

Jahresauswertung 2020
Pflege: Dekubitusprophylaxe

Modul DEK

Qualitätsindikatoren

Gesamt Rheinland-Pfalz



Eine Auswertung im Auftrag der SQMed GmbH, Mainz © 2020.

Übersichtstabelle:

Gesamt Rheinland-Pfalz

Qualitäts-
indikator

Siehe Seite

Indikatoren und Transparenzkennzahlen**Referenzwerte****Ergebnis 2020**

Klinikwert [95% CI]

Zähler / Nenner

Ergebnis 2019

Klinikwert [95% CI]

Zähler / Nenner

Indikator	Indikatoren und Transparenzkennzahlen	Referenzwerte	Ergebnis 2020 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Ergebnis 2019 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
52009 Seite 4	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Typ: QI Auffälligkeit: > 2,32 Ø in RP: 0,95	0,95 [0,91 ; 0,98] 2741 / 729156 Fällen	1,06 3224 / 876149 Fällen
52326 Seite 5	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	Typ: TKez Auffälligkeit: n.d. Ø in RP: 0,32 %	0,32 % [0,30 ; 0,33] 2316 / 729156 Fällen	0,31 % [0,30 ; 0,32] 2718 / 876149 Fällen
521801 Seite 6	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	Typ: TKez Auffälligkeit: n.d. Ø in RP: 0,05 %	0,05 % [0,05 ; 0,06] 392 / 729156 Fällen	0,05 % [0,05 ; 0,06] 444 / 876149 Fällen
521800 Seite 7	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	Typ: TKez Auffälligkeit: n.d. Ø in RP: 0,00 %	0,00 % [0,00 ; 0,00] 19 / 729156 Fällen	0,00 % [0,00 ; 0,00] 25 / 876149 Fällen
52010 Seite 8	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Typ: QI Auffälligkeit: Sentinel E. Fälle in RP: 14	14 14 / 729156 Fällen	38 38 / 876149 Fällen

Auffälligkeitskriterien

Indikator	Auffälligkeitskriterien	Referenzwerte	Ergebnis 2020 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Ergebnis 2019 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Typ: AK Auffälligkeit: > 3,47 % Ø in RP: 0,33 %	0,33 % [0,24 ; 0,45] 38 / 11603 Fällen	0,30 % [0,22 ; 0,41] 40 / 13161 Fällen
850361	Häufige Angabe „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“	Typ: AK Auffälligkeit: > 1,90 % Ø in RP: 0,22 %	0,22 % [0,15 ; 0,32] 25 / 11603 Fällen	0,19 % [0,13 ; 0,28] 25 / 13161 Fällen

LESEANLEITUNG

Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller Kliniken im Bundesland Rheinland-Pfalz gegenübergestellt.

	Rheinland-Pfalz		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	0	100,00	0	100,00

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:

Indikatoren und Transparenzkennzahlen

Kennzahl-ID, Seite mit ausführlichen Informationen bei Indikatoren, Kennzahl-Bezeichnung

Referenzbereiche

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators oder Auffälligkeitskriteriums

Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

n.d.: keine Referenzbereiche definiert

Ergebnis

Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für die aufgeführte Kennzahl. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite).

n.b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden

Erläuterungen zu den Referenzbereichen:

Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde der Referenzbereich anhand eines Absolutwertes festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen. Handelt es sich um einen errechneten Wert, ist der Tabelle zu entnehmen, wie der Qualitätsindikator aus den Gesamtdatenbestand errechnet wurde. In die Berechnung von Perzentil- und Mittelwerten gehen jeweils die Klinikwerte mit N > 9 (Nennerbedingung) ein ("Verteilung der Kliniken in %").

Qualitätsindikator, Transparenzkennzahl oder Auffälligkeitskriterium			Grenze Auffälligkeitsbereich	Abbildung:
Kennzahl	Typ	Kurzbezeichnung		
52009	QI	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	95%-Perzentil	Seite 4
52326	TKez	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2		Seite 5
521801	TKez	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3		Seite 6
521800	TKez	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet		Seite 7
52010	QI	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	Seite 8
850359	AK	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	95%-Perzentil	
850361	AK	Häufige Angabe „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“	95%-Perzentil	

Die Qualitätsindikatoren wurden unter Verwendung der bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG berechnet (<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>).

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

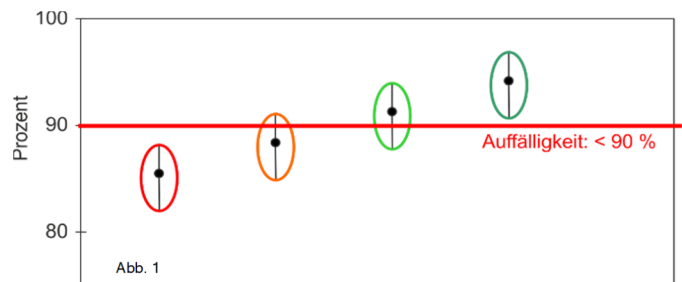
Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z.B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression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

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

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

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:

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



Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

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

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 10 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Auffälligkeitsbereich wird durch eine rote Linie gekennzeichnet. Die Klinikergebnisse werden in aufsteigender Reihenfolge angeordnet. Auffällige Klinikergebnisse sind bei Indikatoren mit der Auffälligkeits-Richtung > oder >= also rechts angeordnet, bei Indikatoren mit der Auffälligkeits-Richtung < oder <= links.

