

Stand: Dezember 2017

V04

Auslösekriterien	- diagnosebezogen (ICD L89.1, L89.2, L89.3, L89.9) - ganzjährig - über alle Patienten ab einem Alter von 20 Jahren	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.	
	Ab Spezifikation 2016 wird ein Dekubitus mit "Grad / Kategorie" beschrieben. Der Ausdruck "Kategorie" wird als wertungsfreier Begriff eingeführt.		
	Die Risikostatistik 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). Ab dem Erfassungsjahr 2018 erfolgt die Erstellung der Risikostatistik fallbezogen, d.h. für jeden Fall wird eine Zeile in der Risikostatistik erstellt.		
QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
BASIS			
<i>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</i>			
Basisdokumentation			
1 (Institutionskennzeichen)	=	1 (Institutionskennzeichen)	
2 (entlassender Standort)	=	2 (entlassender Standort)	.. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.
3 (Betriebsstätten-Nummer)	=	3 (Betriebsstätten-Nummer)	
4 (Fachabteilung nach § 301-Vereinbarung)	=	4 (Fachabteilung nach § 301-Vereinbarung)	
5 (Pat.-ID)	=	5 (Pat.-ID)	
6 (Geburtsdatum)	=	6 (Geburtsdatum)	
7 (Geschlecht)	=	7 (Geschlecht)	Schlüssel: "1 = männlich" "2 = weiblich" "8 = unbestimmt" "9 = unbekannt"
8 (Aufnahmedatum KH)	=	8 (Aufnahmedatum KH)	
9 (Aufnahmegrund)	=	9 (Aufnahmegrund)	
10 (Entlassungsdatum KH)	=	10 (Entlassungsdatum KH)	
11 (Entlassungsgrund nach § 301-Vereinbarung))	=	11 (Entlassungsgrund nach § 301-Vereinbarung))	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de
DEKUBITUS			
<i>Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden</i>			
Dekubitus			
12 (Wievielter Dekubitus?)	=	12 (Wievielter Dekubitus?)	
13 (Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus) http://www.dimdi.de	=	13 (Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus) http://www.dimdi.de Ab dem Erfassungsjahr 2018 wird ein „Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet“ nicht mehr als „Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4“ interpretiert.	Es ist für alle im Abrechnungsdatensatz mit L89.1-, L89.2-, L89.3- oder L89.9 kodierten Dekubitus der Schweregrad / die Kategorie anzugeben. Dieser entspricht den Angaben im Abrechnungsdatensatz. Dekubitusulcera mit einem Grad / einer Kategorie 1 (L89.0-) sind nicht zu dokumentieren. L89.1- Dekubitus 2. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/ oder Dermis oder Hautverlust o.n.A. L89.2- Dekubitus 3. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann. L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades. 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. L89.3- Dekubitus 4. Grades: 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. 0 = Kopf 1 = Obere Extremität 2 = Dornfortsätze 3 = Beckenkamm [Spina iliaca] 4 = Kreuzbein [Steißbein] 5 = Sitzbein 6 = Trochanter 7 = Ferse 8 = Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität 9 = Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen Die Seitenlokalisierung ist dem Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung für den L89.- zu entnehmen und ist im nachfolgenden Datenfeld "Seitenlokalisierung" zu kodieren.

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
14 (Seitenlokalisierung)	=	14 (Seitenlokalisierung)	Kodierung der Seitenlokalisierung des unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" angegebenen Dekubitus. Das Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung bezeichnet die Seitenlokalisierung (nach Format: § 301-Vereinbarung): 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.
15 (War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")) <i>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</i>	=	15 (War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")) <i>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</i>	manuelle Dokumentation Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Aufnahme ein Dekubitus (an dieser Stelle, unabhängig vom Grad/von der Kategorie des Dekubitus) vorlag. Der "POA-Indikator" wird wie folgt kodiert: 0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden. 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden. 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation. Hinweis: 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. Bei Wiederaufnahmen mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das erste Aufnahmedatum. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2017 bis zum 10.1.2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 bis zum 20.1.2017 Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 05.01.2017
16 (War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")) <i>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</i>	=	16 (War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")) <i>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</i>	manuelle Dokumentation Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Entlassung ein Dekubitus (an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad/von der Kategorie des Dekubitus) 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 Hinweis: 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 05.01.2017 bis zum 10.01.2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 bis zum 20.01.2017

