Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

Erheben-Prüfen-Anpassen: pflegerische Qualitäts- und Risikoindikatoren im Klinikalltag

… am Beispiel der Sturz- und Dekubitusdokumentation

Andreas Hanel, Thomas Petzold, Maria Eberlein-Gonska
Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, UK Dresden

Agenda

- Allgemeine Informationen
- Entwicklung des „Sturzpaketes“
- Evaluation & Ausblick
- Vorstellung DekuDok
- Evaluation & Ausblick

Allgemeine Informationen

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden AöR

- 21 Kliniken, 9 Zentren, 3 Institute
- 1.295 stationäre Planbetten

Fallzahl 2012:

- 318.000 Patienten gesamt: davon 53.920 stationäre und 179.500 ambulante Fälle

Personal 2012:

- 4.093 VK: davon ca. 1.450 Pflegekräfte und 720 Ärzte

Allgemeine Informationen zur Entwicklung des „Sturzpaketes“

Ausgangssituation UKD (Herbst 2007)

Expertenstandard der DNQP (2006) nicht umgesetzt,

- Verkehrssicherungs- und Sorgfaltspflicht des Krankenhauses im Allgemeinen und der Pflege im Speziellen
- gesetzliche Verpflichtung aus SGB V (und SGB XI)

→ **Risikofaktor im Rahmen der Patientensicherheit**
→ **potentieller QM-Indikator Pflege**

Thema vor Ort:

Erhebung der Stürze durch Unfallkassenmeldungen (papiergestützt)

- Formularabruf über Intranet (ZB Rechtsstelle/ Arb.-Sicherheit)
- Meldung an Arbeitssicherheitsbeauftragte

→ Zentral Aufbereitung der Stürze aus Pat.-Unfällen durch QM
→ Dezentral Erfassung im Pflegebericht (KIS)

Entwicklungsphase

Umsetzung Risikoassessment im KIS

ORBIS® OpenMed - [redacted] - [Sturzrisiko-Skala UKD - Ver. 5]

Datei Bearbeiten Fenster Extra Administration ?

[redacted]

Fieberkurve | Terminbuch | Terminsuche | Ende

Arial 10

Drucken
Vidieren
Abbruch
Berichte

Erfassung am: [redacted] Schicht: [redacted]

Nächste Einschätzung in: ___ Tagen Bem.: _____

Patient komatös / vollständig gelähmt / vollständig immobil? ○ ja ◉ nein

1. Funktionseinbußen, Mobilitätseinbußen	ja	nein	5
2. Sehbebeinträchtigung	ja	nein	4
3. Beeinträchtigung Kognition / Stimmung	ja	nein	0
4. Probleme Ausscheidungsverhalten	ja	nein	5
5. Erkrankungen mgl. kurzzeitiger Ohnmacht	ja	nein	0
6. Sturzvorgeschichte (< 1J.)	ja	nein	0
7. Verwendung von Hilfsmitteln	ja	nein	2
8. unsicheres Schuhwerk	ja	nein	0
9. Medikamente (Sturzrelevant)	ja	nein	0

Hohes Sturzrisiko! **Gesamtpunkte: 16**

Risikoeinschätzung der Pflegefachkaft

Stimme der Risikoeinschätzung zu: ○ ja ◉ nein

Ich schätze das Sturzrisiko des Patienten ein als:
○ normales Risiko
◉ mittleres Risiko
○ hohes Risiko

Bemerkung:

Entwicklungsphase
Sturzprophylaxestandard

Auswahl bzw. Erarbeitung der Prophylaxemaßnahmen unter dem Hintergrund eines Akutkrankenhauses

Pflegestandard

P 7
Sturzprophylaxestandard

August 2012
Universitätsklinikum Dresden

Gültigkeitsbereich

- gesamter stationärer Bereich am UKD
- bei Bedarf Maßnahmen im tagesklinischen und ambulanten Bereich

Verantwortlichkeit

- Arzt
- (Kinder-) Krankenschwester / -pfleger bzw. Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn
- Hebammen / Entbindungspfleger
- Med. FA / ArzthelferInnen
- AltenpflegerInnen

Häufigkeit

Risikoerfassung: innerhalb der ersten 24h (nach Aufnahme), nach Zustandsänderung* (> 24h); bei Kindern ab 2 Jahren

Prophylaxemaßnahmen: nach Bedarf und patienten-bezogener Planung entsprechend des Risikos

* Sturzaspekt

Material (Beispiele)

- Hüftprotektoren
- Pro-feet-slipper
- Kopfschutzhelme
- festes Schuhwerk/flache Sohle

Prophylaxemaßnahmen (entsprechend individu

1. Beratung und Anleitung (Patient + Angehörige) zur Minimierung des individuellen Sturzrisikos
2. Rufanlage/Beleuchtung erklären
3. Erreichbarkeit von Rufanlage, Patientensachen und Hilfsmitteln gewährleisten
4. mit Räumlichkeit vertraut machen
5. Bett auf niedrigste Position/Wegfahrsperre aktivieren
6. zur Nutzung von Hilfsmitteln anhalten (Unterarmstütze, Rollator, Brille,…) bei Bedarf Verordnung anregen
7. auf Sicherheit und Funktionstüchtigkeit von Hilfsmitteln achten und ggf. erläutern
8. kurzen Toilettenweg ermöglichen → evtl. umschieben
9. Umgebung von Risikofaktoren befreien (bewegliches Mobiliar, nasser Boden, Kabel)
10. Schuhwerk auf Sicherheit prüfen, feste Schuhe empfehlen, ggf. Antirutschsocken anbieten
11. Passende Kleidung auswählen/empfehlen
12. Gehübungen in pfleg. Hdl. einbeziehen (in Absprache PT)
13. Flüssigkeitszufuhr kontrollieren (n. Mgl. 1,5l/d, wenn ärztl. nicht anders verordnet)
14. erforderliche Abs
    a. im Pflegete
       Physiotherapie (Durchführung über Orbis -Cave-Funktion)
    b. Medikamente hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen *(sturzrelevant)* prüfen
    c. ggf. Medikamentenänderungen anregen
15. Nachtbeleuchtung im Zimmer aktivieren/empfehlen
16. für Sicherheit beim Liegen, Sitzen, Mobilisieren sorgen (Bettseitenteile, Stühle mit Armlehne, Hilfsmittel)
17. Einsatz von Hüftprotektoren empfehlen und Anwendung erläutern/unterstützen
18. Aufstand in Begleitung
19. Bodenpflege (Pat. ebenerdig lagern und versorgen- Umgebungsbedingungen anpassen)

Bewegungsunfähige Patienten/Neugeborene und Kleinkinder:

20. Patientenindividuelle Kontrollgänge planen, durchführen und dokumentieren

Nachsorge

- eingeleitete Maßnahmen dokumentieren und auf Wirksamkeit prüfen

Erstellt von Projektgruppe Sturz: 09. 2008
Kenntnis & Prüfung PT: 2008
AG Pflegestandard: 2. Revision 05.2012

Geprüft von Bereich QM: 06.2012

Freigabe durch die Betriebsleitung am: 16.08.2012
Unterschrift: Prof. Dr. med. D. M. Albrecht

