



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2022

# **QS-Verfahren** ***Dekubitusprophylaxe***

Erfassungsjahr 2021

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Bundesqualitätsbericht 2022. QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*. Erfassungsjahr 2021

**Ansprechpartnerin:**

Claudia Damrau

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. August 2022, aktualisierte Version am 28. Oktober 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Hintergrund .....	6
2 Einordnung der Ergebnisse .....	10
2.1 Datengrundlage.....	10
2.2 Risikoadjustierung.....	11
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens .....	12
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	17
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	19
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	20
4 Evaluation.....	21
5 Fazit und Ausblick.....	22
Glossar.....	24
Literatur.....	29

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021).....	8
Tabelle 2: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021).....	9
Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021).....	11
Tabelle 4: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021) .....	12
Tabelle 5: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021) .....	14
Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021).....	17
Tabelle 7: Übersicht über die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (EJ 2021).....	18

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AK	Auffälligkeitskriterium
EJ	Erfassungsjahr
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichnummer
MDS	Minimaldatensatz
QS	Qualitätssicherung
QS DEK	QS-Verfahren <i>Dekubitusprophylaxe</i>
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RST	Risikostatistik

# 1 Hintergrund

Ein Dekubitus, auch als Druckgeschwür, Dekubitalulcus oder Wundliegen bezeichnet, wird als lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes beschrieben, welche oft über Knochenvorsprünge und infolge von Druck oder von Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. Diese ernstzunehmende Komplikation tritt häufig bei zu pflegenden Patientinnen und Patienten auf und kann im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge von Bewegungseinschränkungen entstehen.

Für die Betroffenen ist ein Dekubitus oft sehr schmerzhaft und geht in vielen Fällen mit einem hohen Leidensdruck und einer eingeschränkten Lebensqualität einher. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent vorzubeugen (Dekubitusprophylaxe). Die Dekubitusinzidenz (Anzahl der neu aufgetretenen Dekubitalulcera innerhalb einer Personengruppe) gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit, weil sie auch Rückschlüsse über im Krankenhaus angewendete Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleitete Behandlungsmaßnahmen ermöglicht. Bei einer wirkungsvollen Prophylaxe können Dekubitalulcera zumeist verhindert werden (DNQP 2017). Ziel des QS-Verfahrens *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* ist daher die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, damit möglichst wenig neue Dekubitalulcera entstehen.

Einen wichtigen Bestandteil der Dekubitusprävention (Vorbeugen einer Dekubitusentstehung) stellt die individuelle Risikoabschätzung dar. Diese Ersteinschätzung durch eine Pflegekraft sollte unmittelbar nach der Aufnahme im Krankenhaus erfolgen. Besteht bei einer Patientin oder einem Patienten bereits ein Dekubitus, sollte dieser ebenso wie das patientenindividuelle Risiko in der Patientenakte dokumentiert werden. Anhand der aufgenommenen Risiken können dann patientenindividuelle vorbeugende Maßnahmen geplant werden, sodass die Entstehung eines Dekubitus nur in Ausnahmefällen nicht vermieden werden kann. Diese dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (DNQP 2017) zu entnehmenden Ausnahmefälle beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, deren Verletzung einer Mobilisation zur Druckentlastung bzw. -verteilung entgegensteht; dies trifft beispielsweise bei Verletzungen der Wirbelsäule zu. Zudem können andere Pflegeziele in der medizinisch-pflegerischen Versorgung höher priorisiert sein; dies bezieht sich beispielsweise auf Patientinnen und Patienten, welche sich in den letzten Wochen ihres Lebens befinden (terminale Lebensphase).

Gegenstand des Verfahrens *QS DEK* ist die Erfassung von Dekubitalulcera Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneter Kategorie<sup>1</sup> bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren während des vollstationären Aufenthalts. Da in der Praxis oft Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus Kategorie 1 von einer Hautrötung besteht, werden Dekubitalulcera dieser Kategorie nicht im Verfahren erhoben und ausgewertet. Die Unterteilung der Schwere der Hautschädigung wird nach den in der deutschen Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (sog. ICD-10-GM-Klassifizierung) abgebildeten Kategorien vorgenommen.

Gradeinteilung des Dekubitus nach L89.- (ICD-10-GM Version 2020) (BfArM 2020):

- Dekubitus 1. Grades: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
- Dekubitus 2. Grades: Dekubitus mit Abschürfung der Haut, Vorliegen einer Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung der Oberhaut (Epidermis) und/oder Lederhaut (Dermis) oder einem Hautverlust ohne nähere Angabe „Grad“ verwendet wird.
- Dekubitus 3. Grades: Dekubitus mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Absterben (Nekrose) des unter der Haut liegenden (subkutanen) Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
- Dekubitus 4. Grades: Dekubitus mit Absterben (Nekrose) von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus ohne Angabe eines Grades

Das QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* umfasst zwei Qualitätsindikatoren (Ergebnisindikatoren) und drei Transparenzkennzahlen (Tabelle 1). Die Ergebnisse der beiden Indikatoren ermöglichen indirekte Rückschlüsse (vgl. Kapitel 5) auf die im Krankenhaus erfolgten Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen und somit auf die Patientensicherheit. Dabei wird ausschließlich die Häufigkeit der während des stationären Krankenhausaufenthalts bei Patientinnen und Patienten neu entstandenen (inzidenten) Dekubitalulcera betrachtet; in Deutschland waren dies im Erfassungsjahr 2021 insgesamt 61.162 Fälle.

