



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Dekubitusprophylaxe

Auswertung 2019

Modul DEK

Inhaltsverzeichnis

1 Basisstatistik

- 1 Datenübermittlungen Allgemein
- 2 QS-Daten: Patienten
- 3 QS-Daten: Aufnahme/Entlassung
- 4 QS-Daten: Risikofaktoren
- 5 QS-Daten: Dekubitus
- 6 Abrechnungsdaten/Risikostatistik

2 Qualitätsindikatoren

1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
- Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
- Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
- Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
- Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

3 Qualitätsindikatoren

- 1 Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren
- 2 Einzeldarstellung: Dokumentationsqualität

4 Spezielle Dokumentation

1 Einzelfallauflistung

- 1 Indikator 52009 (beobachtete Fälle)
- 2 Höchster Dekubitus Grad 4 bei Aufnahme nicht vorhanden

Inhalt »

Allgemeine Hinweise

Diese Auswertung wurde von der Geschäftsstelle der BAQ für die verschiedenen Module der Qualitätssicherungsprojekte entwickelt.

Basisstatistik: Grundlegende Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken und im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres. Da die Ergebnisse des Vorjahres auf den Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres basieren, können Veränderungen in den Erhebungsbögen und daraus resultierende Anpassungen der Rechenregeln zu geringgradig differierenden Vorjahreswerten führen. In einzelnen Modulen werden zusätzlich die Ergebnisse spezifischer Vergleichskollektive ausgewiesen.

Qualitätsindikatoren-Übersicht: Tabellarische Übersicht zu den Ergebnissen sämtlicher Qualitätsindikatoren.

Qualitätsindikatoren-Einzeldarstellung: Detaillierte Informationen und graphische Darstellungen zur Analyse der einzelnen Qualitätsindikatoren. Für eine klinikinterne Analyse sind die Vorgangsnummern eingeblendet. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfolgt ebenso wie die Festlegung der Referenzwerte nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln des Instituts nach § 137 SGB V. Die Rechenregeln können auf der Homepage des Instituts eingesehen werden. Zusätzliche landesspezifische Qualitätsindikatoren, die in Abstimmung mit der Fachkommission entwickelt wurden, sind gekennzeichnet.

Einzelfallanalyse: Vorgangsnummern zu Fällen, die für eine zusätzliche von den Qualitätsindikatoren unabhängige Einzelfallanalyse von Interesse sein können.

Detailstatistik: In ausgewählten Leistungsbereichen detailliertere Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog zu der Basisstatistik.

Modulspezifische Hinweise

Seit dem Jahr 2013 basiert die Jahresauswertung sowohl auf QS-Daten als auch auf Abrechnungsdaten. Die Daten umfassen alle stationär behandelten Patienten im Alter ≥ 20 Jahre. Bedingt durch die getrennte Datenerfassung beider Quellen sowie unabhängiger Datenlieferungen kommt es stellenweise zu Differenzen in der Anzahl gelieferter Datensätze als auch zu widersprüchlichen Kodierungen des Dekubitus-Grades.

Ansprechpartner:

Datenmanagement / Programmierung
Mario Callies: 089 211590-14
daten-support@baq-bayern.de

Medizinische Fragestellungen
Tanja Grath, MPH: 089 211590-23
pflege@baq-bayern.de

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ),
angegliedert an die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
Westenriederstr. 19
80331 München

Tel.: 089 211590-0
mail@baq-bayern.de
www.baq-bayern.de

Datenstand:

Druckdatum / PDF-Erstellung:	26.05.2020
Auswertungsstand:	25.05.2020

Bayern gesamt

Basisstatistik » Datenübermittlungen Allgemein
1. QS-Daten

	2019		2018	
	n	%	n	%
Kliniken mit QS-Daten	288	100,0	291	100,0
- Risikostatistik vorhanden	280	97,2	290	99,7
Patienten mit Dekubitus	36.255	100,0	36.391	100,0
- Grad 2 (L89.1)	22.661	62,5	22.725	62,4
- Grad 3 (L89.2)	8.787	24,2	8.763	24,1
- Grad 4 (L89.3)	4.197	11,6	4.312	11,8
- Grad nnb (L89.9)	610	1,7	591	1,6
- Fehlcodierung	0	0,0	0	0,0
Dekubitalgeschwüre gesamt	44.987	100,0	45.283	100,0
- Grad 2	28.129	62,5	28.354	62,6
- Grad 3	11.101	24,7	11.061	24,4
- Grad 4	4.973	11,1	5.125	11,3
- Grad nicht näher bezeichnet	784	1,7	743	1,6
- Fehlcodierung	0	0,0	0	0,0
Überlieger (Aufnahme im Vorjahr und Entlassung im aktuellen Jahr)	1.758	4,8	1.738	4,8

