

Auslösekriterien	- <b>diagnosebezogen (ICD L89.1, L89.2, L89.3, L89.9)</b> - <b>ganzjährig</b> - <b>über alle Patienten ab einem Alter von 20 Jahren</b>	<b>Für alle Felder außer Feld 15 (POA) und Feld 16 (POD) gilt: Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</b>	
	<b>Ab Spezifikation 2016 wird ein Dekubitus mit "Grad / Kategorie" beschrieben. Der Ausdruck "Kategorie" wird als wertungsfreier Begriff eingeführt.</b>		
	<b>KEINE Änderungen im Leistungsbereich</b>  Die <b>Risikostatistik</b> dient als Grundlage für die Risikoadjustierung von Indikatoren im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe. Die Übermittlung der Risikostatistik ist für alle nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser verpflichtend. Dies gilt auch für Einrichtungen, welche keine den Auslösebedingungen des Leistungsbereiches „DEK - Dekubitusprophylaxe“ entsprechenden Fälle behandelt haben (d.h. alle Patienten ab einem Alter von 20 Jahren werden in die Risikostatistik eingeschlossen).		
<b>QS-Datensatz 2015</b>	<b>QS-Datensatz 2016</b>		<b>Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld</b>
<b>Feld-Nr. und Fragestellung</b>	<b>im Vergleich zu 2015</b>	<b>Änderung/Ergänzung</b>	
<b>BASIS</b>			
<b>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1 (Institutionskennzeichen)	=	1 (Institutionskennzeichen)	
2 (Entlassender Standort)	<b>redaktionelle Änderung</b>	2 ( <b>entlassender</b> Standort)	Seit 2014 wird in Anlehnung an die Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) in allen Leistungsbereichen ein Feld zum Standort eingeführt. Um eine einheitliche Operationalisierung zwischen den unterschiedlichen Regelkreisen sicherzustellen, werden sowohl das Feld „Entlassender Standort“ als auch der Ausfüllhinweis dem §21 KHEntgG entnommen: Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der <b>einrichtungs- und sektorenübergreifenden</b> Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.
2 (Betriebsstätten-Nummer)	=	3 (Betriebsstätten-Nummer)	<b>Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional (Kannfeld) und darf von der QS-Software vorgelegt werden.</b>
4 (Fachabteilung nach § 301-Vereinbarung)	=	4 (Fachabteilung nach § 301-Vereinbarung)	
5 (Pat.-ID)	=	5 (Pat.-ID)	
6 (Geburtsdatum)	=	6 (Geburtsdatum)	
7 (Geschlecht)	<b>Schlüsseländerung:</b> "1 = männlich" "2 = weiblich" "9 = unbekannt", bisher Schlüsselnr. 3	7 (Geschlecht)	
8 (Aufnahmedatum KH)	=	8 (Aufnahmedatum KH)	
9 (Aufnahmegrund)	<b>Schlüsseländerung:</b> <b>Nr. 3 und 4 entfallen und alle geändert auf 2stellige Schlüsselzahlen</b> 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme	9 (Aufnahmegrund)	<b>ab 2016 entfallen:</b> 3 = Krankenhausbehandlung, teilstationär 4 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
10 (Entlassungsdatum KH)	=	10 (Entlassungsdatum KH)	
11 (Entlassungsgrund nach § 301-Vereinbarung))	<b>Schlüsseländerung:</b> <b>2stellige Schlüsselzahlen, statt "1 =..." jetzt "01 =..."</b>	11 (Entlassungsgrund nach § 301-Vereinbarung))	