In die Berechnung der Indikatoren fließen zum einen Daten aus der QS-Dokumentation, zum anderen aus der sogenannten Risikostatistik ein. Diese wird im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr von jedem Leistungserbringer erstellt und enthält für jede stationär behandelte Patientin und jeden stationär behandelten Patienten ab 20 Jahren mit oder ohne Dekubitalulcera die Information, ob die berücksichtigten Risikofaktoren jeweils vorliegen oder nicht. Für einen möglichst geringen Dokumentationsaufwand aufseiten der Krankenhäuser erfolgt die Erfassung der Risikofaktoren aller Patientinnen und Patienten über die Abrechnungsdaten.

---

<sup>1</sup> In der Forschung wird die Bezeichnung zur Einstufung des Dekubitus kritisch diskutiert. Vermieden werden soll das Missverständnis, dass ein Dekubitus von der Einstufung 1 zur Einstufung 4 fortschreitet. Aus diesem Grund wird im vorliegenden Text auf die Bezeichnung „Grad“ überwiegend verzichtet und stattdessen der Begriff „Kategorie“ verwendet, genauso wie z. B. im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP, 2007). Die einzige Ausnahme bildet die Auflistung der Kategorien der ICD-10-GM, da dort der Begriff „Grad“ verwendet wird.

Die patientenindividuellen Risikofaktoren können die Entstehung eines Dekubitus begünstigen und variieren zwischen den Leistungserbringern. Um dennoch einen fairen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen und um die Risikofaktoren im QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* abzubilden, wird zur Berechnung des Qualitätsindikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) eine Risikoadjustierung durchgeführt (vgl. Abschnitt 2.2). Im Ergebnis dieses Indikators werden alle während eines Krankenhausaufenthalts entstandenen Dekubitalulcera der Kategorie 2, 3 und 4 sowie nicht näher bezeichnet von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren betrachtet.

Der Sentinel-Event-Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (ID 52010) zielt auf alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Kategorie 4. Aufgrund der besonderen Schwere eines im Krankenhaus neu entstandenen Dekubitus dieser Kategorie erfolgt im Stellungnahmeverfahren der externen Qualitätssicherung eine Analyse der Ursachen für die Entstehung in jedem Einzelfall.

Das QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* wurde mit dem Erfassungsjahr (EJ) 2021 von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)<sup>2</sup> in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>3</sup> überführt.

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021)

ID	Indikator / Transparenzkennzahl	Datenquellen
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)		
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QS-Dokumentation, Risikostatistik
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2*	QS-Dokumentation, Risikostatistik
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3*	QS-Dokumentation, Risikostatistik
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet*	QS-Dokumentation, Risikostatistik
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QS-Dokumentation, Risikostatistik

\* Transparenzkennzahl

<sup>2</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 10.06.2022).

<sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 10.06.2022).

Im vorliegenden Bericht werden zudem Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien (AK), welche auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. häufige Angabe, dass das Vorhandensein eines Dekubitus unbekannt ist infolge unvollständiger Dokumentation). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (vgl. Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und kann anstelle des vorgesehenen QS-Datensatzes übermittelt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

Das QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* umfasst insgesamt sechs Auffälligkeitskriterien, zwei zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie vier zur Vollzähligkeit (Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>		
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QS-Dokumentation
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	QS-Dokumentation und Risikostatistik
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>		
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation und Sollstatistik
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik

## 2 Einordnung der Ergebnisse

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht zum Erfassungsjahr 2021 stellt den ersten Bericht zum QS-Verfahren *QS DEK* gemäß DeQS-RL dar. Er enthält deskriptive Analysen sowie die Bewertung der Indikatorergebnisse des Erfassungsjahres 2021 (vgl. Abschnitt 2.4). Des Weiteren bezieht er die Einschätzungen zum Handlungsbedarf für die Qualitätsindikatoren ein (vgl. Abschnitt 2.5). Die Erläuterung zum Risikoadjustierungsmodell für den QI 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ erfolgt in Abschnitt 2.2. Des Weiteren beinhaltet der Bericht die Ergebnisse zur statistischen Basisprüfung im Rahmen der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2021 (vgl. Abschnitt 2.3).

Die Ergebnisse zu dem im Jahr 2022 für das Erfassungsjahr 2021 durchgeführten Stellungnahmeverfahren auf Landesebene werden gem. § 17 Abs. 3 Teil 2 DeQS-RL erstmalig bis zum 15. März 2023 im Rahmen des Qualitätssicherungsergebnisberichtes (QSEB) an das IQTIG übermittelt.

### 2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Berichts basieren auf den Daten der nach Standortnummer eingegangenen QS-Dokumentation und Risikostatistik (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V). Die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen wurden für das Erfassungsjahr 2021 auf dem in Tabelle 3 dargestellten Datenstand berechnet. Für das QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens in die DeQS-RL wurden die Überlieger des Erfassungsjahres 2020 für das Erfassungsjahr 2021 nicht berücksichtigt.