2. Abrechnungsdaten

	2019		2018	
	n	%	n	%
Kliniken mit Risikostatistik	327	100,0	339	100,0
Kliniken mit Patienten >= 20 Jahre	327	100,0	339	100,0
- Dekubitus ab Grad 2 vorhanden	282	86,2	297	87,6
- QS-Dokumentation erfolgt	278	98,6	289	97,3
Patienten >= 20 Jahre	2.713.903	100,0	2.741.250	100,0
Patienten mit Dekubitus	35.894	1,3	36.214	1,3
Grad 2 (L89.1)	22.420	62,5	22.619	62,5
Grad 3 (L89.2)	8.808	24,5	8.819	24,4
Grad 4 (L89.3)	4.194	11,7	4.312	11,9
Grad nnb (L89.9)	579	1,6	565	1,6

Bayern gesamt

Basisstatistik » QS-Daten: Patienten

1. Altersverteilung

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	36.255	100,0	36.391	100,0
20-33 Jahre	299	0,8	305	0,8
34-46 Jahre	626	1,7	545	1,5
47-54 Jahre	1.162	3,2	1.183	3,3
55-61 Jahre	2.208	6,1	2.133	5,9
62-68 Jahre	3.463	9,6	3.603	9,9
69-72 Jahre	2.973	8,2	2.877	7,9
73-76 Jahre	3.321	9,2	3.737	10,3
77-80 Jahre	5.587	15,4	5.777	15,9
81-85 Jahre	7.463	20,6	7.071	19,4
>= 86 Jahre	9.153	25,2	9.160	25,2

2. Geschlecht

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	36.255	100,0	36.391	100,0
männlich	18.867	52,0	18.428	50,6
weiblich	17.298	47,7	17.816	49,0
unbestimmt	1	0,0	0	0,0
unbekannt	89	0,2	147	0,4

Bayern gesamt

Basisstatistik » QS-Daten: Aufnahme/Entlassung

1. Aufnahme

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	36.255	100,0	36.391	100,0
vollstationär	35.633	98,3	35.706	98,1
vollstationär mit vorstat. Behandl.	610	1,7	672	1,8
stationäre Entbindung	4	0,0	3	0,0
Geburt	0	0,0	0	0,0
Wiederaufnahme wegen Komplik.	7	0,0	10	0,0
stationäre Organentnahme	1	0,0	0	0,0

2. Verweildauer

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus:				
- mittlere Verweildauer (Tage)		18,8		18,4
- Median der Verweildauer (Tage)		12,0		12,0
vollstationäre Behandlung:				
- mittlere Verweildauer (Tage)		18,8		18,4
- Median der Verweildauer (Tage)		12,0		12,0
vollstationär mit vorstationärer Behandlung:				
- mittlere Verweildauer (Tage)		19,8		20,2
- Median der Verweildauer (Tage)		12,0		13,0

3. Entlassung

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patient verstorben	6.503	17,9	6.599	18,1
Entlassung nach Hause	18.841	52,0	18.617	51,2
externe Verlegung	10.626	29,3	10.894	29,9
sonstige Entlassgründe	284	0,8	281	0,8
nachstationäre Behandlung geplant	368	1,0	429	1,2
Entlassung in eine Reha-Einrichtung	2.538	7,0	2.552	7,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » QS-Daten: Risikofaktoren

1. Risikofaktoren

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	36.255	100,0	36.391	100,0
Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	11.732	32,4	11.858	32,6
sonstiger Diabetes	192	0,5	191	0,5
eingeschränkte Mobilität	20.255	55,9	19.682	54,1
Infektion	11.519	31,8	11.573	31,8
Demenz und Vigilanzstörung	7.942	21,9	8.141	22,4
Inkontinenz	20.098	55,4	19.928	54,8
Untergewicht oder Mangelernährung	3.537	9,8	3.460	9,5
Adipositas	854	2,4	805	2,2
weitere schwere Erkrankungen	18.284	50,4	18.449	50,7
Beatmung:	4.536	12,5	4.531	12,5
- mittl. Beatmungszeit (Stunden)		307,6		315,1
- Median (Stunden)		162,0		166,0

