



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Dekubitusprophylaxe

Auswertung 2020

Modul DEK

Inhalt »

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

- Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) O/E
- Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
- Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
- Stationär erworbener 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 Einzelfallaufstellung

- 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:	17.05.2021
Auswertungsstand:	17.05.2021

Bayern gesamt

Basisstatistik » Datenübermittlungen Allgemein

1. QS-Daten

	2020		2019	
	n	%	n	%
Kliniken mit QS-Daten	287	100,0	290	100,0
- Risikostatistik vorhanden	283	98,6	274	94,5
Patienten mit Dekubitus	33.327	100,0	36.255	100,0
- Grad 2 (L89.1)	21.244	63,7	22.661	62,5
- Grad 3 (L89.2)	7.748	23,2	8.787	24,2
- Grad 4 (L89.3)	3.796	11,4	4.197	11,6
- Grad nnb (L89.9)	539	1,6	610	1,7
- Fehlcodierung	0	0,0	0	0,0
Dekubitalgeschwüre gesamt	41.617	100,0	44.987	100,0
- Grad 2	26.689	64,1	28.129	62,5
- Grad 3	9.767	23,5	11.101	24,7
- Grad 4	4.497	10,8	4.973	11,1
- Grad nicht näher bezeichnet	664	1,6	784	1,7
- Fehlcodierung	0	0,0	0	0,0
Überlieger (Aufnahme im Vorjahr und Entlassung im aktuellen Jahr)	1.821	5,5	1.758	4,8

2. Abrechnungsdaten

	2020		2019	
	n	%	n	%
Kliniken mit Risikostatistik	333	100,0	274	100,0
Kliniken mit Patienten >= 20 Jahre	333	100,0	274	100,0
- Dekubitus ab Grad 2 vorhanden	283	85,0	272	99,3
- QS-Dokumentation erfolgt	280	98,9	272	100,0
Patienten >= 20 Jahre	2.288.861	100,0	2.480.957	100,0
Patienten mit Dekubitus	31.316	1,4	34.564	1,4
Grad 2 (L89.1)	20.020	63,9	21.667	62,7
Grad 3 (L89.2)	7.332	23,4	8.458	24,5
Grad 4 (L89.3)	3.569	11,4	3.985	11,5
Grad nnb (L89.9)	1.144	3,7	552	1,6

Bayern gesamt

Basisstatistik » QS-Daten: Patienten

1. Altersverteilung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	33.327	100,0	36.255	100,0
20-33 Jahre	241	0,7	299	0,8
34-46 Jahre	531	1,6	626	1,7
47-54 Jahre	1.101	3,3	1.162	3,2
55-61 Jahre	2.092	6,3	2.208	6,1
62-68 Jahre	3.336	10,0	3.463	9,6
69-72 Jahre	2.748	8,2	2.973	8,2
73-76 Jahre	3.152	9,5	3.321	9,2
77-80 Jahre	5.111	15,3	5.587	15,4
81-85 Jahre	6.887	20,7	7.463	20,6
>= 86 Jahre	8.128	24,4	9.153	25,2

2. Geschlecht

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	33.327	100,0	36.255	100,0
männlich	17.516	52,6	18.867	52,0
weiblich	15.794	47,4	17.298	47,7
divers	0	0,0		
unbestimmt	0	0,0	1	0,0
unbekannt	17	0,1	89	0,2

Bayern gesamt

Basisstatistik » QS-Daten: Aufnahme/Entlassung

1. Aufnahme

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	33.327	100,0	36.255	100,0
vollstationär	32.574	97,7	35.633	98,3
vollstationär mit vorstat. Behandl.	738	2,2	610	1,7
stationäre Entbindung	10	0,0	4	0,0
Geburt	0	0,0	0	0,0
Wiederaufnahme wegen Komplikation	5	0,0	7	0,0
stationäre Organentnahme	0	0,0	1	0,0

2. Verweildauer

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus:				
- mittlere Verweildauer (Tage)		19,5		18,8
- Median der Verweildauer (Tage)		12,0		12,0
vollstationäre Behandlung:				
- mittlere Verweildauer (Tage)		19,5		18,8
- Median der Verweildauer (Tage)		12,0		12,0
vollstationär mit vorstationärer Behandlung:				
- mittlere Verweildauer (Tage)		20,1		19,8
- Median der Verweildauer (Tage)		13,0		12,0