Bei der jährlich von den Leistungserbringern zu liefernden Sollstatistik handelt es sich um ein Vollständigkeitsmonitoring zum Vergleich von dokumentationspflichtigen Datensätzen und tatsächlich gelieferten Datensätzen. Seit dem Erfassungsjahr 2020 wurde gemäß Spezifikation die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie die Vollzähligkeit erfolgen daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021)

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze</b>	248.565	247.445	100,45
	<b>Basisdatensatz</b>	248.546		
	<b>MDS</b>	19		
<b>Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) mit QS-Dokumentation</b>		1.378	1.386	99,42
<b>Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) mit Risikostatistik</b>		1.552	1.558	99,61
<b>Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)</b>		1.683		
<b>Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)</b>		1.683		

Insgesamt haben 1.378 Leistungserbringer (Bund gesamt) eine QS-Dokumentation übermittelt. Von 1.683 entlassenden Krankenhausstandorten wurden insgesamt 248.565 QS-Dokumentationsdatensätze (inklusive MDS) übermittelt; dies sind 0,45 % mehr als erwartet. Mit einer Vollzähligkeit von 100,45 % ist damit weder eine Über- noch eine Unterdokumentation zu beobachten.

Eine Risikostatistik haben insgesamt 1.552 Leistungserbringer (Bund gesamt) übermittelt. Erwartet worden war dies von 1.558 Leistungserbringern (Bund gesamt). Mit einer Vollzähligkeit von 99,61 % ist auch hier weder eine Über- noch eine Unterdokumentation ersichtlich. Die Differenz zwischen Anzahl der Leistungserbringer Bund (gesamt) mit übermittelter Risikostatistik und derjenigen mit QS-Dokumentation liegt darin begründet, dass die QS-Dokumentation ausschließlich Fälle mit mindestens einem Dekubitus beinhaltet, während mit der Risikostatistik alle Fälle – mit und ohne Dekubitus – vom jeweiligen Leistungserbringer übermittelt werden.

## 2.2 Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung ist erforderlich, wenn sich die Patientencharakteristika zwischen Einrichtungen, deren Behandlungsergebnisse mit einem Referenzbereich verglichen werden, unterscheiden. Um einen faireren Vergleich der Behandlungsergebnisse zu erhalten, werden mögliche Unterschiede in den Ausgangsbedingungen hinsichtlich für das interessierende Ereignis relevanten patientenbezogenen Risikofaktoren (z. B. Begleiterkrankungen) ausgeglichen, indem diese bei der Berechnung der Einrichtungsergebnisse für die Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.

Im Verfahren *QS DEK* wird der Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) risikoadjustiert. Das Risikomodell beinhaltet neben den Risikofaktoren Alter und Beatmungstunden ausschließlich Risikofaktoren, die auf ICD-Kodes basieren:

- Diabetes mellitus
- Eingeschränkte Mobilität
- Infektion
- Demenz und Vigilanzstörung
- Inkontinenz
- Untergewicht und Mangelernährung
- Adipositas
- Weitere schwere Erkrankungen.

Das Risikoadjustierungsmodell für die Qualitätsindikatorendatenbank (QIDB) des Erfassungsjahres 2021 wurde auf Basis der Grundgesamtheit des Erfassungsjahres 2021 entwickelt. Grund hierfür war der Übergang des Verfahrens *QS DEK* in die DeQS-Richtlinie, nach welchem die Überlieger aus dem Erfassungsjahr 2020 nicht berücksichtigt werden konnten.

Das Risikoadjustierungsmodell für das Erfassungsjahr 2021 orientiert sich am Modell des Vorjahres. Bei den berücksichtigten Risikofaktoren ergab sich eine Änderung: Beatmungstunden wurden analog zum Alter stetig berücksichtigt. Der Einfluss der einzelnen Faktoren hat sich kaum geändert. Eine genauere Beschreibung des Modells in Form eines Steckbriefs liegt der endgültigen QIDB des Erfassungsjahres 2021 als Begleitschreiben bei.

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

### Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* weisen 142 von insgesamt 1.683 Leistungserbringern mindestens ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in mindestens einem Auffälligkeitskriterium auf.

In Tabelle 4 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesraten mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 4: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis 2021 (Referenzbereich)	Bundesergebnis 2020 (Referenzbereich)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>			
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	0,7242 % (≤ 3,25 %; 95. Perzentil)	-
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	-3,5796 % (≤ 20,00 %)	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis 2021 (Referenz- bereich)	Bundesergebnis 2020 (Referenz- bereich)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>			
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,4526 % (≤ 110,00 %)	-
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,0077 % (≤ 5,00 %)	-
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	98,1648 % (≥ 95,00 %)	-
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	98,1648 % (≤ 110,00 %)	-

In Tabelle 5 wird die Anzahl bzw. der Anteil der in ihrem Ergebnis als rechnerisch auffällig bewerteten Leistungserbringer an allen betrachteten Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in der Grundgesamtheit des jeweiligen Auffälligkeitskriteriums dargestellt (Spalte „Leistungserbringer rechnerisch auffällig“).