Basisstatistik » QS-Daten: Dekubitus
1. Allgemein / Gradeinteilung

	2019		2018	
	n	%	n	%
Dekubitalgeschwüre pro Patienten:				
- ein Geschwür	29.705	81,9	29.675	81,5
- zwei Geschwüre	4.992	13,8	5.215	14,3
- drei Geschwüre	1.133	3,1	1.079	3,0
- vier und mehr Geschwüre	425	1,2	422	1,2
Dekubitalgeschwüre gesamt				
Grad 2	28.129	62,5	28.354	62,6
Grad 3	11.101	24,7	11.061	24,4
Grad 4	4.973	11,1	5.125	11,3
Grad nicht näher bezeichnet	784	1,7	743	1,6
Fehlcodierung	0	0,0	0	0,0

2. Seitenlokalisierung

	2019		2018	
	n	%	n	%
linke Seite	7.355	16,3	7.195	15,9
rechte Seite	7.146	15,9	7.186	15,9
beidseitig	3.745	8,3	3.966	8,8
keine Lokalisation angegeben	26.741	59,4	26.936	59,5

3. Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden (Present on Admission - POA)

	2019		2018	
	n	%	n	%
bei Aufnahme nicht vorhanden	9.484	21,1	9.469	20,9
bei Aufnahme vorhanden	35.187	78,2	35.444	78,3
nicht dokumentiert	316	0,7	370	0,8

4. Dekubitus bei der Entlassung vorhanden (Present on Discharge - POD)

	2019		2018	
	n	%	n	%
bei Entlassung nicht vorhanden	6.438	14,3	6.989	15,4
bei Entlassung vorhanden	37.925	84,3	37.666	83,2
nicht dokumentiert	624	1,4	628	1,4

Bayern gesamt

Basisstatistik » Abrechnungsdaten/Risikostatistik

1. Altersverteilung

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	2.713.903	100,0	2.741.250	100,0
20-33 Jahre	328.908	12,1	340.441	12,4
34-46 Jahre	304.212	11,2	312.394	11,4
47-54 Jahre	271.413	10,0	284.564	10,4
55-61 Jahre	313.203	11,5	308.789	11,3
62-68 Jahre	315.528	11,6	318.449	11,6
69-72 Jahre	203.348	7,5	191.498	7,0
73-76 Jahre	198.622	7,3	218.383	8,0
77-80 Jahre	275.352	10,1	281.277	10,3
81-85 Jahre	272.457	10,0	256.874	9,4
>= 86 Jahre	230.860	8,5	228.581	8,3
Patienten mit Dekubitus	35.894	100,0	36.214	100,0
20-33 Jahre	302	0,8	305	0,8
34-46 Jahre	617	1,7	545	1,5
47-54 Jahre	1.160	3,2	1.179	3,3
55-61 Jahre	2.190	6,1	2.125	5,9
62-68 Jahre	3.444	9,6	3.592	9,9
69-72 Jahre	2.955	8,2	2.860	7,9
73-76 Jahre	3.279	9,1	3.706	10,2
77-80 Jahre	5.515	15,4	5.745	15,9
81-85 Jahre	7.370	20,5	7.035	19,4
>=86 Jahre	9.062	25,2	9.122	25,2

Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die aufgeführten Qualitätsindikatoren stellen die Ergebnisse im Hinblick auf das Qualitätsziel dar und geben damit einen **Hinweis auf die erreichte Qualität** zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Eine **rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators (rot markiert)** liegt vor, wenn das Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt. Von einer rechnerischen Auffälligkeit kann nicht unmittelbar auf einen Qualitätsmangel geschlossen werden. Es bedarf einer detaillierten Analyse, um die Gründe für die rechnerische Abweichung zu eruieren und Mängel in der Struktur- und Prozessqualität auszuschließen. Dies erfolgt im Rahmen des Strukturierten Dialoges mit den einzelnen Kliniken.