3. Entlassung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patient verstorben	6.576	19,7	6.503	17,9
Entlassung nach Hause	16.573	49,7	18.841	52,0
externe Verlegung	9.885	29,7	10.626	29,3
sonstige Entlassgründe	287	0,9	285	0,8
nachstationäre Behandlung geplant	308	0,9	368	1,0
Entlassung in eine Reha-Einrichtung	2.450	7,4	2.538	7,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » QS-Daten: Risikofaktoren

1. Risikofaktoren

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten mit Dekubitus	33.327	100,0	36.255	100,0
Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	10.901	32,7	11.732	32,4
sonstiger Diabetes	170	0,5	192	0,5
eingeschränkte Mobilität	18.553	55,7	20.255	55,9
Infektion	10.852	32,6	11.519	31,8
Demenz und Vigilanzstörung	7.216	21,7	7.942	21,9
Inkontinenz	18.580	55,8	20.098	55,4
Untergewicht oder Mangelernährung	3.400	10,2	3.537	9,8
Adipositas	770	2,3	854	2,4
weitere schwere Erkrankungen	18.185	54,6	18.284	50,4
Beatmung:	4.529	13,6	4.536	12,5
- mittl. Beatmungszeit (Stunden)		345,7		307,6
- Median (Stunden)		195,0		162,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » QS-Daten: Dekubitus

1. Allgemein / Gradeinteilung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Dekubitalgeschwüre pro Patient:				
- ein Geschwür	27.163	81,5	29.703	81,9
- zwei Geschwüre	4.669	14,0	4.995	13,8
- drei Geschwüre	1.084	3,3	1.133	3,1
- vier und mehr Geschwüre	411	1,2	424	1,2
Dekubitalgeschwüre gesamt	41.617	100,0	44.987	100,0
Grad 2	26.689	64,1	28.129	62,5
Grad 3	9.767	23,5	11.101	24,7
Grad 4	4.497	10,8	4.973	11,1
Grad nicht näher bezeichnet	664	1,6	784	1,7
Fehlcodierung	0	0,0	0	0,0

2. Seitenlokalisierung

	2020		2019	
	n	%	n	%
linke Seite	6.552	15,7	7.355	16,3
rechte Seite	6.549	15,7	7.146	15,9
beidseitig	3.272	7,9	3.745	8,3
keine Lokalisation angegeben	25.244	60,7	26.741	59,4

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

	2020		2019	
	n	%	n	%
bei Aufnahme nicht vorhanden	9.622	23,1	9.484	21,1
bei Aufnahme vorhanden	31.724	76,2	35.187	78,2
nicht dokumentiert	271	0,7	316	0,7

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

	2020		2019	
	n	%	n	%
bei Entlassung nicht vorhanden	5.987	14,4	6.438	14,3
bei Entlassung vorhanden	35.090	84,3	37.925	84,3
nicht dokumentiert	540	1,3	624	1,4

Bayern gesamt

Basisstatistik » Abrechnungsdaten/Risikostatistik

1. Altersverteilung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	2.288.861	100,0	2.480.957	100,0
20-33 Jahre	277.634	12,1	284.559	11,5
34-46 Jahre	259.058	11,3	264.194	10,6
47-54 Jahre	220.201	9,6	244.697	9,9
55-61 Jahre	269.717	11,8	286.284	11,5
62-68 Jahre	271.313	11,9	292.287	11,8
69-72 Jahre	172.371	7,5	189.107	7,6
73-76 Jahre	165.265	7,2	183.885	7,4
77-80 Jahre	217.577	9,5	257.833	10,4
81-85 Jahre	242.719	10,6	257.679	10,4
>= 86 Jahre	193.006	8,4	220.432	8,9
Patienten mit Dekubitus	31.316	100,0	34.564	100,0
20-33 Jahre	214	0,7	270	0,8
34-46 Jahre	487	1,6	583	1,7
47-54 Jahre	1.018	3,3	1.104	3,2
55-61 Jahre	1.953	6,2	2.104	6,1
62-68 Jahre	3.078	9,8	3.307	9,6
69-72 Jahre	2.581	8,2	2.848	8,2
73-76 Jahre	2.946	9,4	3.150	9,1
77-80 Jahre	4.819	15,4	5.290	15,3
81-85 Jahre	6.492	20,7	7.136	20,6
>=86 Jahre	7.728	24,7	8.772	25,4

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	8.671	8.454,54	2.288.861	1,03	1,00 - 1,05	≤ 2,32
52326	7.169	-	2.288.861	0,31	-	-
521801	1.294	-	2.288.861	0,06	-	-
521800	103	-	2.288.861	0,00	-	-
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4						
52010	105	-	2.288.861	0,00%	-	sentinel