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

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

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

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

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

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

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

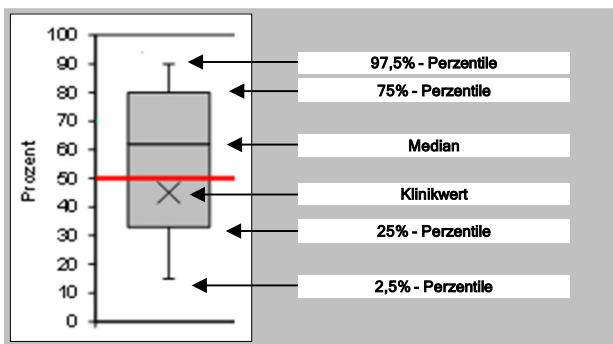


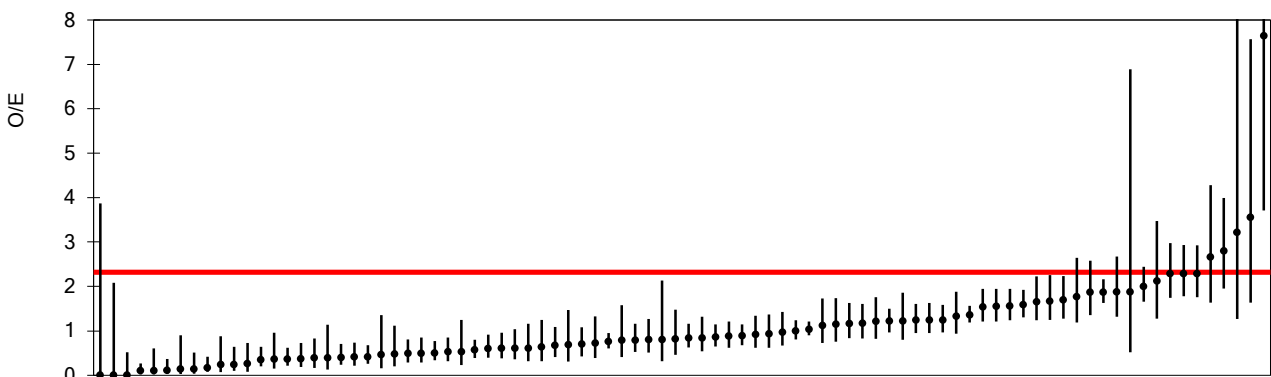
Abb. 2

Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

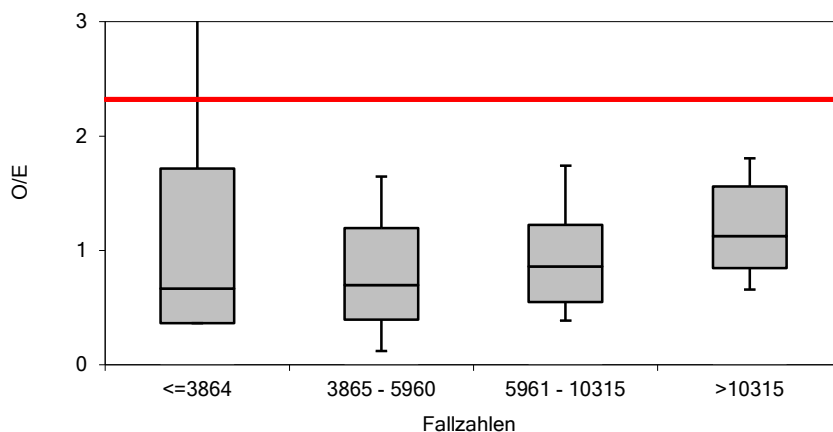
Kennzahl: DEK - 52009

Rheinland-Pfalz Gesamt Rheinland-Pfalz

	N	N
Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik	729 156	729 156
Zähler: 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	2 741	2 741
<i>Raten</i>	%	%
beobachtete Rate (O)	0,38	0,38
erwartete Rate (E)	0,40	0,40
beobachtete Rate / erwartete Rate ¹	0,95	0,95
Vertrauensbereich (95% CI)	0,91 ; 0,98	0,91 ; 0,98
Auffälligkeit: > 2,32		
risikoadjustierte Rate [O/E*O(Rheinland-Pfalz)], Werte in %	0,36	0,36



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,2	0,5	0,8	1,1	1,4	2,0	7,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3864	22
3865 - 5960	22
5961 - 10315	22
>10315	22

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Komplikation, die für Patientinnen und 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 (Leffmann et al. 2003). In der ökonomischen Betrachtung verursacht ein Dekubitus hohe Kosten durch den erhöhten Pflegeaufwand, eine kostenintensive Therapie und verlängerte Krankenhausverweildauer.

Diese Konsequenzen können bei einer wirkungsvollen Prophylaxe zumeist verhindert werden (DNQP 2017). Damit lässt die Dekubitusinzidenz als Qualitätsindikator Aussagen zur Prophylaxequalität zu (Schoonhoven et al. 2007). In einigen deutschen Krankenhäusern wird schon seit längerem die krankenhauserne Dekubitusinzidenz als wichtiger Index für das interne Qualitätsmanagement erhoben.

Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

Kennzahl: DEK - 52009

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Die Dekubitusinzidenz wird international als Ergebnisindikator und als sog. Patientensicherheitsindikator in einem sehr relevanten Bereich eingesetzt (AHRQ/HHS.gov 2017, Gehrlach et al. 2008, Montalvo 2007, BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes aller vollstationären Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 20 Jahren neu auftreten.

Inzidenzraten variieren u. a. in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen bspw. zwischen 7 und 38 % in der Akutpflege und zwischen 7 und 23,9 % in der Langzeitpflege (NPUAP 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 Patientinnen und Patienten aufweisen. Die Neuentstehung eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes wird in hohem Maße durch die systematische Identifikation dieser Risikofaktoren und die Qualität der erbrachten Dekubitusprophylaxe beeinflusst. Nur in wenigen Fällen ist ein Dekubitus durch prophylaktische Maßnahmen nicht vermeidbar.

Um die Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten bei der Auswertung zu berücksichtigen, wird ein risikoadjustierter Qualitätsindikator berechnet. Für die Ermittlung der dabei benötigten erwarteten Rate an Dekubitalulcera je Krankenhaus ist es erforderlich auch die Risikofaktoren von denen ohne Dekubitus zu kennen.

Um den dadurch entstehenden Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, wurde ab dem Erfassungsjahr 2013 die Risikostatistik eingeführt, in der jeweils nach Abschluss des Erfassungsjahres automatisiert auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten das Vorliegen der Risikofaktoren für alle relevanten Fälle übermittelt wird. Darüber hinaus wird anhand der Risikostatistik die Grundgesamtheit des Indikators berechnet (d. h. die Summe aller für dieses QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle eines Krankenhauses). Eine QS-Dokumentation für Fälle mit Dekubitus ist zusätzlich notwendig, um zwischen Dekubitalulcera, die im Krankenhaus entstanden sind, und solchen, die bei Aufnahme in das Krankenhaus bereits vorhanden waren, unterscheiden zu können.