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Bayern gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)						
52009	8.716	9.784,09	2.713.903	0,89	0,87 - 0,91	≤ 2,13
52326	7.192	-	2.713.903	0,27	-	-
521801	1.315	-	2.713.903	0,05	-	-
521800	103	-	2.713.903	0,00	-	-
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4						
52010	106	-	2.713.903	0,00%	-	sentinel

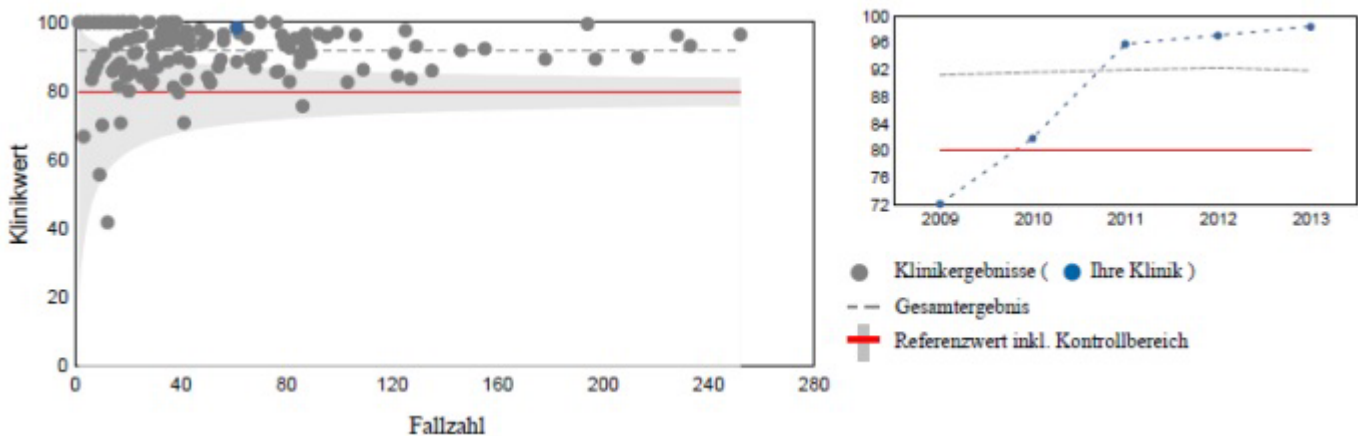
Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die Einzeldarstellung der Qualitätsindikatoren ermöglicht eine detaillierte Analyse der Klinikergebnisse. Die Klinikwerte werden tabellarisch und graphisch im Vergleich zum Gesamtkollektiv dargestellt. Zusätzlich wird der Verlauf der letzten fünf Jahre gezeigt. Der Klinikwert wird rot dargestellt, wenn er außerhalb des Referenzbereichs liegt. Weicht der Klinikwert signifikant vom Referenzwert im Sinne einer besonders guten Qualität ab, so ist er grün dargestellt. Für jeden Qualitätsindikator werden die für eine klinikinterne Fallanalyse notwendigen Vorgangsnummern ausgewiesen.

Hinweise zu den Tabellen:

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2010	45	-	55	81,8	69,0 - 91,0	>= 80,0
2011	46	-	48	95,8	85,5 - 99,6	>= 80,0
2012	66	-	68	97,1	89,9 - 99,2	>= 80,0
2013	60	-	61	98,4	91,3 - 99,7	>= 80,0

Die Spalte Ereignisse weist die Anzahl der beobachteten bzw. erwarteten Ereignisse bezogen auf die zugrunde liegende Fallzahl aus. Im Falle von ratenbasierten Kennzahlen und Sentinel-Events werden nur die beobachteten Ereignisse angegeben. Handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator, so werden zusätzlich die Anzahl der zu erwartenden Ereignisse auf Grundlage des Risikoadjustierungsmodells berechnet. In diesem Fall wird der Klinikwert als Standardisierte Ereignis-Ratio (SER) durch Division der beobachteten durch die zu erwartenden Rate berechnet. Bei dem Vertrauensbereich handelt es sich um ein 95 % Konfidenzintervall um den Klinikwert. Der Referenzwert resultiert in der Regel auf der Grundlage bundesweit erhobener Daten und wird vom Institut nach § 137 SGB V vorgegeben. Alternativ kann die Festlegung der Referenzwerte (Modul Schlaganfall und Anästhesie) durch die entsprechenden Fachgruppen erfolgen.



Der Funnelplot (*) auf der linken Seite zeigt auf der Y-Achse den Klinikwert und auf der X-Achse die Fallzahl. Das resultierende Streudiagramm ermöglicht die Interpretation aller Klinikergebnisse in Abhängigkeit von der Fallzahl. Sofern ein Referenzwert für den Qualitätsindikator festgelegt wurde, ist er als rote Linie dargestellt. Diese ist von einem hellgrauen trichterförmigen Kontrollbereich (**) umschlossen, welcher dem Vertrauensbereich um den Referenzwert entspricht. Handelt es sich bei den Klinikwerten um SER's, so läßt sich kein Kontrollbereich konstruieren. Da die Berechnung des Vertrauensbereiches in der Tabelle auf dem einzelnen Klinikwert und nicht auf dem Referenzwert beruht, kann es vereinzelt zu einer diskrepanten Darstellung der Signifikanz in der Tabelle gegenüber der Graphik kommen. Die Graphik dient der orientierenden Betrachtung, im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 SGB V werden nach bundesweiten vorgaben die Zahlen der Tabelle veröffentlicht.