Tabelle 5: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	68 von 1.683	4,04 %
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	27 von 1.683	1,60 %

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation		9 von 1.386	0,65 %
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)		0 von 1.386	0,00 %
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik		57 von 1.631	3,49 %
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik		3 von 1.631	0,18 %

**Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit****Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) (ID 850359)**

Im Verfahren *QS DEK* wird ausschließlich die Häufigkeit der während des stationären Krankenhausaufenthalts neu entstandenen (inzidenten) Dekubitalulcera betrachtet. Die Angabe über das Vorhandensein eines Dekubitus bei Krankenhausaufnahme zielt auf dessen Identifikation. Das Auftreten von Dekubitalulcera gilt in internationalen Studien als Ergebnisindikator für Patientensicherheit. Das Auffälligkeitskriterium steht im Bezug zu allen Indikatoren und Transparenzkennzahlen des Verfahrens *QS DEK*. Bei 248.546 gelieferten Datensätzen von Fällen mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus (QS-Dokumentation) wurde 1.800-mal (0,7242 %) nicht angegeben, ob ein Dekubitus bei Aufnahme vorlag oder nicht (POA: Present on Admission). Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von  $\leq 3,25$  % und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 wurden 68 von 1.683 Leistungserbringern (4,04 %; Referenzbereich:  $\leq 3,25$  %, 95. Perzentil) in ihrem Ergebnis rechnerisch auffällig.

**Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik (ID 851805)**

Insgesamt stehen 248.546 gelieferte Datensätze aus der QS-Dokumentation 257.443 Fällen in der Risikostatistik gegenüber, d. h. es wurden 8.897 weniger Fälle mit Dekubitus in der QS-Dokumentation übermittelt als in der Risikostatistik. Von 1.683 Leistungserbringern mit mindestens einem dokumentierten Fall eines „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ in der QS-Dokumentation wurden bei einem Referenzbereich von  $\leq 20,00$  % und einer Mindestanzahl im Nenner von 10 insgesamt 27 (1,60 %) Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis bewertet. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bleibt im Vergleich zum Vorjahr auf einem vergleichbaren Niveau (EJ 2020:  $n = 35$ ;  $N = 1.723$ ; 2,0 %).

**Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit****Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850096)**

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständig und plausible Datensätze inklusive MDS) als gemäß Soll-Statistik zu erwarten waren. Das Ergebnis von 100,4526 % zeigt, dass mit 248.565 gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätzen (einschließl. der MDS) gegenüber 247.445 durch den QS-Filter ausgelösten Fällen (Soll-Statistik) etwas mehr Fälle übermittelt als erwartet wurden. Bei einem Referenzbereich von  $\leq 110,0$  % und einer Mindestanzahl im Zähler von 20 Fällen wurden in ihrem Ergebnis 9 von 1.386 Leistungserbringern (0,65 %) rechnerisch auffällig.

**Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850230)**

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob ggf. zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen angelegt wurden. Für das Erfassungsjahr 2021 wurden 19 Minimaldatensätze bei 247.445 durch den QS-Filter ausgelösten

Fällen (Soll-Statistik) übermittelt. Keiner der 1.386 Leistungserbringer wurde bei einem Referenzbereich von  $\leq 5,0\%$  und mindestens 5 Fällen in der Soll-Statistik (Mindestanzahl Nenner) im Ergebnis rechnerisch auffällig.

**Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik (ID 851806)**

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik prüft, ob weniger Fälle für die Risikostatistik dokumentiert wurden als gemäß der Sollstatistik zur Risikostatistik zu erwarten waren. Das Ergebnis von 98,1648 % zeigt, dass mit 15.083.642 in der Risikostatistik gelieferten Fällen gegenüber 15.365.631 Fällen der Sollstatistik zur Risikostatistik weniger Fälle übermittelt als erwartet wurden. Bei einem Referenzbereich von  $\geq 95,00\%$  und einer Mindestanzahl von 5 Fällen im Nenner wurden in ihrem Ergebnis 57 von 1.631 Leistungserbringern (3,49 %) rechnerisch auffällig.

**Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik (ID 851808)**

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik prüft, ob mehr Fälle für die Risikostatistik dokumentiert wurden als gemäß der Sollstatistik zur Risikostatistik zu erwarten waren. Das Ergebnis von 98,1648 % zeigt, dass mit 15.083.642 in der Risikostatistik gelieferten Fällen gegenüber 15.365.631 Fällen der Sollstatistik zur Risikostatistik weniger Fälle übermittelt als erwartet wurden. Bei einem Referenzbereich von  $\leq 110,0\%$  und einer Mindestanzahl von 20 Fällen im Zähler wurden im Ergebnis 3 von 1.631 Leistungserbringern (0,18 %) rechnerisch auffällig.

**2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren**

Im QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* weisen 447 von insgesamt 1.938 Standorten mindestens ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in mindestens einem Qualitätsindikator auf.