Entwicklungsphase
zentraler Hilfsmittelpool zur Minimierung von Sturzfolgen

Bestellung von Hilfsmitteln zur Sturzprophylaxe in der Bettenzentrale des UKD

Anfordernde Klinik/Station:	
Tel.-Nummer der Station:	
Name des Anfordernden:	
Bestellt zum:	**Abgemeldet zum:**

Patientenetikett:

Name des Pat.:
Geb.- Dat.:

Art des angeforderten Hilfsmittels:

Hüftschutzgürtel „Physioprotect"

Größe	benötigt
S	☐
M	☐
L	☐
XL	☐
XXL	☐

Kopfschutzhelm (in zwei Farben nach Verfügbarkeit mgl.):

Größe	blau	rot	Größe	blau	rot
46	☐	☐	56	☐	☐
47	☐	☐	57	☐	☐
49	☐	☐	58	☐	☐
51	☐	☐	59	☐	☐
53	☐	☐	61	☐	☐
54	☐	☐	63	☐	☐
55	☐	☐			

Bestellung per Fax über folgende Nummer: **6383**

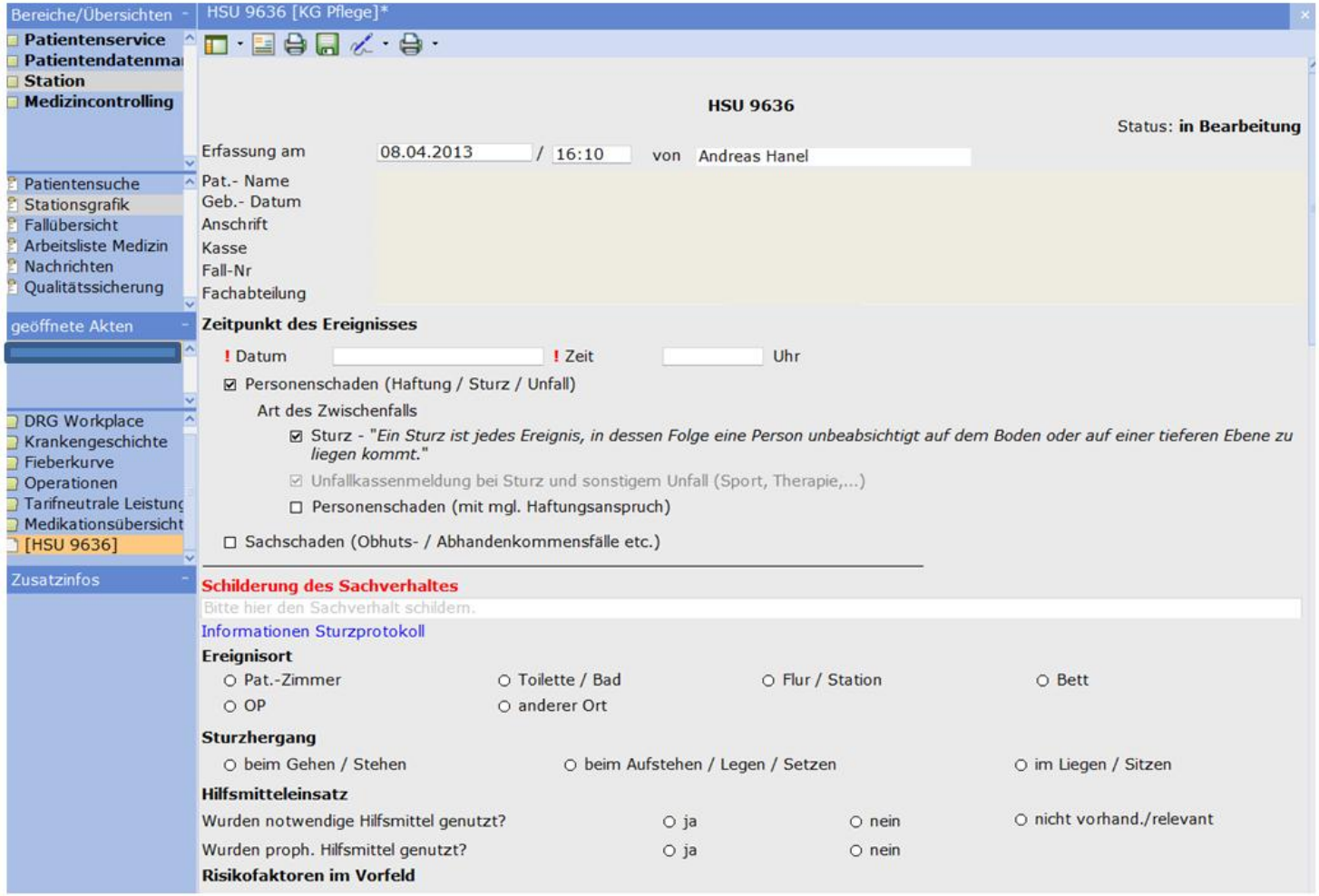
bei Rückfragen: Tel.-Nr.: **2511**

Formular kann auch zur Dokumentation genutzt werden (Akte... Nachweis Hilfsmitteleinsatz)

Nach abschließender Nutzung bitte umgehend wieder an die Bettenzentrale Haus 58 zur Reinigung und weiteren Nutzung!