Aus bisherigen Studien lassen sich nur bedingt Vergleichszahlen für die krankenhauserne Dekubitusinzidenz heranziehen. Leffmann (2004) berichtet aus den Jahren 1998 bis 2003 und gibt eine Dekubitusinzidenz von 0,9 bis 1,5 % an. Diese bei der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (EQS) Hamburg erhobenen, nicht risikoadjustierten Daten stammen allerdings aus einer Vollerhebung der Hamburger Krankenhäuser und beziehen sich auf alle Krankenhauspatientinnen und -patienten. Aus einer weiteren nationalen Studie (Dassen et al. 2013) lassen sich zwar die Prävalenzraten für Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden Dekubitusrisiko ableiten, die Rate der neu entstehenden Ulcera jedoch nicht. Auch die Studie von Bours et al. (2003), die das Risikoprofil der untersuchten Patientinnen und Patienten berücksichtigt hat, bezieht sich auf eine Prävalenzrate. Williams et al. (2001) verwenden zwar eine Inzidenzrate (2 % für Grad/Kategorie = 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankensebene und nicht krankenhausergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators war somit nicht möglich. Für einen Vergleich mit anderen Ergebnissen ist zudem zu beachten, dass nicht alle Dekubitalulcera abrechnungsrelevant sind. Aus diesem Grund werden in diesem QS-Verfahren ggf. nicht alle Dekubitalulcera erfasst. Daher ist ein Vergleich der über dieses Verfahren ermittelten Dekubitusrate nur mit Daten möglich, die ebenfalls auf Abrechnungsdaten basieren. Allerdings werden seit der Nutzung der Abrechnungsdaten in diesem QS-Verfahren über 7-mal mehr Dekubitalulcera erfasst als zuvor.

Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

Kennzahl: DEK - 52326

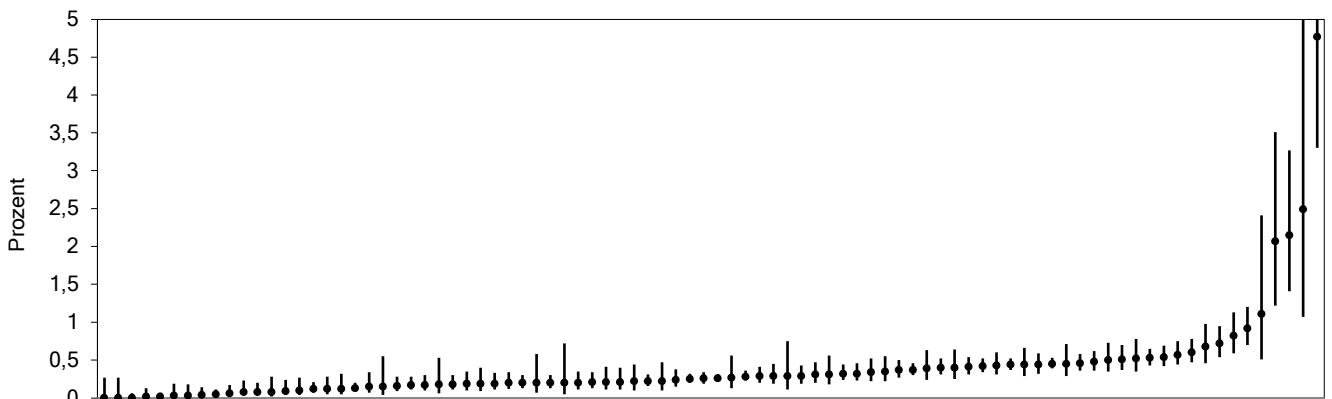
Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

Zähler: 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

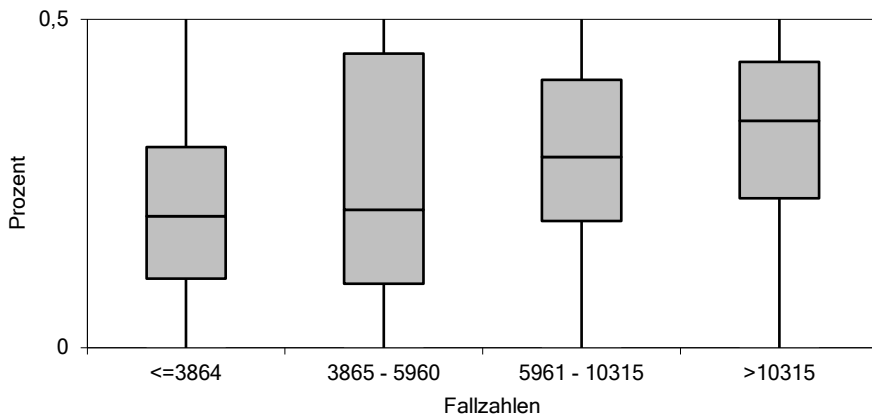
Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
729 156		729 156	
2 316	0,32	2 316	0,32

Auffälligkeit: n.d.

Vertrauensbereich (in %):	95 % CI	95% CI
	0,30 ; 0,33	0,30 ; 0,33



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,6	4,8



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3864	22
3865 - 5960	22
5961 - 10315	22
>10315	22

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Komplikation, die für Patientinnen und 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 (Leffmann et al. 2003). In der ökonomischen Betrachtung verursacht ein Dekubitus hohe Kosten durch den erhöhten Pflegeaufwand, eine kostenintensive Therapie und verlängerte Krankenhausverweildauer.

Diese Konsequenzen können bei einer wirkungsvollen Prophylaxe zumeist verhindert werden (DNQP 2017). Damit lässt die Dekubitusinzidenz als Qualitätsindikator Aussagen zur Prophylaxequalität zu (Schoonhoven et al. 2007). In einigen deutschen Krankenhäusern wird schon seit längerem die krankenhauserne Dekubitusinzidenz als wichtiger Index für das interne Qualitätsmanagement erhoben. Die Dekubitusinzidenz wird international als Ergebnisindikator und als sog. Patientensicherheitsindikator in einem sehr relevanten Bereich eingesetzt (AHRQ/HHS.gov 2017, Gehrlach et al. 2008, Montalvo 2007, BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes aller vollstationären Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 20 Jahren neu auftreten.

