
■ MERKBLATT FÜR KRANKENHÄUSER DEKUBITUSPROPHYLAXE EJ 2013

Ab dem Erfassungsjahr 2013 sind folgende Änderungen vorgesehen:

1. Es werden in der QS-Dokumentation zukünftig ausschließlich Patienten **mit** einem Dekubitus erfasst. Eine Dokumentation für Patienten ohne Dekubitus entfällt.
2. Die QS-Auslösung erfolgt zukünftig über den ICD 10 L89. Es werden in der QS-Dokumentation zukünftig ausschließlich Dekubitalulzera ab Grad 2 (ICD 10 L89.1, L89.2, L89.3) sowie auch nicht näher bezeichnete Dekubitalulzera (ICD 10 L89.9) erfasst. Eine QS-Dokumentation für Dekubitalulzera Grad 1 entfällt. Sollten mehrere dokumentationspflichtige Dekubitalulzera vorliegen, ist zukünftig für jede identifizierbare Kombination aus Körper- und Seitenlokalisation für den jeweils höchstgradigen Dekubitus ein Teildatensatz auszufüllen.
3. Es werden alle Patienten ab einem Alter von mindestens 20 Jahren erfasst. Die bisherige Eingrenzung des Alters auf Patienten über 74 Jahren entfällt zukünftig.
4. Es werden zukünftig über das ganze Jahr Patienten mit Dekubitus erfasst, die bisherige Einschränkung auf das erste Quartal entfällt.
5. Die Datenerfassung soll automatisch aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser generiert werden. Lediglich die Angaben zur Frage, ob der Dekubitus bereits bei Aufnahme (Present on Admission: POA) bzw. noch bei Entlassung (Present on Discharge: POD) vorlag, müssen zusätzlich (nicht automatisch) erhoben werden.

Aufgrund dieser Änderungen wird eine erhebliche Reduzierung der Anzahl der zu dokumentierenden Fälle erwartet (bundesweit ca. 700.000 Fälle weniger).

Ergänzend zur Dokumentation für Patienten mit Dekubitus wird für eine sachgerechte Risikoadjustierung weiterhin eine aggregierte Basisinformation (Risikostatistik) über alle vollstationären Patienten des Krankenhauses ab 20 Jahren benötigt. Zukünftig werden diese Informationen automatisiert auf Basis vorhandener Daten in den Krankenhäusern erstellt und anschließend in einer Risikostatistik zusammengefasst.

Im Einzelnen haben die geplanten Änderungen folgende Auswirkungen:

1. Auslösung der Dokumentationspflicht in den Krankenhäusern

Die Auslösung der Dokumentationspflicht ist in der QS-Filter-Spezifikation festgelegt. Im Erfassungsjahr 2013 sind ausschließlich Patienten mit Dekubitus ab Grad 2 (siehe Algorithmus) und einem Alter von mindestens 20 Jahren dokumentationspflichtig. Für diese gelten die folgenden administrativen Bedingungen¹:

- **Aufnahmedatum ist im Jahr 2013**
(AUFNDATUM ≥ '01.01.2013' UND AUFNDATUM ≤ '31.12.2013')

¹ Der Begriff **administrative Bedingungen** bezieht sich auf den Zeitraum in dem Fälle in die Qualitätssicherung einzuschließen sind.

- UND Entlassungsdatum ist im Jahr 2013, im Jahr 2014 oder (noch) nicht bekannt (UND ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM ≤ '31.12.2014')
- Aufnahmegrund ist ausgefüllt UND nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär) UND nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) (AUFNGRUND \diamond LEER UND AUFNGRUND NICHTIN (3;4))

Algorithmus²: Ein Dekubitus ab Grad 2 liegt vor, wenn in dem Eingangsdatensatz des QS-Filters mindestens einer der folgenden ICD kodiert wurden: L89.1, L89.2, L89.3, L89.9.

2. Sollstatistik

Die Regeln zur Erstellung der Sollstatistik sind ebenfalls in der QS-Filter-Spezifikation festgelegt. Im Erfassungsjahr 2013 werden in der Sollstatistik alle Patienten mit einem Alter von mindestens 20 Jahren und einem Dekubitus ab Grad 2 (siehe Algorithmus) gezählt, für die folgende Bedingungen gelten:

- Aufnahmedatum ist im Jahr 2013 (AUFNDATUM ≥ '01.01.2013' UND AUFNDATUM ≤ '31.12.2013')
- UND Entlassungsdatum ist im Jahr 2013 (UND ENTLDATUM ≤ '31.12.2013')
- Aufnahmegrund ist ausgefüllt UND nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) UND nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) (AUFNGRUND \diamond LEER UND AUFNGRUND NICHTIN (3;4))

Algorithmus: Ein Dekubitus ab Grad 2 liegt vor, wenn in dem Eingangsdatensatz des QS-Filters mindestens einer der folgenden ICD kodiert wurden: L89.1, L89.2, L89.3, L89.9.