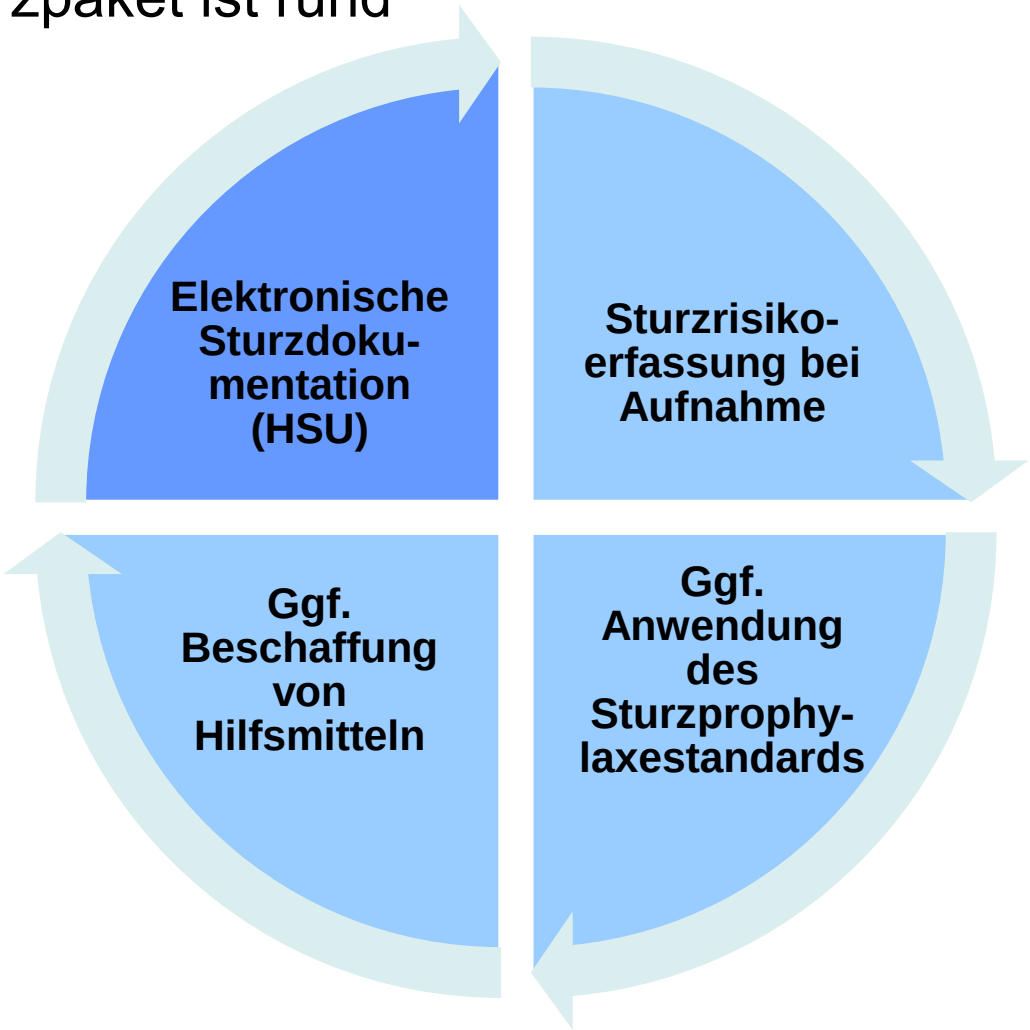
Entwicklungsphase

Elektronisches Sturzformular

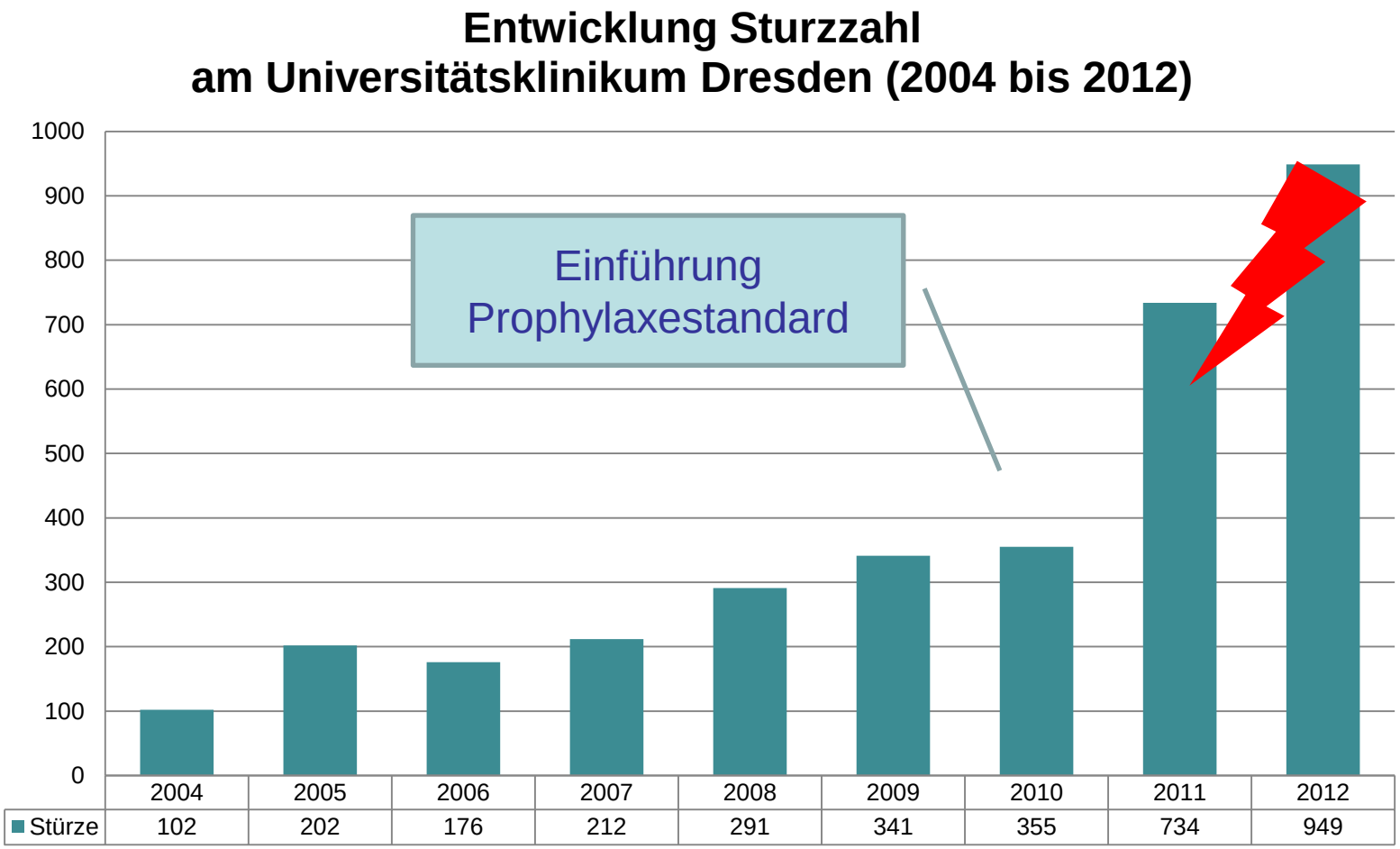


Implementierter Sturzprophylaxestandard UKD

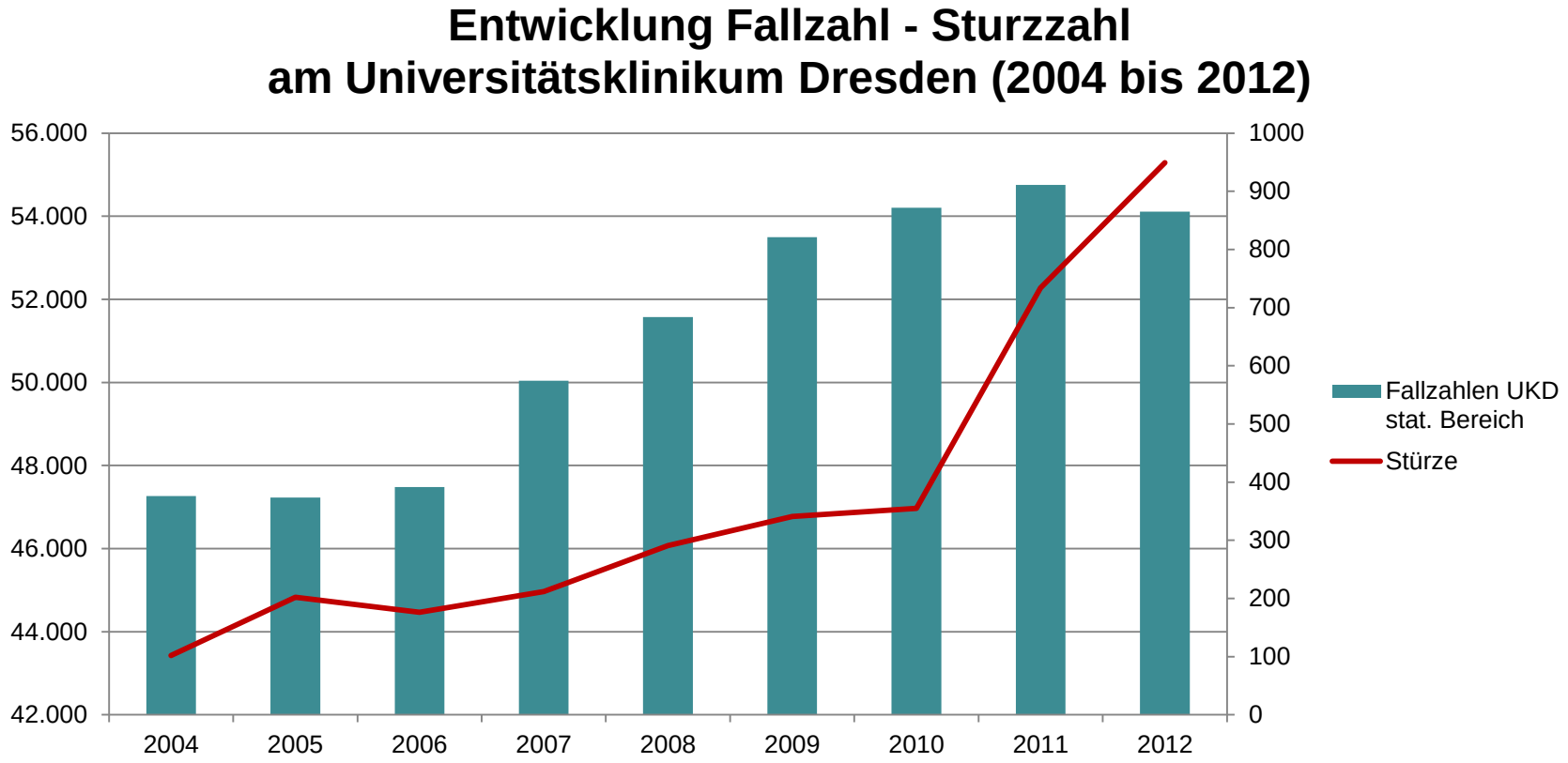
…das Sturzpaket ist rund



Evaluation I

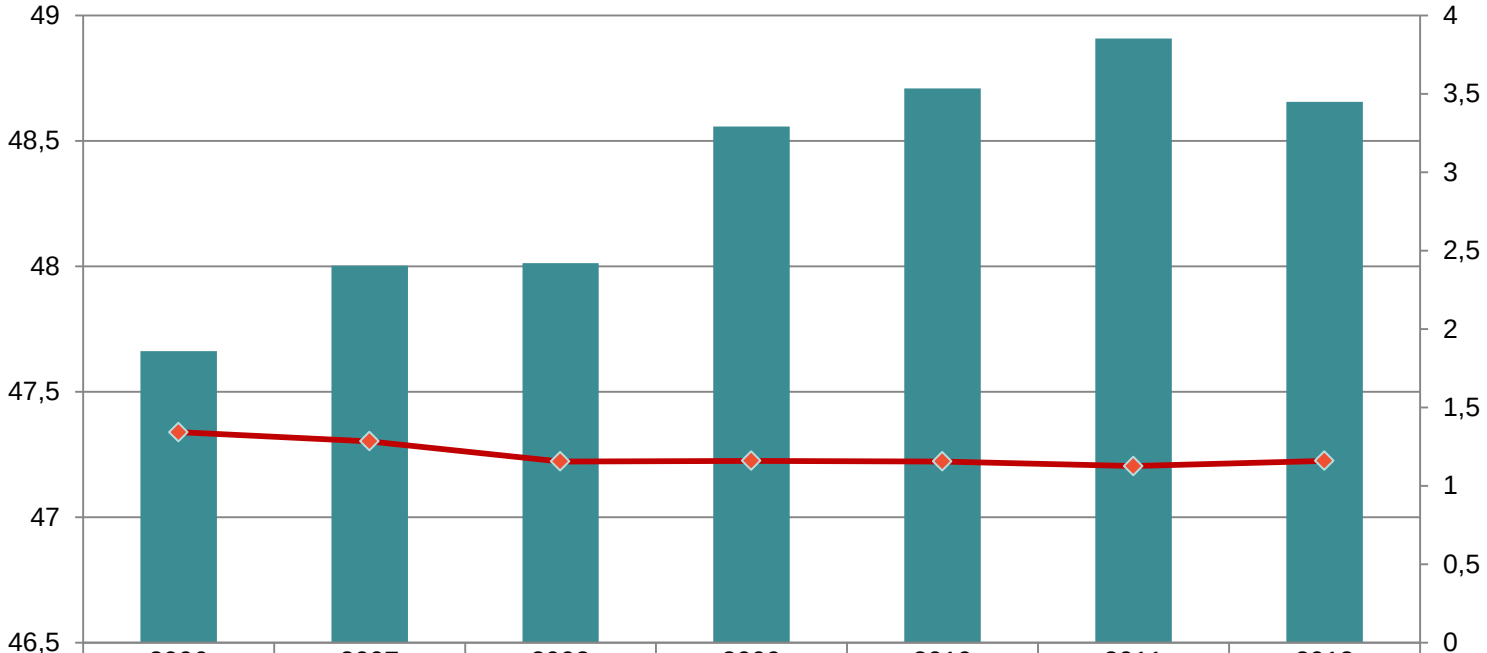


Evaluation II - Ursachensuche



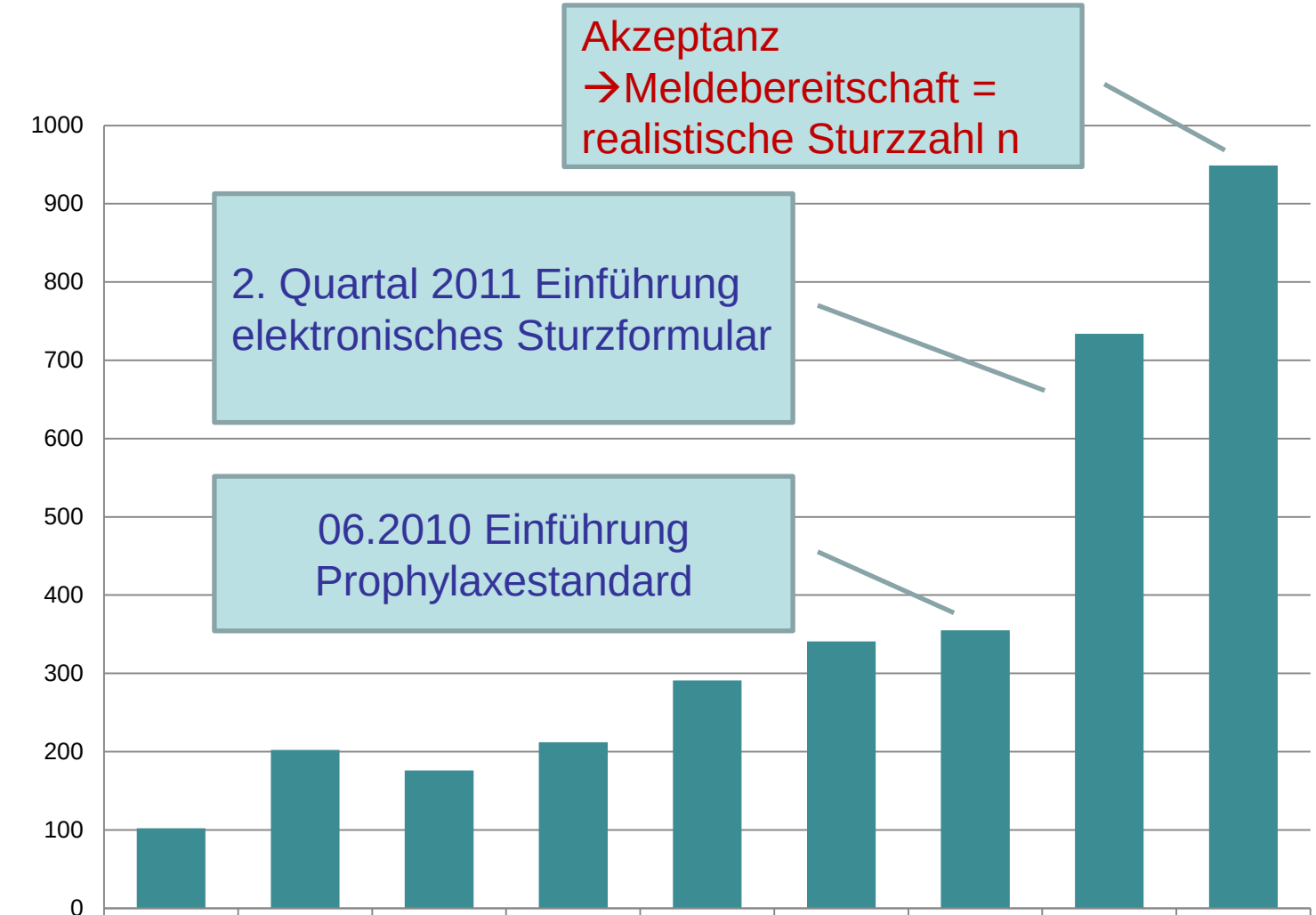
Evaluation III - Ursachensuche

Entwicklung Alter - PCCL am Universitätsklinikum Dresden (2006 – 2012)



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alter	47,662	48,003	48,013	48,558	48,709	48,908	48,656
PCCL	1,3422	1,2842	1,1556	1,1591	1,1547	1,1259	1,159

Evaluation IV - Erklärungsansatz



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stürze	102	202	176	212	291	341	355	734	949