In Tabelle 6 sind die Bundesraten für die beiden Qualitätsindikatoren mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021)

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Indikatoren zur Ergebnisqualität</b>				
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1,05 ( $\leq 2,28$ ; 95. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	0,0046 % (Sentinel-Event)	-	Nicht vergleichbar

In Tabelle 7 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der in ihrem Ergebnis als rechnerisch auffällig bewerteten Leistungserbringer für das Erfassungsjahr 2021 abgebildet. In den beiden Spalten zu „Leistungserbringer rechnerisch auffällig“ werden ihre Anzahl bzw. ihr prozentualer Anteil an allen betrachteten Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 7: Übersicht über die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (EJ 2021)

ID	Qualitätsindikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
		Anzahl	Anteil
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	95 von 1.913	4,97 %
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	376 von 1.913	19,65 %

Mit dem Qualitätsindikator „**Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**“ (ID 52009) wird erhoben, wie viele Dekubitalulcera Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, neu entstanden sind. Ein Dekubitus bedeutet für die betroffenen Patientinnen und Patienten Schmerzen, einen hohen Leidensdruck und oftmals eine langwierige Therapie. Der Indikator zielt daher auf möglichst wenige inzidente Dekubitalulcera genannter Kategorien. Sein Referenzbereich liegt auf dem 95. Perzentil (EJ 2021:  $\leq 2,28$ ). Im Erfassungsjahr 2021 beträgt das Bundesergebnis 1,05. Von insgesamt 1.913 betrachteten Leistungserbringern wurden 95 (4,97 %) in ihrem Ergebnis rechnerisch auffällig. Aufgrund des stetig steigenden Anteils von Leistungserbringern mit als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen sowohl an allen betrachteten Leistungserbringern (EJ 2017: 1,2 %, n = 24, N = 1.921; EJ 2020: 2,4 %, n = 47, N = 1.952) als auch an allen Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (EJ 2017: 24,5 %; EJ 2020: 37,6 %) wird für diesen Indikator besonderer Handlungsbedarf gesehen (vgl. Abschnitt 2.5).

Der Qualitätsindikator „**Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4**“ (ID 52010) bildet ab, wie viele Dekubitalulcera Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, die ohne Dekubitus Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, neu aufgetreten sind. Da ein Dekubitus Kategorie 4 eine äußerst schwerwiegende Komplikation darstellt, wird dementsprechend als Qualitätsziel des Indikators formuliert, dass bei einer Patientin bzw. einem Patienten die Entwicklung eines Dekubitus dieser Kategorie während des Krankenhausaufenthaltes absolut vermieden werden soll. Um herauszufinden, ob gravierende Qualitätsprobleme vorliegen, wird die Entstehung eines solchen hochgradigen Dekubitus als „Sentinel Event“ erfasst, bei dem in jedem Einzelfall eine Analyse erfolgen soll. Von insgesamt 15.070.673 vollstationär behandelten Patientinnen bzw. Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik haben 688 mindestens einen Dekubitus Kategorie 4 entwickelt. Damit beträgt das Bundesergebnis des Indikators

0,0046 %. Als rechnerisch auffällig eingestuft worden sind in ihrem Ergebnis 376 (19,65 %) von insgesamt 1.913 betrachteten Leistungserbringern; für sie wird jeweils eine Einzelfallprüfung vorgenommen werden.

## 2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Für den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) wurde besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 wurden insgesamt 47 Leistungserbringer in ihrem Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2017 hat sich sowohl die diesbezügliche Anzahl (2017: 24) als auch der Anteil von im Ergebnis als qualitativ auffällig eingestuften Leistungserbringern an allen betrachteten Leistungserbringern (EJ 2017: 1,2 %; EJ 2020: 2,4 %) nahezu verdoppelt. Insbesondere die Anzahl von Leistungserbringern mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel hat sich vom Erfassungsjahr 2017 (n = 17) zum Erfassungsjahr 2020 (n = 34) mehr als verdoppelt. Der Anteil der Leistungserbringer mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel an allen in ihrem Ergebnis rechnerisch Auffälligen beträgt im Erfassungsjahr 2020 insgesamt 27,2 % – im Erfassungsjahr 2017 waren es 17,3 % – was bedeutet, dass mehr als jeder vierte in seinem Ergebnis rechnerisch auffällige Leistungserbringer mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel auch qualitativ auffällig geworden ist. Diese Leistungserbringer zeichnen sich bezüglich der Dekubitusprophylaxe im Wesentlichen durch ein oder mehrere der folgenden Aspekte aus: fehlendes Assessment bei Klinikaufnahme, Nichteinhalten von Standards bei der Prophylaxe bzw. mangelhafte oder fehlende Evaluation derselben sowie eine hohe Personalfuktuation. Sowohl das Fachwissen um die Dekubitusprophylaxe als auch das Engagement hierfür sind grundsätzlich vorhanden, jedoch stellen sich v. a. die Prozesse um die prophylaktischen Maßnahmen aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen für die Pflege als problembehaftet dar. In diesem Zusammenhang wird auch eine abnehmende Fokussierung der Dekubitusprophylaxe hin zur Behandlung eines Dekubitus nach seiner Entstehung während des Klinikaufenthaltes wahrgenommen. Diese abnehmende Fokussierung steht dem Qualitätsziel des Indikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) entgegen.