DEKUBITUS			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Dekubitus			
12 (wievielter Dekubitus?)	redaktionelle Änderung	12 (Wievielter Dekubitus?)	Laufende Nummer des Dekubitus. Hier sind alle Dekubitusulcera für einen Patienten ab einem Grad/ <b>Kategorie 2</b> zu kodieren.
13 (Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitus (mit Lokalisation))	=	13 (Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus) <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	<p>Es ist für alle im Abrechnungsdatensatz mit L89.1-, L89.2-, L89.3- oder L89.9 kodierten Dekubitus der Schweregrad / die <b>Kategorie</b> anzugeben. Dieser entspricht den Angaben im Abrechnungsdatensatz. Dekubitusulcera mit einem Grad/<b>einer Kategorie 1</b> (L89.0-) sind nicht zu dokumentieren.</p> <p><u>L89.1- Dekubitus 2. Grades:</u> Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und / oder Dermis oder Hautverlust o.n.A.</p> <p><u>L89.2- Dekubitus 3. Grades:</u> Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann.</p> <p><u>L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet:</u> Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades. <b>Gemäß dem Votum der Bundesfachgruppe wird ein Dekubitus, Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet als Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 interpretiert. Es handelt sich dabei demnach um einen Dekubitus bei dem die Wunde von Belag bedeckt ist. Die tatsächliche Tiefe kann daher nicht festgestellt werden.</b></p> <p><u>L89.3- Dekubitus 4. Grades:</u> Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln). Daneben ist die Lokalisation anzugeben: Die Lokalisation entspricht der fünften Stelle des L89.- ICD-Kodes. Wird der Punkt in L89.- mit gezählt, handelt es sich um die sechste Stelle.</p> <p>0 = Kopf 1 = Obere Extremität 2 = Dornfortsätze 3 = Beckenkamm, Spina iliaca 4 = Kreuzbein, Steißbein 5 = Sitzbein 6 = Trochanter 7 = Ferse</p>
14 (Seitenlokalisierung)	=	14 (Seitenlokalisierung)	<p>Kodierung der Seitenlokalisierung des unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" angegebenen Dekubitus. Das Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung bezeichnet die Seitenlokalisierung (Format: § 301-Vereinbarung):</p> <p>B = beide Seiten L = linke Seite R = rechte Seite K = keine Seitenlokalisierung angegeben</p> <p>Hinweis: K wird generiert, wenn keine Seitenangabe für den unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" dokumentierten Dekubitus in den Abrechnungsdaten nach § 301-Vereinbarung zu finden ist.</p>
15 (War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission"))	=	15 (War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")) <span style="color: red;">bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</span>	<p><b>manuelle Dokumentation</b></p> <p>Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Aufnahme ein Dekubitus (<b>an dieser Stelle, unabhängig vom Grad/von der Kategorie des Dekubitus</b>) vorlag.</p> <p>Der "POA-Indikator" wird wie folgt kodiert: 0 = Nein: Diagnose war bei Krankenseintritt nicht vorhanden. 1 = Ja: Diagnose war bei Krankenseintritt vorhanden. 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation</p> <p><b>Hinweis:</b> Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei Aufnahme ein Dekubitus auf beiden Seiten unabhängig vom Grad/von der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf einer Seite kein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben.</p> <p>Bei Wiederaufnahmen mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das erste Aufnahmedatum.</p> <p>Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016 bis zum 10.1.2016 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016 bis zum 20.1.2016</p> <p>Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 05.01.2016 vorlag.</p>

16 (War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge"))	=	16 (War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")) <b>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</b>	<b>manuelle Dokumentation</b> Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Entlassung ein Dekubitus ( <b>an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad/von der Kategorie des Dekubitus</b> ) vorlag. Der "POD- Indikator" wird wie folgt kodiert: 0 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden. 1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden. 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation <b>Hinweis:</b> Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei Entlassung ein Dekubitus aus einer der beiden Seiten unabhängig vom Grad/von der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf keiner der Seiten ein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben. Bei Wiederaufnahme mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das letzte Entlassungsdatum. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016 bis zum 10.01.2016 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016 bis zum 20.01.2016 Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 20.01.2016 vorlag.
<b>BASIS</b>			
<b>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Risikofaktoren</b>			
17 (Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2)	=	17 (Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2)	aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn E10.- nach ICD-10-GM: "Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus" [Typ-1-Diabetes] oder E11.-: "Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus" [Typ-2-Diabetes]
18 (Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus)	redaktionelle Änderung	18 (nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus)	aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn E12.- "Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung" [Malnutrition] oder E13.- " Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus" oder E14.- "Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus" oder E16.- " Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas" nach ICD-10-GM
18 (Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie)	=	19 (Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie)	aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn G82.- nach ICD-10-GM: "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie"
20 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen)	redaktionelle Änderung	20 ( hochaufwendige Pflege von Erwachsenen)	aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn OPS-Kode 9-200: "Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen" vorliegt
21 (Beatmungsstunden >= 1 Stunde)	=	21 (Beatmungsstunden >= 1 Stunde)	aus den Routinedaten generiert, wenn der Patient mindestens 1 Stunde beatmet wurde.
22 (Dauer der Beatmung) Angabe in: Stunden Gültige Angabe: ≥ 1 Stunden	=	22 (Dauer der Beatmung) Angabe in: Stunden Gültige Angabe: ≥ 1 Stunden	Es wird hier die Anzahl der Beatmungsstunden aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses abgeleitet.