Inzidenzraten variieren u. a. in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen bspw. zwischen 7 und 38 % in der Akutpflege und zwischen 7 und 23,9 % in der Langzeitpflege (NPUAP 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 Patientinnen und Patienten aufweisen. Die Neuentstehung eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes wird in hohem Maße durch die systematische Identifikation dieser Risikofaktoren und die Qualität der erbrachten Dekubitusprophylaxe beeinflusst. Nur in wenigen Fällen ist ein Dekubitus durch prophylaktische Maßnahmen nicht vermeidbar.

Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

Kennzahl: DEK - 52326

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Um die Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten bei der Auswertung zu berücksichtigen, wird ein risikoadjustierter Qualitätsindikator berechnet. Für die Ermittlung der dabei benötigten erwarteten Rate an Dekubitalulcera je Krankenhaus ist es erforderlich auch die Risikofaktoren von denen ohne Dekubitus zu kennen. Um den dadurch entstehenden Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, wurde ab dem Erfassungsjahr 2013 die Risikostatistik eingeführt, in der jeweils nach Abschluss des Erfassungsjahres automatisiert auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten das Vorliegen der Risikofaktoren für alle relevanten Fälle übermittelt wird. Darüber hinaus wird anhand der Risikostatistik die Grundgesamtheit des Indikators berechnet (d. h. die Summe aller für dieses QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle eines Krankenhauses). Eine QS-Dokumentation für Fälle mit Dekubitus ist zusätzlich notwendig, um zwischen Dekubitalulcera, die im Krankenhaus entstanden sind, und solchen, die bei Aufnahme in das Krankenhaus bereits vorhanden waren, unterscheiden zu können.

Um die Schwere des Dekubitus einschätzen zu können, wird dieser nach einer Gradierungsskala eingeteilt. Die Nutzung des Codes L89.- aus dem ICD-10-GM (DIMDI 2019) kann hier zu einer krankenhausesübergreifend einheitlichen Dokumentation beitragen (siehe auch Einleitung).

Kontrovers diskutiert wurde die bisher sichere Einschätzung von Grad/Kategorie 1, mit der eine anhaltende, umschriebene Rötung gemeint ist.

Da hier die Haut noch intakt ist, fällt es nicht immer leicht, diesen Zustand als Dekubitus zu erkennen (Hoppe et al. 2008, Kottner et al. 2009). Aus diesem Grund wurde ab dem Jahr 2013 auf die Erhebung des Dekubitus Grad/Kategorie 1 verzichtet. Trotz dieses Verzichts, soll an dieser Stelle auf die Wichtigkeit des Dekubitus Grad/Kategorie 1 hingewiesen werden, denn auch das Vorliegen eines Dekubitus Grad/Kategorie 1 kann auf unzureichende Dekubitusprophylaxe hinweisen.

Aus bisherigen Studien lassen sich nur bedingt Vergleichszahlen für die krankenhausesinterne Dekubitusinzidenz heranziehen. Leffmann (2004) berichtet aus den Jahren 1998 bis 2003 und gibt eine Dekubitusinzidenz von 0,9 bis 1,5 % an. Diese bei der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (EQS) Hamburg erhobenen, nicht risikoadjustierten Daten stammen allerdings aus einer Vollerhebung der Hamburger Krankenhäuser und beziehen sich auf alle Krankenhauspatientinnen und -patienten. Aus einer weiteren nationalen Studie (Dassen et al. 2013) lassen sich zwar die Prävalenzraten für Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden Dekubitusrisiko ableiten, die Rate der neu entstehenden Ulcera jedoch nicht. Auch die Studie von Bours et al. (2003), die das Risikoprofil der untersuchten Patientinnen und Patienten berücksichtigt hat, bezieht sich auf eine Prävalenzrate. Williams et al. (2001) verwenden zwar eine Inzidenzrate (2 % für Grad/Kategorie = 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankenhausesebene und nicht krankenhausesübergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators war somit nicht möglich. Für einen Vergleich mit anderen Ergebnissen ist zudem zu beachten, dass nicht alle Dekubitalulcera abrechnungsrelevant sind. Aus diesem Grund werden in diesem QS-Verfahren ggf. nicht alle Dekubitalulcera erfasst.

Daher ist ein Vergleich der über dieses Verfahren ermittelten Dekubitusrate nur mit Daten möglich, die ebenfalls auf Abrechnungsdaten basieren. Allerdings werden seit der Nutzung der Abrechnungsdaten in diesem QS-Verfahren über 7-mal mehr Dekubitalulcera erfasst als zuvor.

Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

Kennzahl: DEK - 521801

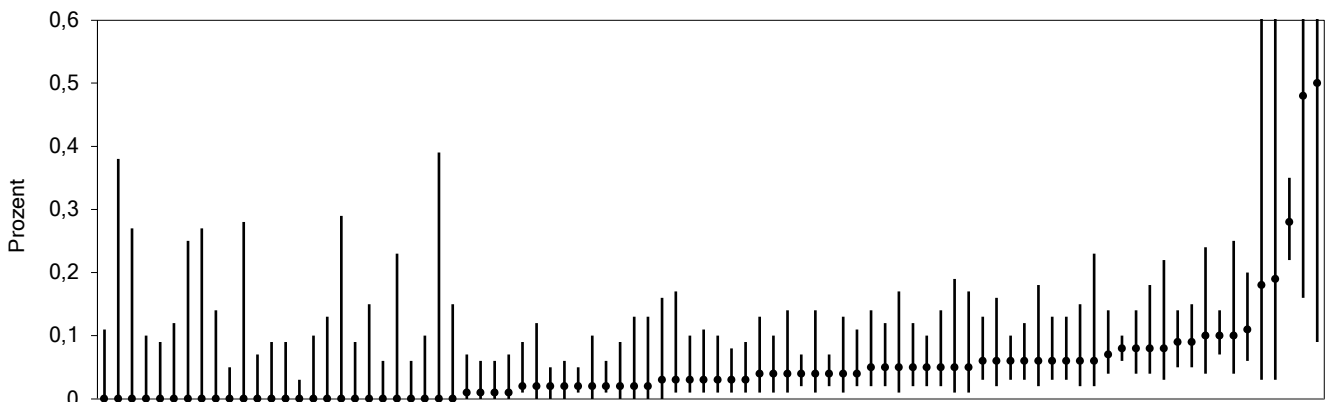
Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

