <td>Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus</td> <td>1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung</td> <td>HOECHSTGRADENT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	DEK: 9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAUFNAHME	DEK: 16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG	DEK: 17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
DEK: 9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAUFNAHME														
DEK: 16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG														
DEK: 17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT														
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0																
Teildatensatzbezug	DEK:B																
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-																
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.																
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte und sich die Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren verändert hat. Die Auswertung bezieht sich 2007 auf alle Patienten, die im 1. Quartal 2007 stationär aufgenommen wurden und zum Aufnahmezeitpunkt >= 75 Jahre																

Pflege: Dekubitusprophylaxe

	alt waren.
--	------------

79659

Kennzahl																																			
ID-Kennzahl	79659																																		
Ergänzung Bezeichnung QI	Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren																																		
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																																		
Referenzbereich 2006	Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 erfolgte mit einem neuen Datensatz. Daher entfällt die Darstellung des Referenzbereichs für das Erfassungsjahr 2006.																																		
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sollen in einer fachlichen Auseinandersetzung Erfahrungen mit neurologischen, internistischen und anderen „neuen“ Fachbereichen hinsichtlich dieser schwerwiegenden Komplikation gesammelt werden. Deshalb soll bei allen neu aufgetretenen Dekubitalulzera Grad 4 (KEZ 70310) eine Einzelfallanalyse erfolgen.																																		
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich																																		
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren bei Aufnahme und Entlassung																																		
Erläuterung der Rechenregel	-																																		
Verwendete Datenfelder	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEK: 7</td> <td>Mikrobewegungen bei Aufnahme</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>MIKROBEWEGAUF</td> </tr> <tr> <td>DEK: 8</td> <td>Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DIABEMELLITJN</td> </tr> <tr> <td>DEK: 9</td> <td>Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAAUFNAHME</td> </tr> <tr> <td>DEK: 13</td> <td>Mikrobewegungen bei Entlassung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>MIKROBEWEGENT</td> </tr> <tr> <td>DEK: 14</td> <td>kontinuierliche Intensivbehandlung >= 24 Stunden</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>ITS24PLUS</td> </tr> <tr> <td>DEK: 16</td> <td>Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>DEKUBITALULZERAENTLASSUNG</td> </tr> <tr> <td>DEK: 17</td> <td>Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus</td> <td>1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung</td> <td>HOECHSTGRADENT</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	DEK: 7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF	DEK: 8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN	DEK: 9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME	DEK: 13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT	DEK: 14	kontinuierliche Intensivbehandlung >= 24 Stunden	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS	DEK: 16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG	DEK: 17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																																
DEK: 7	Mikrobewegungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGAUF																																
DEK: 8	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	DIABEMELLITJN																																
DEK: 9	Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAAUFNAHME																																
DEK: 13	Mikrobewegungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	MIKROBEWEGENT																																
DEK: 14	kontinuierliche Intensivbehandlung >= 24 Stunden	0 = nein 1 = ja	ITS24PLUS																																
DEK: 16	Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor?	0 = nein 1 = ja	DEKUBITALULZERAENTLASSUNG																																
DEK: 17	Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus	1 = Dekubitus 1. Grades: Umschriebene Rötung bei intakter Haut 2 = Dekubitus 2. Grades: Hautdefekt 3 = Dekubitus 3. Grades: Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen 4 = Dekubitus 4. Grades: Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung	HOECHSTGRADENT																																
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0																																		
Teildatensatzbezug	DEK: B																																		

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Darstellung der Vorjahresdaten entfällt, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Daher sind die Ergebnisse der beiden Auswertungsjahre nicht miteinander vergleichbar.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist nicht gegeben, da die Dokumentation im Erfassungsjahr 2007 mit einem neuen Datensatz erfolgte. Diese Kennzahl wird 2007 erstmals berechnet.