3. Zu dokumentierende Inhalte

Die zu dokumentierenden Datenfelder sind entsprechend der Spezifikation zur Datenerhebung 2013 und den dazu gehörenden Ausfüllhinweisen automatisiert der stationären Abrechnungsdokumentation zu entnehmen. Diese dürfen **nicht händisch** dokumentiert werden. Konkret betrifft dies die Datenfelder:

- Institutionskennzeichen
- Betriebsstätten-Nummer
- Fachabteilung
- Identifikationsnummer des Patienten
- Geburtsjahr
- Geschlecht

² Der **Algorithmus** bezeichnet Kriterien eines Krankenhausfalles, wie z.B. Alter, ICD oder OPS oder eine Kombination dieser Merkmale, die dazu führen, dass eine QS-Dokumentation zu erstellen ist.

- Aufnahmedatum Krankenhaus
- Aufnahmegrund
- Entlassungsdatum Krankenhaus
- Entlassungsgrund
- Wievielter Dekubitus
- Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitus (nach Lokalisation und Seitenlokalisierung)
- Seitenlokalisierung des Dekubitus
- Diabetes mellitus Typ 1 oder 2
- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus
- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
- Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
- Beatmungstunden ≥ 1 Stunde
- Dauer der Beatmung

Eine Ausnahme bilden die Datenfelder zu „Present on Admission“ (POA) bzw. „Present on Discharge“ (POD) für die Dekubitusdiagnosen. Diese sind **explizit händisch** zu dokumentieren. Dies betrifft folgende Datenfelder:

- War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“)
- War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“)

4. Risikostatistik

Die Risikostatistik wird benötigt, um risikoadjustierte Analysen im Leistungsbereich „Dekubitusprophylaxe“ durchführen zu können.

Die Risikostatistik enthält zusammengeführte Basisinformationen zu allen vollstationären Patienten ab einem Alter von 20 Jahren. Sie ermöglicht den Verzicht auf eine Dokumentation von Patienten ohne Dekubitus, indem die Häufigkeit der Kombination der folgenden Risikofaktoren tabellarisch abgefragt wird:

- Höchster Grad des Dekubitus
- Altersklasse
- Diabetes mellitus
- Beatmungstunden (kategorisiert)
- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
- Geschlecht

Die technische Umsetzung der Risikostatistik ist an die bekannten Strukturen und Vorgehensweisen im Rahmen der QS-Filter-Spezifikation angelehnt. Es handelt sich jedoch um einen separaten Prozess. Aus diesem Grund werden eine separate Spezifikation und eine technische Dokumentation hierzu erstellt. Die Fristen und Datenwege entsprechen ebenfalls denen der Sollstatistik.

Höchster Grad Dekubitus				Alter (=Verfahrensjahr - Geburtsjahr)								DM		Beatmungsstunden					Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	Geschlecht	Anzahl*
Dek Grad 2	Dek Grad 3	Dek Grad 4	Dek Grad nnb	33-43	44-51	52-58	59-65	66-70	71-74	75-78	79-84	>=85	DM Typ 1 oder 2	DM nnb	>= 1 und <= 8 St	>8 und < =24 St	>24 St und <= 72 St (3 Tage)	>72 St und <= 240 St (10 Tage)			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
...

* Anzahl der Fälle, für die die Merkmalskombination zutrifft

Abbildung 1: Ausschnitt aus der Risikostatistik (Abfrage der Häufigkeit möglicher Kombinationen von Risikofaktoren)

Informationen zum Export:

- Zeitraum zur Übermittlung der Risikostatistik für das Erfassungsjahr 2013: 01.02.2014 – 28.02.2014
- Verschlüsselung: per landesspezifischem pgp-Schlüssel
- **Alle** Krankenhäuser, die vollstationäre Fälle (Patienten) ab 20 Jahre behandelt haben, sind zur Übermittlung der Risikostatistik verpflichtet
- Die Risikostatistik wird – entsprechend der Sollstatistik – an die zuständige Landesgeschäftsstelle übermittelt