Die Abbildung auf der rechten Seite zeigt die Gesamtergebnisse im Zeitverlauf (blaue Linie). Referenzwerte erscheinen wieder als rote Linie.

* N. Lack und U. Gerhardinger, „Qualitätsvergleiche mit Funnelplots - Plädoyer für eine einheitliche Methodik“. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009; 103(8): 536-541.

** M. Hart and R. Hart, "Statistical Process Control for Health Care", 2002; Wadsworth

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

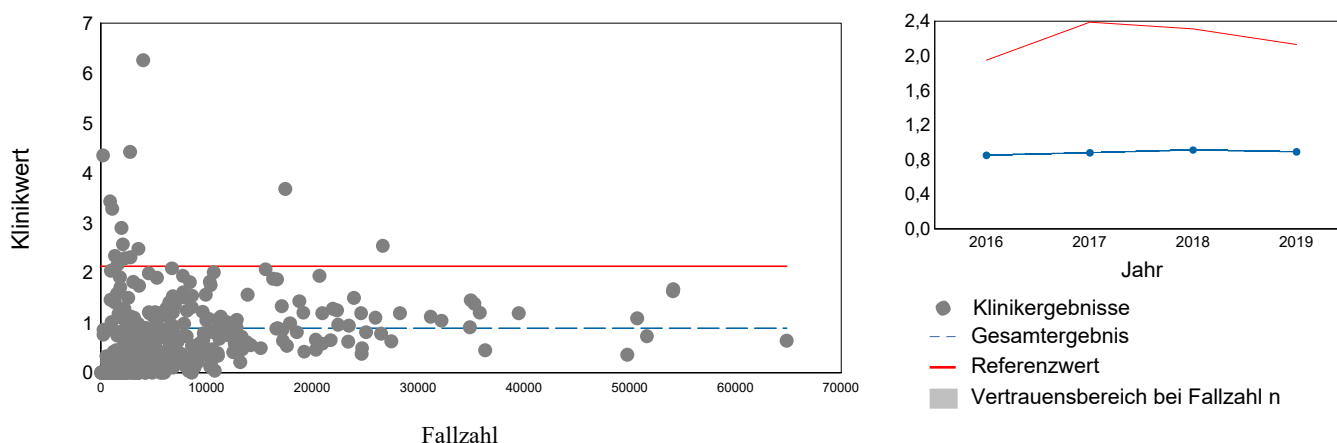
Indikator: 52009

Ziel: Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad bei Pat., die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2016	8.917	10.500,24	2.703.209	0,85	0,83 - 0,87	<= 1,95
2017	8.519	9.683,43	2.629.468	0,88	0,86 - 0,90	<= 2,39
2018	8.831	9.753,25	2.741.250	0,91	0,89 - 0,92	<= 2,31
2019	8.716	9.784,09	2.713.903	0,89	0,87 - 0,91	<= 2,13

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Fallzahl: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik.

Ein Dekubitus stellt eine zumeist durch wirkungsvolle Prophylaxe verhinderbare schwerwiegende Komplikation dar, die mit einem hohen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer einhergeht. Die Dekubitusraten variieren unter anderem in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen.

Für einen fairen Krankenhausvergleich, der das klinikindividuelle Risikopotential des Patientenkollektives berücksichtigt, wird über die sogenannte Risikostatistik aller Patienten ab einem Alter von 20 Jahren eine Risikoadjustierung vorgenommen. Berücksichtigung finden:

Adipositas, Alter, Beatmungstunden, Demenz und Vigilanzstörung, Diabetes mellitus, Infektionen, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität, Untergewicht und Mangelernährung, weitere schwere Erkrankungen

Hinweise:

- Die Vorgangsnummern finden Sie in den Auflistungen der Transparenzkennzahlen 52326 (Grad 2), 521801 (Grad 3) und 521800 (Grad nicht näher bezeichnet) und des Indikators 52010 (Grad 4), welche eine Teilmenge der aufgetretenen Dekubitalulcera Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad darstellen.