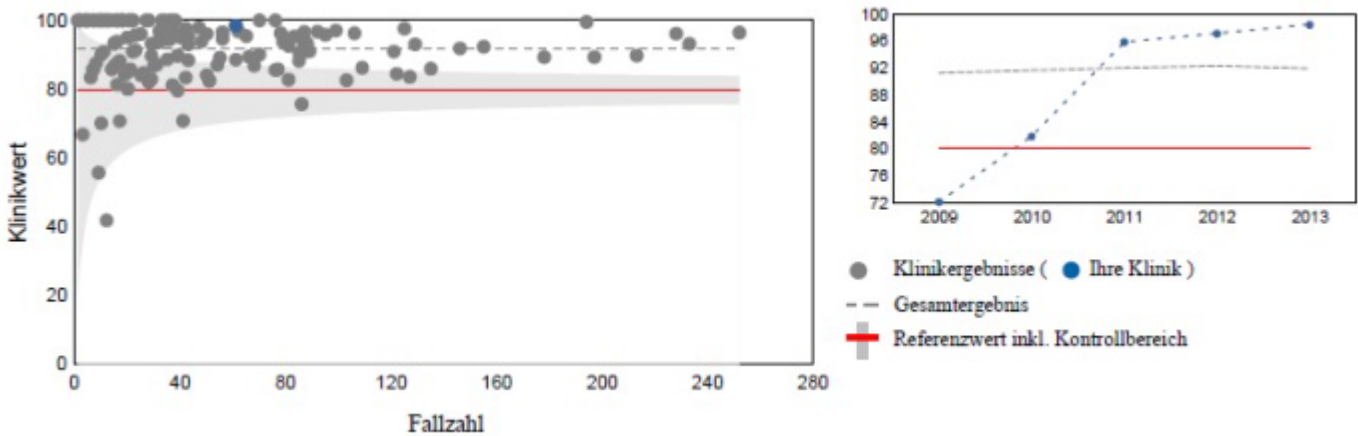
Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

Stationär erworbener Dekubitalulus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) O/E

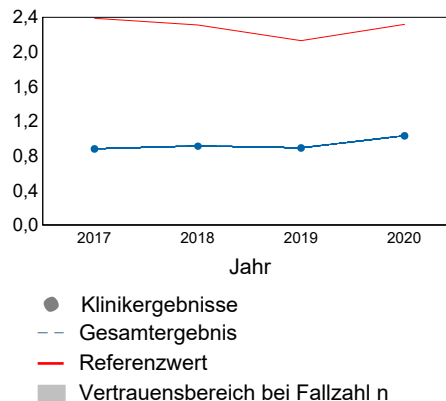
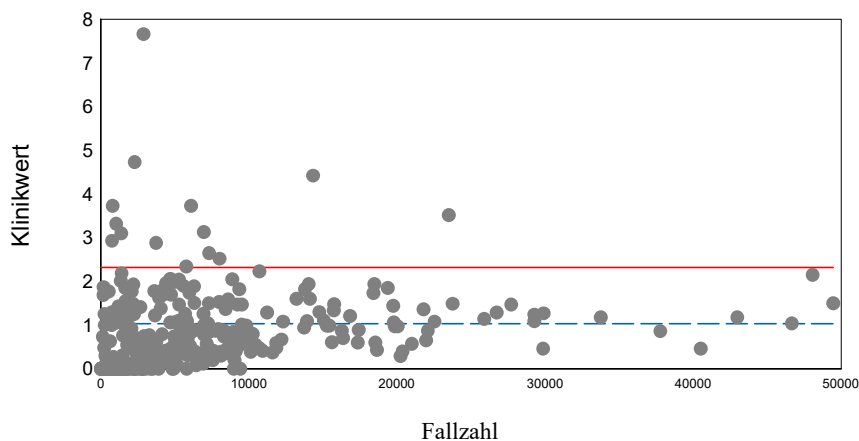
Indikator: 52009

Ziel: Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/Kategorie 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				
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	8.718	9.784,09	2.713.903	0,89	0,87 - 0,91	<= 2,13
2020	8.671	8.454,54	2.288.861	1,03	1,00 - 1,05	<= 2,32

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 Patientenkollektivs 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