### **3      Stellungnahmeverfahren und          Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Für dieses QS-Verfahren wurde im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2020 noch kein Stellungnahmeverfahren gem. § 17 DeQS-RL durchgeführt, da dieses im Jahr 2020 noch unter der QSKH-RL geführt wurde. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2021 zum Erfassungsjahr 2020 nach QSKH-RL wurden für Qualitätsindikatoren im „Bericht zum Strukturierten Dialog 2021“ und für Auffälligkeitskriterien im „Bericht zur Datenvalidierung 2021“ dargestellt.

## 4 Evaluation

Für dieses QS-Verfahren wurde im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2020 noch keine Stakeholderanalyse (Evaluation) von den LAG übermittelt, da dieses im Jahr 2020 noch unter der QSKH-RL geführt wurde. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL bzw. des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL werden stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

## 5 Fazit und Ausblick

Bei den Bundesergebnissen der Qualitätsindikatoren „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) und „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (ID 52010) ist wenig Veränderung zu beobachten. Die Ergebnisse der strukturierten Dialoge der vergangenen Jahre hingegen zeigen eine differenziertere Situation auf. Für den risikoadjustierten Qualitätsindikator mit der ID 52009 wurde aktuell besonderer Handlungsbedarf festgestellt, da hier insbesondere die absolute Anzahl von Leistungserbringern mit Hinweisen auf Prozess- und Strukturmängel als auch ihr Anteil an allen in ihrem Ergebnis rechnerisch auffälligen Leistungserbringern merklich angestiegen ist. Für den Sentinel-Event-Indikator mit der ID 52010 ist zu konstatieren, dass die Anzahl der Fälle an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, in den vergangenen Jahren stetig zurückgegangen ist (EJ 2016: 1.282; EJ 2021: 688), jedoch im Rahmen des strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 jeder vierte Leistungserbringer in seinem Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet wurde. Unter den aus den Bundesländern berichteten Gründen für qualitative Auffälligkeiten lassen sich für beide Qualitätsindikatoren über die Jahre dieselben Gründe identifizieren: z. B. fehlendes oder mangelhaftes Assessment bei Klinikaufnahme, Nichteinhalten von Standards bei der Dekubitusprophylaxe sowie fehlende prophylaktische Maßnahmen oder fehlende bzw. mangelhafte Evaluation derselben. Hinzu kommt ein steigender Anteil an externen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege. Der Umsetzung des vorhandenen Engagements der Pflegenden zur Dekubitusprophylaxe stehen die aktuellen Rahmenbedingungen in der Pflege gegenüber.

Das QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* basiert auf den Abrechnungsdaten der jeweiligen Krankenhäuser, für welche die meisten Informationen automatisch aus den QS-Dokumentationsbögen bzw. aus der Risikostatistik übernommen werden. Dies garantiert den Krankenhäusern eine aufwandsarme Erfassung der für das Verfahren notwendigen Daten. Die Abrechnungsdaten basieren unter anderem auf ICD-10-Kodes gemäß BfArM mit vier Klassen in der Einstufung. In den vergangenen Jahren gab es im Rahmen des strukturierten Dialogs von den damaligen Landesqualitätsstellen mitunter Rückmeldungen, dass bei der Dokumentation eines Dekubitus in der stationären Versorgung häufig die Klassifikation gemäß EPUAP/NPUAP mit einer Einstufung in sechs Klassen Anwendung findet. Da diese Klassifikation weder in der Vergangenheit durch das DIMDI noch aktuell vom BfArM in die ICD-Kodes übernommen wurde, konnte auch im QS-Verfahren keine Umstellung erfolgen. Als problematisch wird in diesem Zusammenhang gesehen, dass Dokumentationsfehler beim Übertrag von einem auf das andere System generiert werden könnten, da die Definitionen der einzelnen Schweregrade zwischen den beiden Klassifikationssystemen abweichen.

Bei der Berechnung des risikoadjustierten Indikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) werden Daten aus der QS-Dokumentation und der Risikostatistik verwendet. Da ein Dekubitus nicht in jedem Fall abrechnungsrelevant ist, ist er infolge dessen nicht immer in den Daten zur Risikostatistik enthalten. Hier zeigt sich eine

eingeschränkte Nutzbarkeit der Abrechnungsdaten im Zusammenhang mit dem Zweck der externen stationären Qualitätssicherung. Zudem sollte die Information, ob der Dekubitus bei Aufnahme der Patientin bzw. des Patienten bereits vorhanden war, als Kode in den ICD-10-Katalog aufgenommen werden. Damit würde diese Information in die Risikostatistik integriert und die vom Leistungserbringer derzeit manuell zu befüllenden Datenfelder der QS-Dokumentation könnten entfallen. Darüber hinaus wäre eine Zusammenführung der Datensätze aus der QS-Dokumentation sowie aus der Risikostatistik dann nicht mehr erforderlich.