Ausblick: Internes Berichtswesen UKD

AUSWAHL:	
Klinik	(Alle)
Station	(Alle)

Patientenstürze UKD 2012

Legende

Anza														
Stur					Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Gesamt
Pa					18	8	13	10	7	8	15	21	11	154
					5	7	5	1	3	10	6	2	7	67
							1	1		2				10
					37	32	25	17	23	36	37	34	40	374
Patientenimmanent Ergebnis		52	64	47	60	47	44	29	33	56	58	57	58	605
Reaktion auf Therapie	Grad 1									2	3	2	2	21
	Grad 2								3	2	1	2	3	16
	keine Angabe								8	10	6	8	8	59
Reaktion auf Therapie Ergebnis									11	14	10	12	13	96
Sonstige Ursache	Grad 1								3	5	1	2	3	31
	Grad 2								3	1	1		2	18
	Grad 3		1							1				2
	keine Angabe	8	5	10								3	10	71
Sonstige Ursache Ergebnis		10	11	21								5	15	122
Umgebungsrisiko	Grad 1		1	1								1	3	16
	Grad 2	2	1									1		9
	Grad 3		1											1
	keine Angabe	1	3	1								5	6	32
Umgebungsrisiko Ergebnis		3	6	2								7	9	58
keine Angabe	Grad 1	3	2	1	1	2	1	3						
	Grad 2	1			1			1						
	Grad 3													
	keine Angabe	4	2	1	3	2	2	2						
keine Angabe Ergebnis		8	4	2	5	4	3	6						
Gesamt		**75**	**86**	**73**	**79**	**75**	**66**	**60**						

Sturzanalyse vor Ort nach Ereignis

Pflegevisite

Stationsaudit

Adjustierter Benchmark?

Evaluation Dekubitusdokumentation UKD

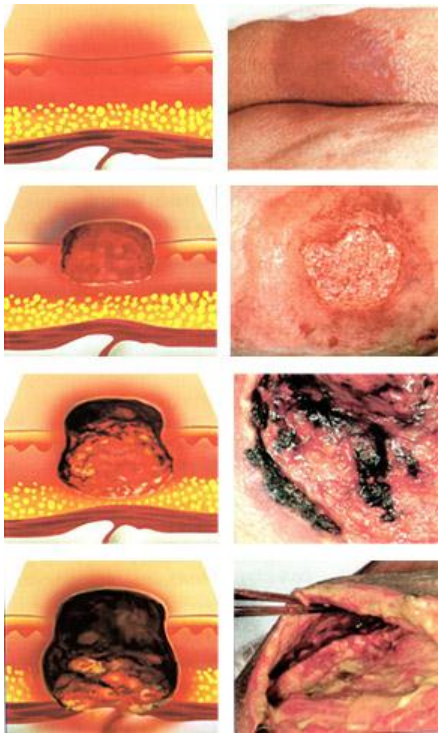
Thomas Petzold, PD Dr. Maria Eberlein-Gonska, Prof. Dr. Jochen Schmitt et al.

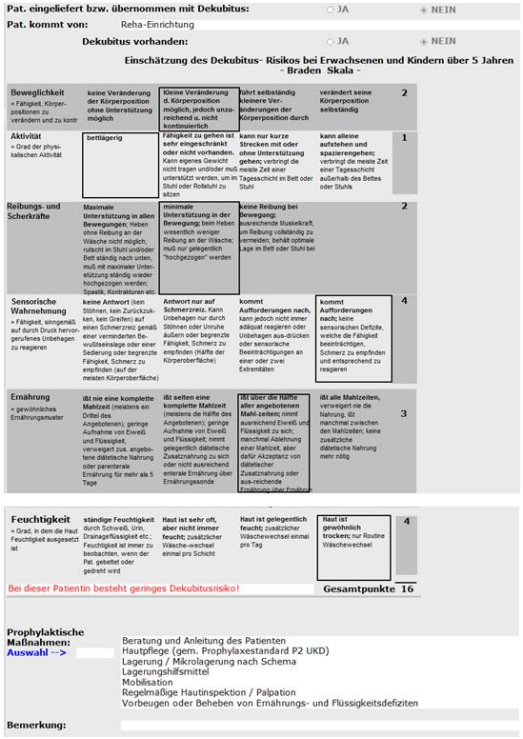
Originalarbeit:
Häufigkeiten und Determinanten von Dekubitalulzera in der stationären Versorgung: Analyse von Routinedaten des Qualitätsmanagements einer Universitätsklinik