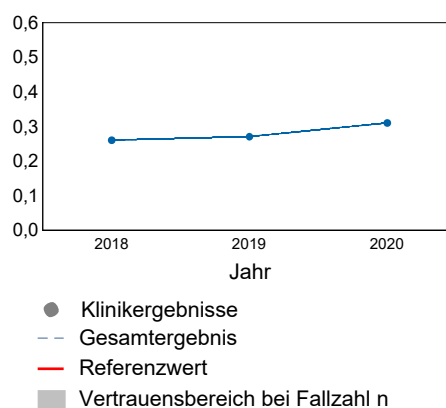
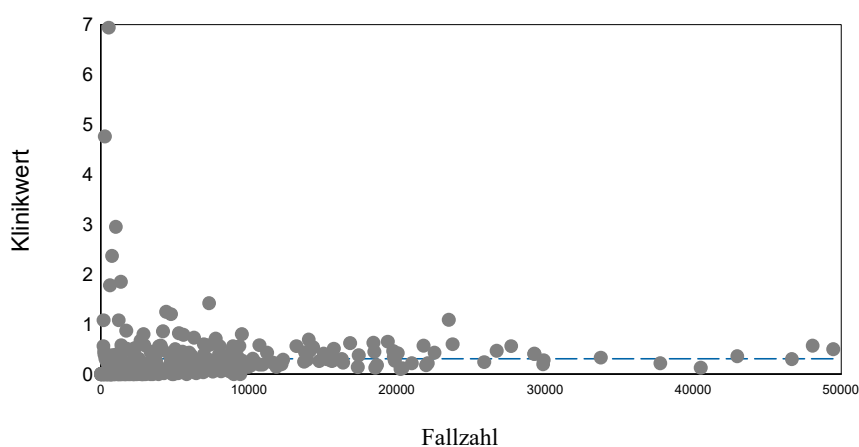
Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

Kennzahl: 52326

Ziel: Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	7.257	-	2.741.250	0,26	-	nicht definiert
2019	7.194	-	2.713.903	0,27	-	nicht definiert
2020	7.169	-	2.288.861	0,31	-	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 rein informativen Charakter und gibt Aufschluss über Anzahl neu aufgetretener Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

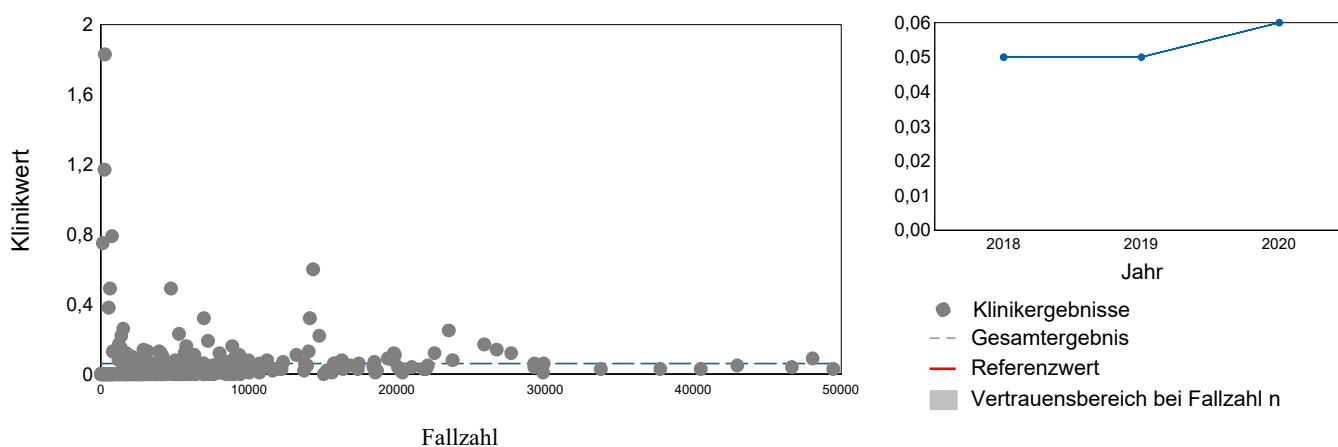
Stationär erworbener Dekubitalulus Grad/Kategorie 3

Kennzahl: 521801

Ziel: Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 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
2020	1.294	-	2.288.861	0,06	-	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 rein informativen Charakter und gibt Aufschluss über Anzahl neu aufgetretener Dekubitalulcera Grad 3.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