Die Indikatoren des QS-Verfahrens *Dekubitusprophylaxe* betrachten ausschließlich die stationär neu erworbenen (inzidenten) Dekubitalulcera. Dies ermöglicht indirekte Rückschlüsse auf die Durchführung der Dekubitusprophylaxe, jedoch nicht auf das essenzielle Assessment bei Klinikaufnahme, konkret geplante und durchgeführte Maßnahmen bzw. deren Evaluation sowie auf Aspekte der pflegerischen Versorgung, die einen Beitrag zur Prophylaxe von Dekubitalulcera geleistet haben. Dabei ist der Dekubitus eine schwerwiegende Komplikation, die bis auf wenige Einzelfälle durch gut implementierte Strukturen zu prophylaktischen Maßnahmen vermieden werden kann. Besonders im Hinblick auf die aktuelle Wahrnehmung einer Verschiebung weg von der Dekubitusprophylaxe hin zur Wundbehandlung eines während des Aufenthaltes erworbenen Dekubitus sollte das Verfahren *QS DEK* thematisch unter Einbindung einer Verlaufskontrolle sowohl bereits vorhandener (prävalenter) als auch inzidenter Dekubitalulcera weiterentwickelt werden.

## Glossar

Begriff	Erläuterung
<b>Auffälligkeit, qualitative (auffälliger Indikatorwert)</b>	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten, wenn diese Versorgungsqualität ein Qualitätsziel verfehlt. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
<b>Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)</b>	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ist die Abweichung vom Referenzbereich statistisch signifikant, wird das Ergebnis auch als „statistisch auffällig“ bezeichnet.
<b>Auffälligkeitskriterien</b>	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.
<b>Basisdatensatz</b>	Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichten Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.
<b>Datenquelle</b>	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
<b>Datensatz</b>	Der Begriff wird im Kontext der Qualitätssicherung unterschiedlich verwendet: 1. als eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten(-feldern), die einem Behandlungsfall bzw. einer Prozedur zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. als Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. als Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, Klinische Krebsregister).

Begriff	Erläuterung
<b>Erfassungsjahr</b>	Jahr, dem (fall- bzw. einrichtungsbezogen) erfasste Daten für die Auswertung zugeordnet werden. Bei den meisten Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde; bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
<b>Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)</b>	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
<b>Grundgesamtheit</b>	Die Grundgesamtheit gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Die Grundgesamtheit kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
<b>Indikatorwert</b>	Das numerische Ergebnis, das durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die qualitätsbezogenen Daten resultiert.
<b>Kennzahl</b>	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
<b>Leistungserbringer</b>	Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Praxen, Medizinische Versorgungszentren) oder Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte), die Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerisch versorgen.
<b>Minimaldatensatz (MDS)</b>	Ein Behandlungsfall kann als dokumentationspflichtig ausgelöst werden, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Für diesen Fall wird anstatt der vollen Dokumentation nur ein sogenannter Minimaldatensatz fällig. Minimaldatensätze werden in der Auswertung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt und dienen lediglich dem Fallzahlabgleich.

Begriff	Erläuterung
<p>O, E, N (O / N, O / E, E / N)</p>	<p>O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient <math>O / N</math> ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.</p> <p>E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient <math>O / E</math> aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von <math>O / E = 2</math> bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu <math>O / N</math> und <math>O / E</math> wird auch der Quotient <math>E / N</math> dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). <math>E / N</math> ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.</p>
<p>Perzentile</p>	<p>Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen beispielsweise 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.</p>
<p>Qualitätsindikator</p>	<p>Qualitätsindikatoren sind quantitative Größen, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglichen. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept.</p>
<p>Qualität</p>	<p>Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei beispielsweise auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint. Siehe auch: Versorgungsqualität.</p>
<p>Qualitätsmessung</p>	<p>Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.</p>
<p>Qualitätsmodell</p>	<p>Die Summe der zur Beschreibung der Qualität eines Versorgungsbereichs ausgewählten Qualitätsaspekte (siehe Qualitätsaspekte). Für jeden Versorgungsbereich, in dem ein neues QS-Verfahren entworfen wird, wird ein individuelles Qualitätsmodell entwickelt, welches als Basis für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren dient.</p>

Begriff	Erläuterung
<b>Qualitätssicherung</b>	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
<b>Qualitätssicherung, externe</b>	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
<b>Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)</b>	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
<b>Qualitätsziel</b>	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
<b>Referenzbereich</b>	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein Qualitätsmerkmal dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
<b>Referenzwert</b>	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
<b>Sentinel Event</b>	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungsverfahren nach sich zieht.