Zähler: 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

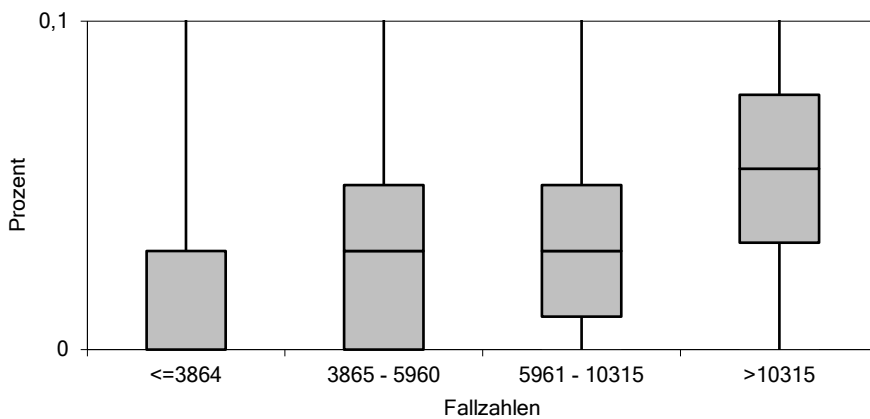
Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
729 156		729 156	
392	0,05	392	0,05
95 % CI		95% CI	
0,05 ; 0,06		0,05 ; 0,06	

Auffälligkeit: n.d.

Vertrauensbereich (in %):



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3864	22
3865 - 5960	22
5961 - 10315	22
>10315	22

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Komplikation, die für Patientinnen und 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 (Leffmann et al. 2003). In der ökonomischen Betrachtung verursacht ein Dekubitus hohe Kosten durch den erhöhten Pflegeaufwand, eine kostenintensive Therapie und verlängerte Krankenhausverweildauer.

Diese Konsequenzen können bei einer wirkungsvollen Prophylaxe zumeist verhindert werden (DNQP 2017). Damit lässt die Dekubitusinzidenz als Qualitätsindikator Aussagen zur Prophylaxequalität zu (Schoonhoven et al. 2007). In einigen deutschen Krankenhäusern wird schon seit längerem die krankenhauserne Dekubitusinzidenz als wichtiger Index für das interne Qualitätsmanagement erhoben. Die Dekubitusinzidenz wird international als Ergebnisindikator und als sog. Patientensicherheitsindikator in einem sehr relevanten Bereich eingesetzt (AHRQ/HHS.gov 2017, Gehrlach et al. 2008, Montalvo 2007, BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes aller vollstationären Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 20 Jahren neu auftreten.

Inzidenzraten variieren u. a. in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen bspw. zwischen 7 und 38 % in der Akutpflege und zwischen 7 und 23,9 % in der Langzeitpflege (NPUAP 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 Patientinnen und Patienten aufweisen. Die Neuentstehung eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes wird in hohem Maße durch die systematische Identifikation dieser Risikofaktoren und die Qualität der erbrachten Dekubitusprophylaxe beeinflusst. Nur in wenigen Fällen ist ein Dekubitus durch prophylaktische Maßnahmen nicht vermeidbar.

Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

Kennzahl: DEK - 521801

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Um die Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten bei der Auswertung zu berücksichtigen, wird ein risikoadjustierter Qualitätsindikator berechnet. Für die Ermittlung der dabei benötigten erwarteten Rate an Dekubitalulcera je Krankenhaus ist es erforderlich auch die Risikofaktoren von denen ohne Dekubitus zu kennen. Um den dadurch entstehenden Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, wurde ab dem Erfassungsjahr 2013 die Risikostatistik eingeführt, in der jeweils nach Abschluss des Erfassungsjahres automatisiert auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten das Vorliegen der Risikofaktoren für alle relevanten Fälle übermittelt wird. Darüber hinaus wird anhand der Risikostatistik die Grundgesamtheit des Indikators berechnet (d. h. die Summe aller für dieses QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle eines Krankenhauses). Eine QS-Dokumentation für Fälle mit Dekubitus ist zusätzlich notwendig, um zwischen Dekubitalulcera, die im Krankenhaus entstanden sind, und solchen, die bei Aufnahme in das Krankenhaus bereits vorhanden waren, unterscheiden zu können.

Um die Schwere des Dekubitus einschätzen zu können, wird dieser nach einer Gradierungsskala eingeteilt. Die Nutzung des Codes L89.- aus dem ICD-10-GM (DIMDI 2019) kann hier zu einer krankenhausesübergreifend einheitlichen Dokumentation beitragen (siehe auch Einleitung).

Kontrovers diskutiert wurde die bisher sichere Einschätzung von Grad/Kategorie 1, mit der eine anhaltende, umschriebene Rötung gemeint ist.

Da hier die Haut noch intakt ist, fällt es nicht immer leicht, diesen Zustand als Dekubitus zu erkennen (Hoppe et al. 2008, Kottner et al. 2009). Aus diesem Grund wurde ab dem Jahr 2013 auf die Erhebung des Dekubitus Grad/Kategorie 1 verzichtet. Trotz dieses Verzichts, soll an dieser Stelle auf die Wichtigkeit des Dekubitus Grad/Kategorie 1 hingewiesen werden, denn auch das Vorliegen eines Dekubitus Grad/Kategorie 1 kann auf unzureichende Dekubitusprophylaxe hinweisen.

Aus bisherigen Studien lassen sich nur bedingt Vergleichszahlen für die krankenhausesinterne Dekubitusinzidenz heranziehen. Leffmann (2004) berichtet aus den Jahren 1998 bis 2003 und gibt eine Dekubitusinzidenz von 0,9 bis 1,5 % an. Diese bei der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (EQS) Hamburg erhobenen, nicht risikoadjustierten Daten stammen allerdings aus einer Vollerhebung der Hamburger Krankenhäuser und beziehen sich auf alle Krankenhauspatientinnen und -patienten. Aus einer weiteren nationalen Studie (Dassen et al. 2013) lassen sich zwar die Prävalenzraten für Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden Dekubitusrisiko ableiten, die Rate der neu entstehenden Ulcera jedoch nicht. Auch die Studie von Bours et al. (2003), die das Risikoprofil der untersuchten Patientinnen und Patienten berücksichtigt hat, bezieht sich auf eine Prävalenzrate. Williams et al. (2001) verwenden zwar eine Inzidenzrate (2 % für Grad/Kategorie = 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankensebene und nicht krankenhausesübergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators war somit nicht möglich. Für einen Vergleich mit anderen Ergebnissen ist zudem zu beachten, dass nicht alle Dekubitalulcera abrechnungsrelevant sind. Aus diesem Grund werden in diesem QS-Verfahren ggf. nicht alle Dekubitalulcera erfasst.