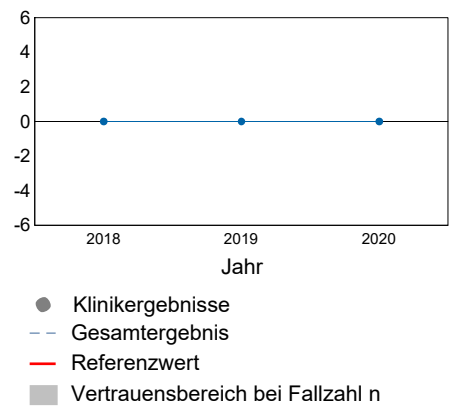
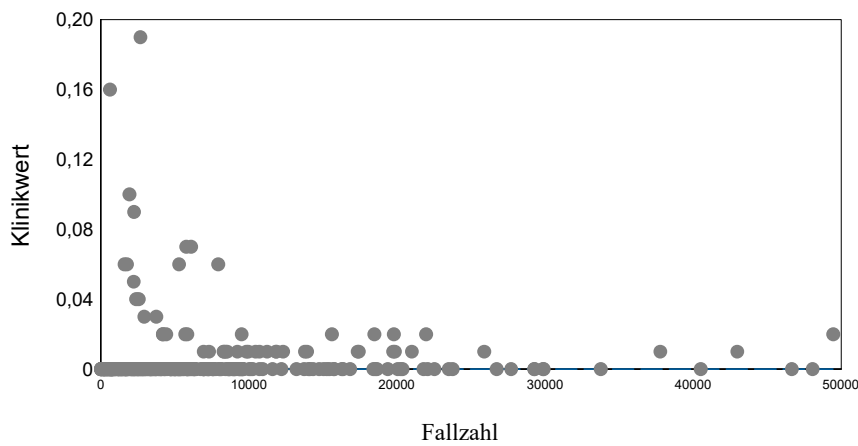
Stationär erworbener Dekubitalulus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

Kennzahl: 521800

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

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
2020	103	-	2.288.861	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 rein informativen Charakter und gibt Aufschluss über Anzahl neu aufgetretener Dekubitalulcera nicht näher bezeichneten Grades.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus

Grad/Kategorie 4

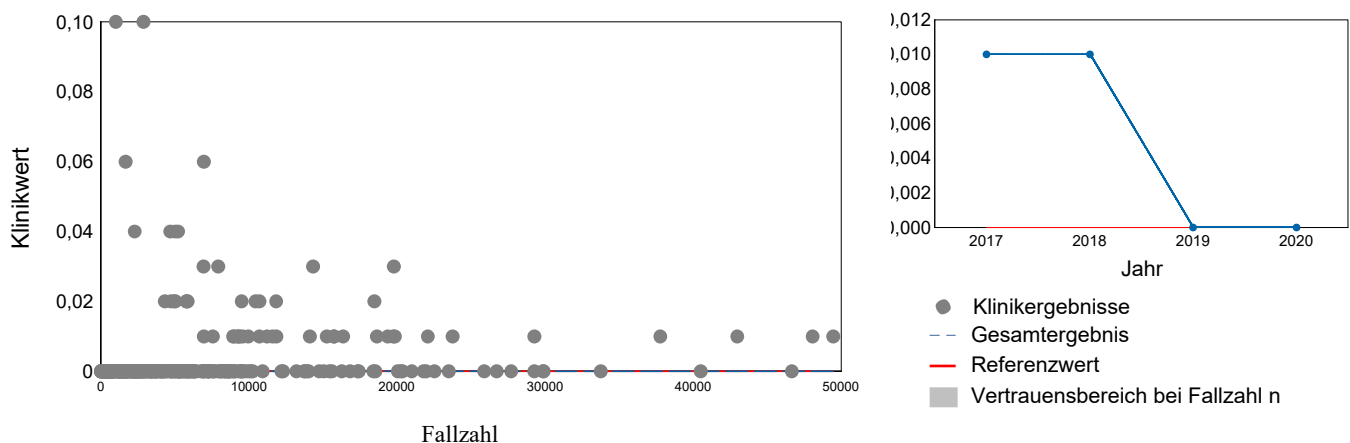
Indikator: 52010

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				
2017	178	-	2.629.468	0,01	-	sentinel
2018	139	-	2.741.250	0,01	-	sentinel
2019	106	-	2.713.903	0,00	-	sentinel
2020	105	-	2.288.861	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/Kategorie 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 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)

	2020		2019	
	n	%	n	%
	8.698		8.762	

2. Höchster Dekubitus Grad 4 bei Aufnahme nicht vorhanden

	2020		2019	
	n	%	n	%
	105		107	