Dtsch Arztebl Int 2013; 110(33-34): 550-6; DOI: 10.3238/arztebl.2013.0550

→ Beispiel für Bearbeitung erhobener Daten zur Prozessprüfung und Überarbeitung

Dekubitusdokumentation UKD





Pat. eingeliefert bzw. übernommen mit Dekubitus: ○ JA ◉ NEIN
Pat. kommt von: Reha-Einrichtung
Dekubitus vorhanden: ○ JA ◉ NEIN

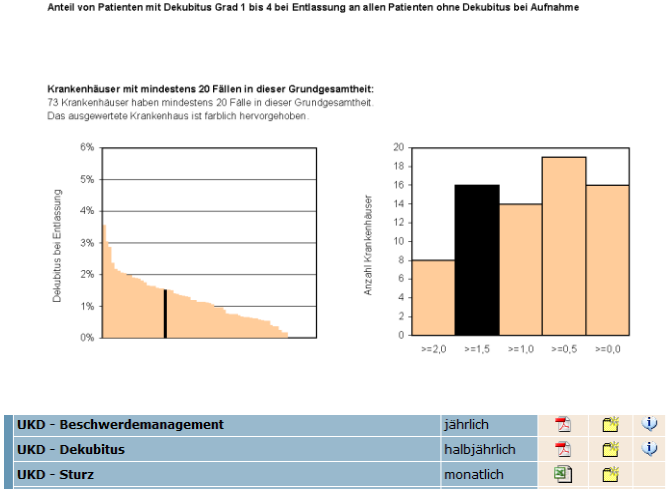
Einschätzung des Dekubitus- Risikos bei Erwachsenen und Kindern über 5 Jahren - Braden Skala -

Beweglichkeit = Fähigkeit, Körperpositionen zu verändern und zu kontr	keine Veränderung der Körperposition ohne Unterstützung möglich	Kleine Veränderung d. Körperposition möglich, jedoch unzureichend u. nicht kontinuierlich	führt selbständig kleinere Veränderungen der Körperposition durch	verändert seine Körperposition selbständig	2
Aktivität = Grad der physikalischen Aktivität	bettlägerig	Fähigkeit zu gehen ist sehr eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann eigenes Gewicht nicht tragen und/oder muß unterstützt werden, um im Stuhl oder Rollstuhl zu sitzen	kann nur kurze Strecken mit oder ohne Unterstützung gehen; verbringt die meiste Zeit einer Tagesschicht im Bett oder Stuhl	kann alleine aufstehen und spazierengehen; verbringt die meiste Zeit einer Tagesschicht außerhalb des Bettes oder Stuhls	1
Reibungs- und Scherkräfte	Maximale Unterstützung in allen Bewegungen; Heben ohne Reibung an der Wäsche nicht möglich; rutscht im Stuhl und/oder Bett ständig nach unten, muß mit maximaler Unterstützung ständig wieder hochgezogen werden; Spastik, Kontrakturen etc.	minimale Unterstützung in der Bewegung; beim Heben wesentlich weniger Reibung an der Wäsche; muß nur gelegentlich "hochgezogen" werden	keine Reibung bei Bewegung; ausreichende Muskelkraft, um Reibung vollständig zu vermeiden; behält optimale Lage im Bett oder Stuhl bei		2
Sensorische Wahrnehmung = Fähigkeit, sinngemäß auf durch Druck hervorgerufenes Unbehagen zu reagieren	keine Antwort (kein Stöhnen, kein Zurückzucken, kein Greifen) auf einen Schmerzreiz gemäß einer verminderten Bewußtseinslage oder einer Sedierung oder begrenzte Fähigkeit, Schmerz zu empfinden (auf der meisten Körperoberfläche)	Antwort nur auf Schmerzreiz. Kann Unbehagen nur durch Stöhnen oder Unruhe außern oder begrenzte Fähigkeit, Schmerz zu empfinden (Hälfte der Körperoberfläche)	kommt Aufforderungen nach, kann jedoch nicht immer adäquat reagieren oder Unbehagen aus-drücken oder sensorische Beeinträchtigungen an einer oder zwei Extremitäten	kommt Aufforderungen nach; keine sensorischen Defizite, welche die Fähigkeit beeinträchtigen, Schmerz zu empfinden und entsprechend zu reagieren	4
Ernährung = gewöhnliches Ernährungsmuster	ißt nie eine komplette Mahlzeit (meistens ein Drittel des Angebotenen); geringe Aufnahme von Eiweiß und Flüssigkeit, verweigert zus. angebotene diätetische Nahrung oder parenterale Ernährung für mehr als 5 Tage	ißt selten eine komplette Mahlzeit (meistens die Hälfte des Angebotenen); geringe Aufnahme von Eiweiß und Flüssigkeit; nimmt gelegentlich diätetische Zusatznahrung zu sich oder nicht ausreichend enterale Ernährung über Ernährungssonde	ißt über die Hälfte aller angebotenen Mahlzeiten; nimmt ausreichend Eiweiß und Flüssigkeit zu sich; manchmal Ablehnung einer Mahlzeit, aber dafür Akzeptanz von diätetischer Zusatznahrung oder aus-reichende Ernährung über Ernährungssonde	ißt alle Mahlzeiten, verweigert nie die Nahrung, ißt manchmal zwischen den Mahlzeiten; keine zusätzliche diätetische Nahrung mehr nötig.	3
Feuchtigkeit = Grad, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständige Feuchtigkeit durch Schweiß, Urin, Drainageflüssigkeit etc.; Feuchtigkeit ist immer zu beobachten, wenn der Pat. gebettet oder gedreht wird	Haut ist sehr oft, aber nicht immer feucht; zusätzlicher Wäsche-wechsel einmal pro Schicht	Haut ist gelegentlich feucht; zusätzlicher Wäschewechsel einmal pro Tag	Haut ist gewöhnlich trocken; nur Routine Wäschewechsel	4

Bei dieser Patientin besteht geringes Dekubitusrisiko! Gesamtpunkte 16

Prophylaktische Maßnahmen:
Auswahl -->
Beratung und Anleitung des Patienten
Hautpflege (gem. Prophylaxestandard P2 UKD)
Lagerung / Mikrolagerung nach Schema
Lagerungshilfsmittel
Mobilisation
Regelmäßige Hautinspektion / Palpation
Vorbeugen oder Beheben von Ernährungs- und Flüssigkeitsdefiziten

Bemerkung:



UKD - Beschwerdemanagement	jährlich	
UKD - Dekubitus	halbjährlich	
UKD - Sturz	monatlich	