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Risikofaktoren			
17 (Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2 gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-)	=	17 (Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2 gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-)	<p>automatisch 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]</p> <p>E10.- "Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus" [Typ-1-Diabetes]- „Diabetes mellitus, Typ 1“</p> <p>E11.- "Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus" [Typ-2-Diabetes]- „Diabetes mellitus, Typ 2“</p>
18 (nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus gemeint ist "Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus" gemäß ICD-10-GM: E13.-)	inhaltliche Präzisierung	18 (sonstige Diabetes Mellitus gemäß ICD-10-GM: E13.-)	<p>automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn E13.- " Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus" nach ICD-10-GM vorliegt</p>
19 (eingeschränkte Mobilität gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3)	=	19 (eingeschränkte Mobilität gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3)	<p>automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>G20.- „Primäres Parkinson-Syndrom“ G81.- „Hemiparese und Hemiplegie“ G82.- „Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie“ G83.- „Sonstige Lähmungssyndrome“ M24.5 „Gelenkkontraktur“ M62.- „Sonstige Muskelkrankheiten“ R26.3 „Immobilität“ R40.- „Somnolenz, Sopor und Koma“ R46.- „Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen“ S14.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe“ S24.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe“ Z74.0 „Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität“ Z99.3 „Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl“</p>
20 (Infektion gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.-)	=	20 (Infektion gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.-)	<p>automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>A40.- „Streptokokkensepsis“ A41.- „Sonstige Sepsis“ J15.- „Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert“ J16.- „Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert“ J17.-* „Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ J18.- „Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet“ J69.- „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“ M72.6- „Nekrotisierende Faszitis“ M86.- „Osteomyelitis“ R57.2 „Septischer Schock“ R65.-! „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“</p>
21 (Demenz und Vigilanzstörung gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.-)	=	21 (Demenz und Vigilanzstörung gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.-)	<p>automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>F00.-* „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ F01.- „Vaskuläre Demenz“ F02.-* „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ F03.- „Nicht näher bezeichnete Demenz“ G30.- † „Alzheimer-Krankheit“</p>
22 (Inkontinenz gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15.-, R32.-)	=	22 (Inkontinenz gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15.-, R32.-)	<p>automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>N39.- „Sonstige Krankheiten des Harnsystems“ R15.- „Stuhlinkontinenz“ R32.- „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“</p>
23 (Untergewicht oder Mangelernährung gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64.-)	=	23 (Untergewicht oder Mangelernährung gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64.-)	<p>automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E41.- „Alimentärer Marasmus“ E43.- „Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung“ E44.- „Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades“ E46.- „Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung“ R64.- „Kachexie“</p>
24 (Adipositas gemäß ICD-10-GM: E66.X2)	=	24 (Adipositas gemäß ICD-10-GM: E66.X2)	<p>automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E66.X2 „Adipositas“ mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr“</p>

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
25 (weitere schwere Erkrankungen gemäß ICD-10-GM: B37.1, B37.7, D50.-, D51.-, D52.-, D53.-, D61.-, D62.-, D63.-, D64.-, D72.8, G63.2, K70.-, K72.-, K74.-, N17.-, N18.4, N18.5, N99.0, R18, R34, R60.-, R77.0, U69.00, Z99.2)	=	25 (weitere schwere Erkrankungen gemäß ICD-10-GM: B37.1, B37.7, D50.-, D51.-, D52.-, D53.-, D61.-, D62.-, D63.-, D64.-, D72.8, G63.2, K70.-, K72.-, K74.-, N17.-, N18.4, N18.5, N99.0, R18, R34, R60.-, R77.0, U69.00, Z99.2)	automatisch aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: B37.1 „Kandidose der Lunge“ B37.7 „Candida-Sepsis“ D50.- „Eisenmangelanämie“ D51.- „Vitamin-B12-Mangelanämie“ D52.- „Folsäure-Mangelanämie“ D53.- „Sonstige alimentäre Anämien“ D61.- „Sonstige aplastische Anämien“ D62.- „Akute Blutungsanämie“ D63.-* „Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“ D64.- „Sonstige Anämien“ D72.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten“ G63.2* „Diabetische Polyneuropathie“ K70.- „Alkoholische Leberkrankheit“ K72.- „Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert“ K74.- „Fibrose und Zirrhose der Leber“ N17.- „Akutes Nierenversagen“ N18.4 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4“ N18.5 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5“ N99.0 „Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen“ R18 „Aszites“ R34 „Anurie und Oligurie“ R60.- „Ödem, anderenorts nicht klassifiziert“ R77.0 „Veränderungen der Albumine“ U69.00! „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter“ Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“
26 (Dauer der Beatmung) Angabe in: Stunden Gültige Angabe: ≥ 0 Stunden	=	26 (Dauer der Beatmung) Angabe in: Stunden Gültige Angabe: ≥ 0 Stunden	Es wird hier die Anzahl der Beatmungsstunden aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses abgeleitet.