Daher ist ein Vergleich der über dieses Verfahren ermittelten Dekubitusrate nur mit Daten möglich, die ebenfalls auf Abrechnungsdaten basieren. Allerdings werden seit der Nutzung der Abrechnungsdaten in diesem QS-Verfahren über 7-mal mehr Dekubitalulcera erfasst als zuvor.

Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

Kennzahl: DEK - 521800

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

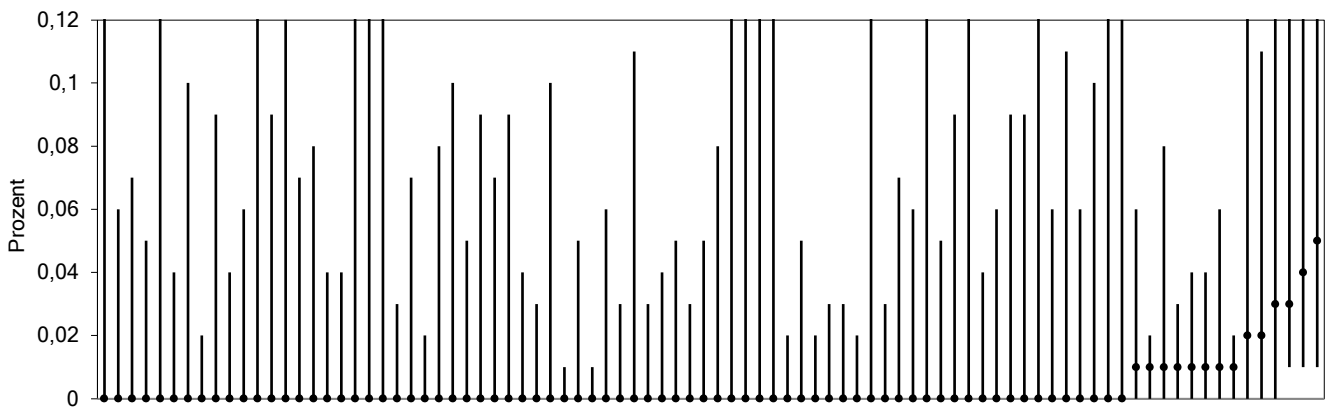
Zähler: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
729	156	729	156
19	0,00	19	0,00

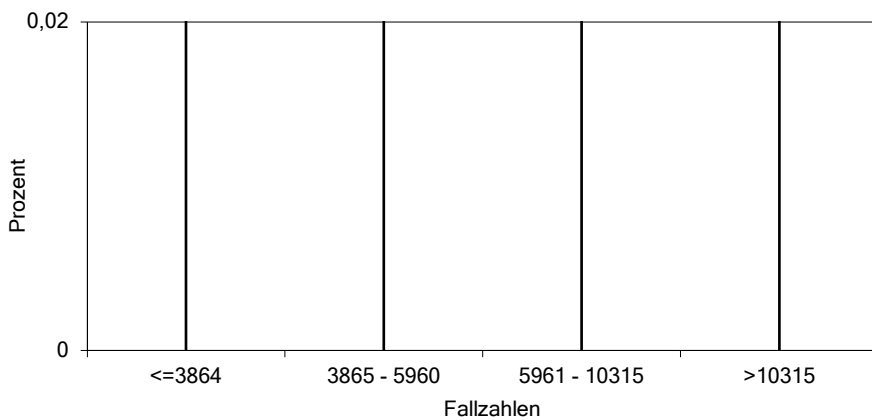
95 % CI	95 % CI
0,00 ; 0,00	0,00 ; 0,00

Auffälligkeit: n.d.

Vertrauensbereich (in %):



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3864	22
3865 - 5960	22
5961 - 10315	22
>10315	22

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Komplikation, die für Patientinnen und 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 (Leffmann et al. 2003). In der ökonomischen Betrachtung verursacht ein Dekubitus hohe Kosten durch den erhöhten Pflegeaufwand, eine kostenintensive Therapie und verlängerte Krankenhausverweildauer.

Diese Konsequenzen können bei einer wirkungsvollen Prophylaxe zumeist verhindert werden (DNQP 2017). Damit lässt die Dekubitusinzidenz als Qualitätsindikator Aussagen zur Prophylaxequalität zu (Schoonhoven et al. 2007). In einigen deutschen Krankenhäusern wird schon seit längerem die krankenhauserne Dekubitusinzidenz als wichtiger Index für das interne Qualitätsmanagement erhoben. Die Dekubitusinzidenz wird international als Ergebnisindikator und als sog. Patientensicherheitsindikator in einem sehr relevanten Bereich eingesetzt (AHRQ/HHS.gov 2017, Gehrlach et al. 2008, Montalvo 2007, BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007). Mit diesem Qualitätsindikator wird die Rate der Dekubitalulcera gemessen, die während des stationären Aufenthaltes aller vollstationären Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 20 Jahren neu auftreten.

Inzidenzraten variieren u. a. in Abhängigkeit vom Versorgungssektor und von Fachabteilungen bspw. zwischen 7 und 38 % in der Akutpflege und zwischen 7 und 23,9 % in der Langzeitpflege (NPUAP 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 Patientinnen und Patienten aufweisen. Die Neuentstehung eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes wird in hohem Maße durch die systematische Identifikation dieser Risikofaktoren und die Qualität der erbrachten Dekubitusprophylaxe beeinflusst. Nur in wenigen Fällen ist ein Dekubitus durch prophylaktische Maßnahmen nicht vermeidbar.

Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

Kennzahl: DEK - 521800

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Um die Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten bei der Auswertung zu berücksichtigen, wird ein risikoadjustierter Qualitätsindikator berechnet. Für die Ermittlung der dabei benötigten erwarteten Rate an Dekubitalulcera je Krankenhaus ist es erforderlich auch die Risikofaktoren von denen ohne Dekubitus zu kennen. Um den dadurch entstehenden Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, wurde ab dem Erfassungsjahr 2013 die Risikostatistik eingeführt, in der jeweils nach Abschluss des Erfassungsjahres automatisiert auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten das Vorliegen der Risikofaktoren für alle relevanten Fälle übermittelt wird. Darüber hinaus wird anhand der Risikostatistik die Grundgesamtheit des Indikators berechnet (d. h. die Summe aller für dieses QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle eines Krankenhauses). Eine QS-Dokumentation für Fälle mit Dekubitus ist zusätzlich notwendig, um zwischen Dekubitalulcera, die im Krankenhaus entstanden sind, und solchen, die bei Aufnahme in das Krankenhaus bereits vorhanden waren, unterscheiden zu können.

Um die Schwere des Dekubitus einschätzen zu können, wird dieser nach einer Gradierungsskala eingeteilt. Die Nutzung des Kodes L89.- aus dem ICD-10-GM (DIMDI 2019) kann hier zu einer krankenhausesübergreifend einheitlichen Dokumentation beitragen (siehe auch Einleitung).

Kontrovers diskutiert wurde die bisher sichere Einschätzung von Grad/Kategorie 1, mit der eine anhaltende, umschriebene Rötung gemeint ist.

Da hier die Haut noch intakt ist, fällt es nicht immer leicht, diesen Zustand als Dekubitus zu erkennen (Hoppe et al. 2008, Kottner et al. 2009). Aus diesem Grund wurde ab dem Jahr 2013 auf die Erhebung des Dekubitus Grad/Kategorie 1 verzichtet. Trotz dieses Verzichts, soll an dieser Stelle auf die Wichtigkeit des Dekubitus Grad/Kategorie 1 hingewiesen werden, denn auch das Vorliegen eines Dekubitus Grad/Kategorie 1 kann auf unzureichende Dekubitusprophylaxe hinweisen.

Aus bisherigen Studien lassen sich nur bedingt Vergleichszahlen für die krankenhausesinterne Dekubitusinzidenz heranziehen. Leffmann (2004) berichtet aus den Jahren 1998 bis 2003 und gibt eine Dekubitusinzidenz von 0,9 bis 1,5 % an. Diese bei der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (EQS) Hamburg erhobenen, nicht risikoadjustierten Daten stammen allerdings aus einer Vollerhebung der Hamburger Krankenhäuser und beziehen sich auf alle Krankenhauspatientinnen und -patienten. Aus einer weiteren nationalen Studie (Dassen et al. 2013) lassen sich zwar die Prävalenzraten für Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden Dekubitusrisiko ableiten, die Rate der neu entstehenden Ulcera jedoch nicht. Auch die Studie von Bours et al. (2003), die das Risikoprofil der untersuchten Patientinnen und Patienten berücksichtigt hat, bezieht sich auf eine Prävalenzrate. Williams et al. (2001) verwenden zwar eine Inzidenzrate (2 % für Grad/Kategorie = 2) als Ergebnisparameter für die Dekubitusprophylaxe, diese wurde aber lokal auf Krankensebene und nicht krankenhausesübergreifend risikoadjustiert. Ein Vergleich mit der risikoadjustierten Inzidenzrate des Generalindikators war somit nicht möglich. Für einen Vergleich mit anderen Ergebnissen ist zudem zu beachten, dass nicht alle Dekubitalulcera abrechnungsrelevant sind. Aus diesem Grund werden in diesem QS-Verfahren ggf. nicht alle Dekubitalulcera erfasst.

Daher ist ein Vergleich der über dieses Verfahren ermittelten Dekubitusrate nur mit Daten möglich, die ebenfalls auf Abrechnungsdaten basieren. Allerdings werden seit der Nutzung der Abrechnungsdaten in diesem QS-Verfahren über 7-mal mehr Dekubitalulcera erfasst als zuvor.

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Kennzahl: DEK - 52010

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

Zähler: 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

Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
729 156		729 156	
14		14	
95 % CI		95% CI	

Auffälligkeit: Sentinel Event

Vertrauensbereich (in %):



Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

Ein Dekubitus Grad/Kategorie 4 ist eine äußerst schwerwiegende Komplikation, die für die Patientin, den Patienten mit einem hohen persönlichen Leidensdruck, Schmerzen und langer Heilungsdauer verbunden ist und durch eine wirkungsvolle Prophylaxe zumeist verhindert werden kann. Dementsprechend wird hier als Qualitätsziel formuliert, dass bei einer Patientin, einem Patienten die Entwicklung eines Dekubitus Grad/Kategorie 4 während des Krankenhausaufenthaltes absolut vermieden werden soll. Dennoch weist die Fachgruppe in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nicht bei allen Patientinnen und Patienten ein Dekubitus erfolgreich verhindert werden kann. Es gibt Patientinnen und Patienten, bei denen die pflegerischen prophylaktischen Interventionen nicht angewendet werden können (z. B. wenn aufgrund starker Schmerzen keine Lagerungsveränderungen und/oder Mikrolagerungen toleriert werden), sowie Patientinnen und Patienten, bei denen auch die entsprechenden pflegerischen prophylaktischen Interventionen die Entstehung eines Dekubitus nicht verhindern können (DNQP 2017). In der Regel handelt es sich hier um Patientinnen und Patienten, bei denen sich Risikofaktoren zur Dekubitusentstehung kumulieren und zugleich sehr schwere, lebensbedrohliche Ereignisse vorliegen.

Es muss hervorgehoben werden, dass es sich hier um eine sehr kleine Patientengruppe handelt, denn in der Regel sind gezielte pflegerische Prophylaxen auch bei hoher Dekubitusgefährdung erfolgreich.

Um herauszufinden, ob gravierende Qualitätsprobleme vorliegen, wird die Entstehung eines hochgradigen Dekubitus (Grad/Kategorie 4) als "Sentinel Event" erfasst, bei dem in jedem Einzelfall eine Analyse erfolgen soll.