Intensivstationen - UKD	Aufnahmebefunddokumentation in ORBIS n	Aufnahmebefunddokumentation %	Patienten mit Aufnahmebefunddokumentation und Risiko %	Patienten mit Aufnahmebefunddokumentation und Dekubitus n	Patienten mit Aufnahmebefunddokumentation und Dekubitus %
ANE-ITS	157	100,0%	93,6%	12	7,6%
KIH-ITS	334	100,0%	26,8%	2	0,6%
MKI-ITS	84	100,0%	2,4%	0	0,0%
MKI-ITS2	43	100,0%	34,9%	2	4,7%
NEU-ITS	166	100,0%	94,0%	13	7,7%
URO-ITS	284	100,0%	61,3%	4	1,4%
ZCH-ITS	254	100,0%	94,9%	26	10,2%
ZIM-MC	136	100,0%	47,1%	3	2,2%
ZIM-ITS	141	100,0%	87,9%	8	5,7%
Gesamt 1. Halbjahr	22460			331	
Mittelwerte 1. Halbjahr		96,8%	25,9%		2,2%
Gesamt Seit Beginn der DekuDok-Auswertung (10/2004)	284319				

Ist-Zustand → Risikoeinschätzung Dokumentation → Auswertung

Hintergrund

UKD Standard Dekubitusprophylaxe

- seit 1.1.2004 elektronische Dokumentation bei allen stationär aufgenommenen Patienten am UKD
  - Dekubitusrisiko anhand der Norton-, ab 2007 Braden Skala
  - klinische Zeichen eines Dekubitus und Verlauf
- Risikoeinschätzung erfolgt
  - bei Aufnahme, Zustandsänderung, nach sieben Tagen sowie bei Entlassung des Patienten sowie umtägig bei Befund
- 2007 bis 2011
  253.789 Patienten
  → 844.343 Dekubitusdokumentationsbögen

Datum/Zeit	Dokument
29.07.2013 08:58	Dekubitusdokumentation UKD **Dekubitusdokumentation** (vom 29.07.2013 - Folgebefund) Summe Bradenskala 15 (Bei dieser Patientin besteht geringes Dekubitusrisiko!) vidiert von
22.07.2013 17:17	Dekubitusdokumentation UKD **Dekubitusdokumentation** (vom 22.07.2013 - Aufnahmebefund) Summe Bradenskala 16 (Bei dieser Patientin besteht geringes Dekubitusrisiko!) vidiert von
30.06.2013 09:43	Dekubitusdokumentation UKD **Dekubitusdokumentation** (vom 30.06.2013 - Entlassbefund) **Dekubitus besteht** Summe Bradenskala 13 (**Achtung! Bei dieser Patientin besteht mittleres Dekubitusrisiko!**) vidiert von
28.06.2013 21:31	Dekubitusdokumentation UKD **Dekubitusdokumentation** (vom 28.06.2013 - Aufnahmebefund) **Dekubitus besteht** Summe Bradenskala 11 (**Achtung! Bei dieser Patientin besteht hohes Dekubitusrisiko!**) vidiert von
06.06.2013 14:16	Dekubitusdokumentation UKD **Dekubitusdokumentation** (vom 06.06.2013 - Entlassbefund) Summe Bradenskala 16 (Bei dieser Patientin besteht geringes Dekubitusrisiko!)

Offene Fragen

- wesentliche Aspekte zur Effektivität und Effizienz des Risikoassessements sind unklar (Einsatz Braden-Skala)

- die Verteilung der Patienten mit bei Aufnahme prävalentem sowie im Verlauf inzidentem Dekubitus wurde bisher nicht flächendeckend ausgewertet

→ ein gutes Verständnis der Performance der Dekubitusdokumentation erlaubt eine datenbasierte Empfehlung zum Pflegestandard und kann Grundlage evidenzgeleiteter Entscheidungen sein

Methode

- Analyse der Aufnahme- und Entlassbefunde der Dekubitusdokumentation aller Patienten, die zwischen 1.1.2007 und 31.12.2011 am UKD aufgenommen und entlassen wurden

- Versorgungsepidemiologische Analysen zu Dekubitusrisiko, Prävalenz bei Aufnahme, Inzidenz während des Aufenthaltes und klinischem Verlauf bei Dekubitus bei Aufnahme
  - nach Klinik, Station und Versorgungsbereich
  - nach Alter, Geschlecht, Verweildauer, PCCL und Dekubitusabsender (Herkunft)

- Gesundheitsökonomische Analyse zu Personalaufwand je dokumentiertem und diagnostiziertem Dekubitus-Fall

Ergebnisse

Klinische Ergebnisse

Übersicht über Dekubitalulcera, Dekubitusinzidenzen, verbesserte sowie abgeheilte Dekubitalulcera

	2007		2008		2009		2010		2011		Summe	
Dekubitus	544	1,20%	550	1,13%	618	1,23%	634	1,24%	625	1,23%	2.971	1,21%
Dekubitus-inzidenz	364	0,80%	416	0,86%	401	0,80%	391	0,76%	342	0,67%	1.914	0,78%
Dekubitus abgeheilt	236	0,52%	199	0,41%	223	0,44%	216	0,42%	215	0,42%	1.089	0,44%
Dekubitus-verbesserung	285	0,63%	257	0,53%	244	0,49%	263	0,51%	229	0,45%	1.278	0,52%

Ergebnisse

Versorgungsepidemiologische Ergebnisse I

Prävalenz und Inzidenz auf ITS und Normalstation

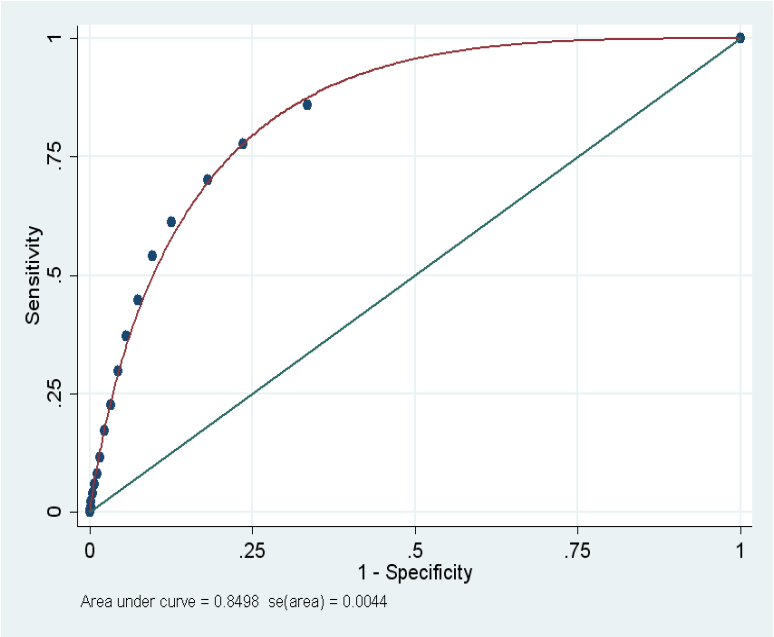
	ITS	Normalstation
Dekubitusprävalenz	5,15%	1,03%
Dekubitusinzidenz	4,77%	0,59%