- Bei der Berechnung werden grundsätzlich nur Krankenhausstandorte berücksichtigt, die eine Risikostatistik übermittelt haben.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus

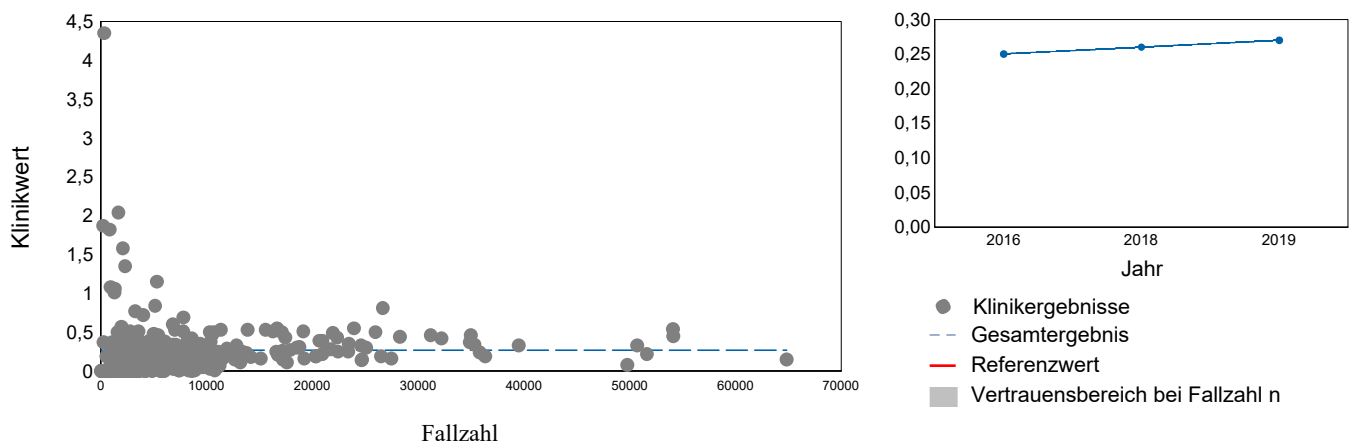
Grad/Kategorie 2

Kennzahl: 52326

Ziel: Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 2

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2016	7.144	-	2.809.142	0,25	0,25 - 0,26	nicht definiert
2018	7.257	-	2.741.250	0,26	-	nicht definiert
2019	7.192	-	2.713.903	0,27	-	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand.

Fallzahl: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik.

Ein Dekubitus stellt eine zumeist durch wirkungsvolle Prophylaxe verhinderbare schwerwiegende Komplikation dar, die mit einem hohen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer einhergeht. Die Dekubitusraten variieren unter anderem in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen.

Die hier dargestellte Transparenzkennzahl hat reinen informativen Charakter und gibt Aufschluss über Anzahl neu aufgetretener Dekubitalulcera Grad 2. Für einen fairen Krankenhausvergleich, der das klinikindividuelle Risikopotential des Patientenkollektives berücksichtigt, wird über die sogenannte Risikostatistik aller Patienten ab einem Alter von 20 Jahren eine Risikoadjustierung im zugehörigen Qualitätsindikator (QI-ID 52009) vorgenommen. Berücksichtigung finden:

Adipositas, Alter, Beatmungstunden, Demenz und Vigilanzstörung, Diabetes mellitus, Infektionen, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität, Untergewicht und Mangelernährung, weitere schwere Erkrankungen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus

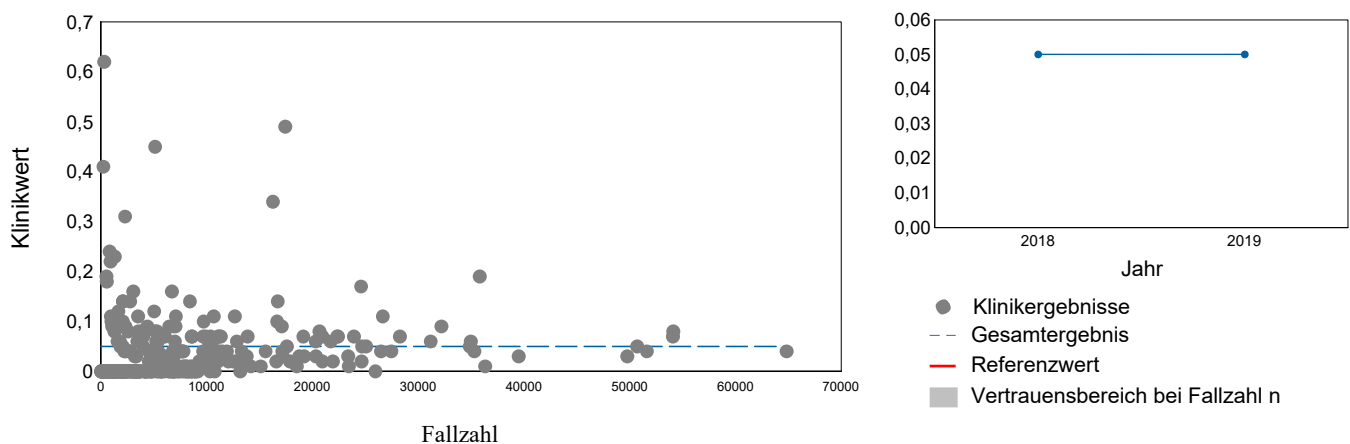
Grad/Kategorie 3

Kennzahl: 521801

Ziel: Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 3

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	1.332	-	2.741.250	0,05	-	nicht definiert
2019	1.315	-	2.713.903	0,05	-	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand.

Fallzahl: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik.

Ein Dekubitus stellt eine zumeist durch wirkungsvolle Prophylaxe verhinderbare schwerwiegende Komplikation dar, die mit einem hohen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer einhergeht. Die Dekubitusraten variieren unter anderem in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen.

Die hier dargestellte Transparenzkennzahl hat reinen informativen Charakter und gibt Aufschluss über Anzahl neu aufgetretener Dekubitalulcera Grad 3. Für einen fairen Krankenhausvergleich, der das klinikindividuelle Risikopotential des Patientenkollektives berücksichtigt, wird über die sogenannte Risikostatistik aller Patienten ab einem Alter von 20 Jahren eine Risikoadjustierung im zugehörigen Qualitätsindikator (QI-ID 52009) vorgenommen. Berücksichtigung finden:

Adipositas, Alter, Beatmungstunden, Demenz und Vigilanzstörung, Diabetes mellitus, Infektionen, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität, Untergewicht und Mangelernährung, weitere schwere Erkrankungen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

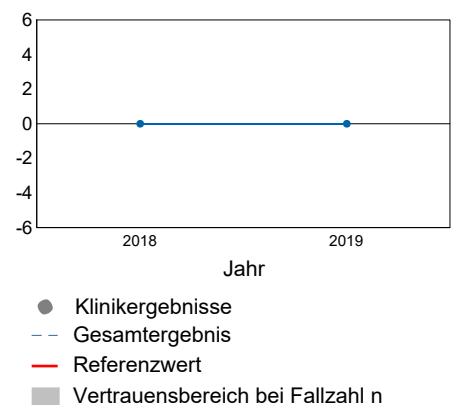
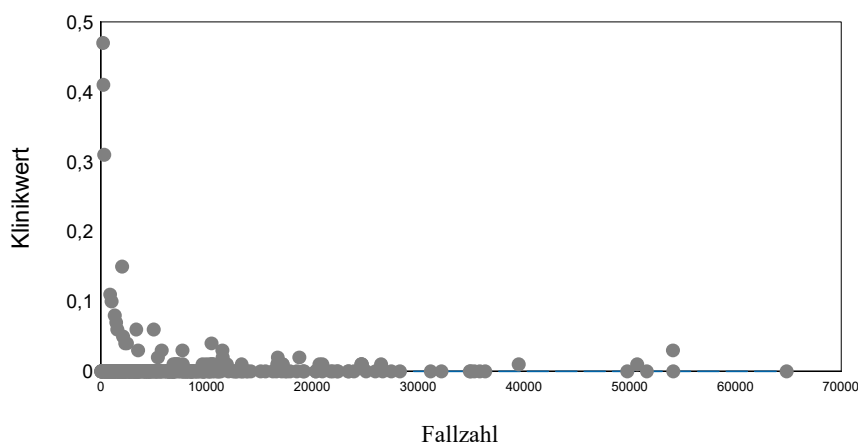
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus
 Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

Kennzahl: 521800

Ziel: Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera mit nicht näher bezeichnetem Grad

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	103	-	2.741.250	0,00	-	nicht definiert
2019	103	-	2.713.903	0,00	-	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand.

Fallzahl: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik.

Ein Dekubitus stellt eine zumeist durch wirkungsvolle Prophylaxe verhinderbare schwerwiegende Komplikation dar, die mit einem hohen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer einhergeht. Die Dekubitusraten variieren unter anderem in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen.