Jahresauswertung 2020

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Modul DEK

Basisauswertung

Gesamt Rheinland-Pfalz



Basisdaten

Datensätze						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten (Basisbögen)	-		12.201			
Anzahl Datensätze (Dekubitus-Bögen)	-		15.675			

Behandlungszeit						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage): Median	-	-		12,00		
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage): Mittelwert	-	-		18,29		
Anzahl Patienten (Basisbögen)	-		12.201			

Patient

Altersverteilung (Jahre)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
20 - 24 Jahre	-	-	20	0,16		
25 - 29 Jahre	-	-	24	0,20		
30 - 34 Jahre	-	-	20	0,16		
35 - 39 Jahre	-	-	59	0,48		
40 - 44 Jahre	-	-	70	0,57		
45 - 49 Jahre	-	-	116	0,95		
50 - 54 Jahre	-	-	273	2,24		
55 - 59 Jahre	-	-	500	4,10		
60 - 64 Jahre	-	-	730	5,98		
65 - 69 Jahre	-	-	1.032	8,46		
70 - 74 Jahre	-	-	1.231	10,09		
75 - 79 Jahre	-	-	1.855	15,20		
80 - 84 Jahre	-	-	2.598	21,29		
85 - 89 Jahre	-	-	2.171	17,79		
90 - 94 Jahre	-	-	1.168	9,57		
>= 95 Jahre	-	-	334	2,74		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Geschlecht						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 männlich	-	-	6.224	51,01		
2 weiblich	-	-	5.977	48,99		
3 divers	-	-	0	0,00		
8 unbestimmt	-	-	0	0,00		
9 unbekannt	-	-	0	0,00		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Aufnahme

Aufnahmegrund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Krankenhausbehandlung, vollstationär	-	-	11.939	97,85		
02 Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung	-	-	260	2,13		
05 stationäre Entbindung	-	-	1	0,01		
07 Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003	-	-	1	0,01		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Dekubitus

Dekubitus						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Dekubitalulzera	-		15.675			
Gradeinteilung des Dekubitus:						
2. Grad	-	-	10.078 / 15.675	64,29		
3. Grad	-	-	3.739 / 15.675	23,85		
4. Grad	-	-	1.642 / 15.675	10,48		
Grad nicht näher bezeichnet	-	-	216 / 15.675	1,38		
Lokalisation:						
0 Kopf	-	-	268 / 15.675	1,71		
1 Obere Extremität	-	-	229 / 15.675	1,46		
2 Dornfortsätze	-	-	118 / 15.675	0,75		
3 Beckenkamm	-	-	210 / 15.675	1,34		
4 Kreuzbein	-	-	6.200 / 15.675	39,55		
5 Sitzbein	-	-	2.234 / 15.675	14,25		
6 Trochanter	-	-	857 / 15.675	5,47		
7 Ferse	-	-	3.374 / 15.675	21,52		
8 Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	-	-	1.456 / 15.675	9,29		
9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	-	-	729 / 15.675	4,65		
Seitenlokalisierung:						
beidseitig	-	-	1.773 / 15.675	11,31		
links	-	-	2.605 / 15.675	16,62		
rechts	-	-	2.762 / 15.675	17,62		
keine	-	-	8.535 / 15.675	54,45		
Dekubitus bei Aufnahme (POA):						
0 Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden	-	-	3.402 / 15.675	21,70		
1 Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden	-	-	12.230 / 15.675	78,02		
9 Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	-	-	43 / 15.675	0,27		
Dekubitus bei Entlassung (POD):						
0 Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden	-	-	1.642 / 15.675	10,48		
1 Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden	-	-	13.815 / 15.675	88,13		
9 Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	-	-	218 / 15.675	1,39		

Risikofaktoren

Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	7.979	65,40		
1 ja	-	-	4.222	34,60		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Sonstiger Diabetes Mellitus						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	12.116	99,30		
1 ja	-	-	85	0,70		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Eingeschränkte Mobilität						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	5.124	42,00		
1 ja	-	-	7.077	58,00		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Infektion						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	8.217	67,35		
1 ja	-	-	3.984	32,65		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Demenz und Vigilanzstörung						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	9.236	75,70		
1 ja	-	-	2.965	24,30		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Inkontinenz						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	5.658	46,37		
1 ja	-	-	6.543	53,63		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Risikofaktoren (Fortsetzung)

Untergewicht oder Mangelernährung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	11.137	91,28		
1 ja	-	-	1.064	8,72		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Adipositas

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	11.897	97,51		
1 ja	-	-	304	2,49		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Weitere schwere Erkrankungen

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	5.854	47,98		
1 ja	-	-	6.347	52,02		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Dauer der Beatmung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer der Beatmung (Stunden): Median	-	-		0,00		
Dauer der Beatmung (Stunden): Mittelwert	-	-		37,31		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Entlassung

Entlassungsgrund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	6.382	52,31		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	168	1,38		
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	-	-	15	0,12		
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	-	-	77	0,63		
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	-	-	833	6,83		
07 Tod	-	-	2.139	17,53		
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	-	-	28	0,23		
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	-	-	552	4,52		
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	-	-	1.857	15,22		
11 Entlassung in ein Hospiz	-	-	69	0,57		
13 externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	-	-	5	0,04		
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	1	0,01		
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	-	-	72	0,59		
22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	-	-	2	0,02		
28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	-	-	1	0,01		
Anzahl Patienten	-		12.201			

Entlassung und Dekubitusstatus

Entlassung und Dekubitusstatus						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	8.104	66,42		
davon: mit Dekubitalulkus bei Entlassung	-	-	5.527 / 8.104	68,20		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	216	1,77		
davon: mit Dekubitalulkus bei Entlassung	-	-	136 / 216	62,96		
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	-	-	1.110	9,10		
davon: mit Dekubitalulkus bei Entlassung	-	-	736 / 1.110	66,31		
07 Tod	-	-	2.866	23,49		
davon: mit Dekubitalulkus bei Entlassung	-	-	2.040 / 2.866	71,18		
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	-	-	684	5,61		
davon: mit Dekubitalulkus bei Entlassung	-	-	435 / 684	63,60		
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	-	-	2.352	19,28		
davon: mit Dekubitalulkus bei Entlassung	-	-	1.648 / 2.352	70,07		
11 Entlassung in ein Hospiz	-	-	88	0,72		
davon: mit Dekubitalulkus bei Entlassung	-	-	59 / 88	67,05		
Anzahl Dekubitalulzera	-		15.675			