Ergebnisse

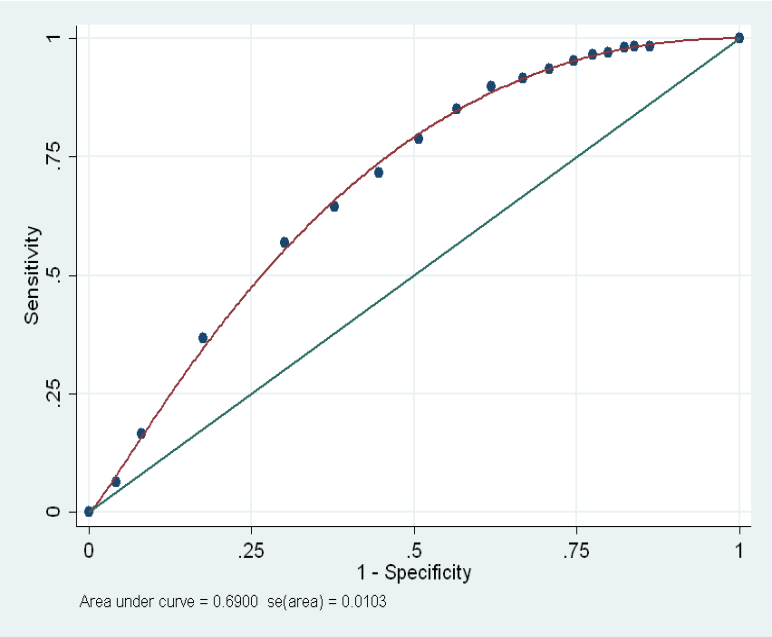
Versorgungsepidemiologische Ergebnisse II

Performance der Braden Skala auf Normalstation und ITS

Normalstation Fläche 84,89%



ITS Fläche 69,00%



Ergebnisse

Versorgungsepidemiologische Ergebnisse III (Verteilung Inzidenz)

- Es bestehen drei Gruppen
  - Kliniken, in denen Patienten mit geringem Risiko einer Dekubitusinzidenz aufgenommen werden (Dekubitusinzidenzrate 0% bis <=0,5%)
  - Kliniken, in denen Patienten mit mittleren Risiko einer Dekubitusinzidenz aufgenommen werden (Dekubitusinzidenzrate 0,5% bis <=2%)
  - Kliniken, in denen Patienten mit hohem Risiko einer Dekubitusinzidenz aufgenommen werden (Dekubitusinzidenzrate >2%)

- hinzu kommt das Alter als Einflussgröße für das Eintreten eines Dekubitus
  - mit jedem zusätzlichen Lebensjahr steigt das Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln um ca. 3%
  - Patienten des UKD ≥ 65 Jahren haben das 2,3-fach höhere Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln als Patienten < 65 Jahre

Ergebnisse

Versorgungsepidemiologische Ergebnisse IV

Gruppierung der Patienten einer Klinik nach Risiko einer Dekubitusinzidenz

Klinik/Struktureinheit	2007	2008	2009	2010	2011
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin (ITS)	6,13%	8,06%	7,61%	4,26%	2,71%
Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde	0,00%	0,04%	0,02%	0,02%	0,00%
Klinik und Poliklinik für Dermatologie	0,05%	0,29%	0,56%	0,20%	0,20%
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,13%	0,17%	0,18%	0,16%	0,11%
Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	0,14%	0,07%	0,07%	0,17%	0,20%
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie	0,31%	0,22%	0,42%	0,53%	0,21%
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	0,09%	0,09%	0,07%	0,12%	0,11%
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin (ITS)	0,76%	0,74%	0,72%	0,91%	0,94%
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Medizinische Klinik I	0,85%	0,60%	0,60%	0,63%	0,97%
Medizinische Klinik I (ITS)	0,00%	0,85%	0,36%	0,53%	0,71%
Medizinische Klinik III	0,92%	0,67%	0,77%	0,58%	0,47%
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,09%	0,29%	0,65%	0,18%	0,17%
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	1,01%	1,46%	0,90%	0,65%	0,88%
Klinik und Poliklinik für Neurologie	1,48%	0,85%	0,65%	0,27%	0,69%
Klinik und Poliklinik für Neurologie (ITS)	3,58%	2,63%	5,96%	5,20%	5,77%
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Klinik und Poliklinik für Orthopädie	1,10%	1,87%	1,64%	2,10%	1,21%
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	0,21%	0,19%	0,18%	0,34%	0,27%
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	0,71%	2,26%	1,23%	1,01%	1,21%
Universitäts PalliativCentrum	7,14%	6,80%	5,15%	6,17%	3,20%
Klinik und Poliklinik für Urologie	0,26%	0,42%	0,29%	0,22%	0,30%
Klinik und Poliklinik für Urologie (ITS)	1,19%	4,82%	1,23%	3,51%	0,00%
Klinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	1,39%	1,97%	1,97%	2,26%	1,82%
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	1,17%	0,82%	0,89%	0,84%	1,09%
Zentrum für Chirurgie (ITS)	11,01%	12,70%	10,96%	11,66%	8,37%
Zentrum für Innere Medizin	1,98%	2,41%	1,87%	1,98%	1,89%
Zentrum für Innere Medizin (ITS)	5,47%	6,92%	4,90%	3,88%	6,09%

Ergebnisse

Variantenbetrachtung Dokumentation

Variante B:

- Dokumentation bei allen Patienten der Kliniken mit hohen und mittleren Dekubitusinzidenzraten
- bei Kliniken mit geringer Dekubitusinzidenz erfolgt nur bei bestehendem Dekubitus eine Dokumentation gemäß UKD Prophylaxestandard
- bei dieser Variante würden 88,45% der Patienten mit Dekubitus frühzeitig erkannt und 58,24% der Patienten ohne Dekubitus müssten nicht dokumentiert werden.

		Dekubitus			
		ja	nein		
Screening	ja	1.693	101.986	88,45%	
	nein	221	142.262		58,24%

Ergebnisse

Betriebswirtschaftliche Analyse

Erhebung der Dokumentationszeit und den somit verbundenen Dokumentationskosten

- ca. 3min pro Bogen mit und 1min pro Bogen ohne Dekubitus

	Dekubitus-dokumenta-tionsbögen	Dokumentations-zeit (in min)	Kosten (in €)
Fälle ohne Dekubitus	795.493	795.493	367.004,25
Fälle mit Dekubitus	48.850	146.550	
Ärztlicher Dienst	48.850	146.550	128.231,25
Summe			495.235,50

Anpassung Dekubitusdokumentation zum 01.05.2013

Reduktion des Dokumentationsaufwandes in ausgewählten Kliniken

- kurze individuell fachliche Einschätzung der betreuenden Pflegefachkraft bei Aufnahme:

  → kein Risiko: Vermerk Aufnahmestatus

  → Risiko/Befund: DekuDok UKD für Risiko- und Befunderhebung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Adresse:
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der TU Dresden AöR
Zentralbereich Qualitäts- und Med.
Risikomanagement
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Kontakt:
Andreas Hanel
Telefon: 0351 458-2377
Telefax: 0351 458-5847
Andreas.Hanel@uniklinikum-dresden.de
www.uniklinikum-dresden.de