Die hier dargestellte Transparenzkennzahl hat reinen informativen Charakter und gibt Aufschluss über Anzahl neu aufgetretener Dekubitalulcera nicht näher bezeichneten Grades. Für einen fairen Krankenhausvergleich, der das klinikindividuelle Risikopotential des Patientenkollektives berücksichtigt, wird über die sogenannte Risikostatistik aller Patienten ab einem Alter von 20 Jahren eine Risikoadjustierung im zugehörigen Qualitätsindikator (QI-ID 52009) vorgenommen. Berücksichtigung finden:

Adipositas, Alter, Beatmungstunden, Demenz und Vigilanzstörung, Diabetes mellitus, Infektionen, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität, Untergewicht und Mangelernährung, weitere schwere Erkrankungen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus

Grad/Kategorie 4

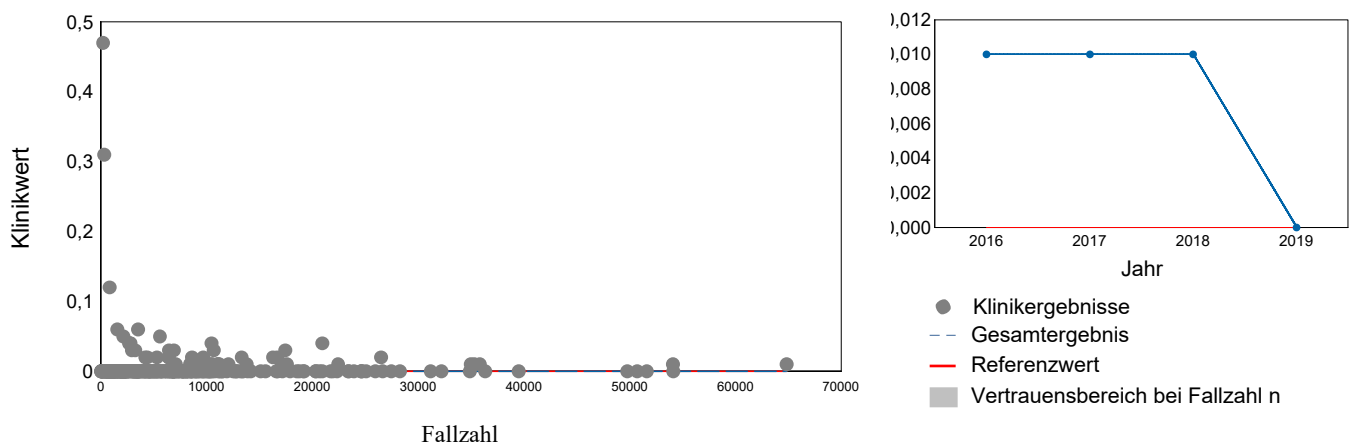
Indikator: 52010

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2016	192	-	2.703.244	0,01	-	sentinel
2017	178	-	2.629.468	0,01	-	sentinel
2018	139	-	2.741.250	0,01	-	sentinel
2019	106	-	2.713.903	0,00	-	sentinel

Seltene Ereignisse erfordern eine Einzelfallanalyse.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand.

Fallzahl: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik.

Ein Dekubitus Grad 4 stellt eine zumeist durch wirkungsvolle Prophylaxe verhinderbare schwerwiegende Komplikation dar, die mit einem hohen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer einhergeht. Die Entwicklung eines Dekubitus Grad 4 soll während des Krankenhausaufenthaltes absolut vermieden werden. Es muss hervorgehoben werden, dass es sich hier um eine sehr kleine Patientengruppe handelt, denn in der Regel sind gezielte pflegerische Prophylaxen auch bei hoher Dekubitusgefährdung erfolgreich. Um herauszufinden, ob gravierende Qualitätsprobleme vorliegen, wird die Entstehung eines hochgradigen Dekubitus (Grad 4) als Sentinel-Event erfasst, bei dem in jedem Einzelfall eine Analyse erfolgen soll.

Spezielle Dokumentation » Einzelfallaufstellung

In den individuellen Klinikstatistiken werden zu diesen Punkten zusätzlich die Vorgangsnummern zu den Fällen, die für eine Einzelfallanalyse von Interesse sein können ausgewiesen.

1. Indikator 52009 (beobachtete Fälle)

	2019		2018	
	n	%	n	%
	8.762		8.835	

2. Höchster Dekubitus Grad 4 bei Aufnahme nicht vorhanden

	2019		2018	
	n	%	n	%
	107		139	