Begriff	Erläuterung
<b>Sollstatistik</b>	In der Sollstatistik wird die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) überprüft. Gezeigt werden dokumentationspflichtige Fälle von einem Leistungserbringer der externen Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr und die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter.
<b>Sozialdaten bei den Krankenkassen</b>	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
<b>Stellungnahmeverfahren</b>	Liegen die Ergebnisse eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator außerhalb des dafür festgelegten Referenzbereichs, wird das Stellungnahmeverfahren von der jeweils zuständigen Landesarbeitsgemeinschaft eingeleitet. Darin soll überprüft werden, ob neben der rechnerischen Auffälligkeit auch eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Das Stellungnahmeverfahren kann in Form einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme, eines Gespräches sowie einer Begehung der Einrichtung durchgeführt werden.
<b>Versorgungsqualität</b>	Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen
<b>Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)</b>	Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.
<b>Zähler</b>	Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

## Literatur

- BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte] (2020): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2021. Mit Aktualisierungen vom 11.11.2020 und 10.03.2021. Kapitel XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut. Abschnitt L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone. Stand: 18.09.2020. Köln: BfArM. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-l80-l99.htm#L89> (abgerufen am: 03.02.2022).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-00-009033-2.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

# Dekubitusprophylaxe

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 21. Oktober 2022

---

## Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340  
Telefax: (030) 58 58 26-341

[verfahrensupport@iqtig.org](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org/>

# Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021.....	7
Einleitung.....	9
Datengrundlagen.....	11
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	11
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	13
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1).....	13
52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1).....	13
52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2.....	16
521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3.....	18
521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet.....	20
Details zu den Ergebnissen.....	22
52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4.....	23
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	25
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	25
850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1).....	25
851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik.....	27
Details zu den Ergebnissen.....	29
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	30
850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	30
850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	32
851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik.....	34
851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik.....	35
Basisauswertung.....	36
QS-Dokumentation.....	36

Altersverteilung.....	36
Geschlecht.....	37
Risikofaktoren.....	40
Beatmungsstunden.....	41
Dekubitus.....	41
Gradeinteilung.....	41
War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? - "Present on Admission" (POA).....	42
War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? - "Present on Discharge" (POD).....	42
Risikostatistik.....	45
Altersverteilung.....	45
Risikofaktoren.....	45
Beatmungsstunden.....	46

## Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) übersichtlich zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt. Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten.
- Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden zudem die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren DEK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-dek/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
<b>Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>				
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 2,28 (95. Perzentil)	1,05 N = 15.070.673	1,04 - 1,06
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	Transparenzkennzahl	0,3359 % N = 15.070.673	0,3330 % - 0,3388 %
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	Transparenzkennzahl	0,0603 % N = 15.070.673	0,0590 % - 0,0615 %
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	Transparenzkennzahl	0,0051 % N = 15.070.673	0,0047 % - 0,0055 %
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0046 % N = 15.070.673	0,0042 % - 0,0049 %

## Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 3,25 % (95. Perzentil)	0,7242 % 1.800/248.546	4,04 % 68/1.683
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20,00 %	-3,5796 % -8.897/248.546	1,60 % 27/1.683

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,4526 % 248.565/247.445	0,65 % 9/1.386
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,0077 % 19/247.445	0,00 % 0/1.386
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	≥ 95,00 %	98,1648 % 15.083.642/15.365.631	3,49 % 57/1.631
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110,00 %	98,1648 % 15.083.642/15.365.631	0,18 % 3/1.631

## Einleitung

Der Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, die oft über Knochenvorsprüngen und infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. Schädigungen dieser Art werden auch als Druckgeschwüre, Dekubitalulcera oder Wundliegen bezeichnet und sind eine sehr ernst zu nehmende Komplikation bei zu pflegenden Personen.

Sie können in Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge lang andauernder Bewegungseinschränkung auftreten. Dementsprechend sind besonders häufig ältere Menschen von einem Dekubitus betroffen. Die betroffene Patientin, der betroffene Patient sind aufgrund eines Dekubitalulcus in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, da dieser meist mit Schmerzen, Einschränkungen der Selbständigkeit und einer monatelangen Pflegebedürftigkeit einhergeht, die zudem mit erhöhter Mortalität korrelieren kann. In Deutschland steigt die Anzahl der Todesfälle in Verbindung mit einem Dekubitus derzeit an. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent vorzubeugen (Dekubitusprophylaxe).

Der Schweregrad eines Dekubitus wird auf einer Skala von 1 bis 4 kategorisiert. Diese Gradeinteilung basiert auf der internationalen Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (sog. ICD-10-GM-Klassifizierung).

Gradeinteilung des Dekubitus nach L89.- (ICD-10-GM Version 2020):

- Dekubitus 1. Grades: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
- Dekubitus 2. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis oder Hautverlust ohne nähere Angaben
- Dekubitus 3. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
- Dekubitus 4. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades

In der Forschung wird die Bezeichnung „Grad“ zur Einstufung des Dekubitus kritisch diskutiert, da hierdurch der Eindruck vermittelt werden kann, dass ein Dekubitus der Einstufung 1 fortschreitet zur Einstufung 4. Des Weiteren werden in internationalen Leitlinien und im aktuellen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege 6 Kategorien zur Einteilung eines Dekubitus verwendet. Für dieses QS-Verfahren sind allerdings die Abrechnungsdaten auf Grundlage der vom BfArM (1) vorgegebenen Kodierungen relevant, weshalb sich weiter auf diese Einteilung bezogen wird. Die Qualitätsindikatoren berücksichtigen alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, bei denen ein Dekubitus im Krankenhaus neu erworben wurde.

Die Dekubitusinzidenz (Anzahl der neu aufgetretenen Dekubitalulcera innerhalb einer Personengruppe) gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit, weil sie auch Rückschlüsse über im Krankenhaus angewendete Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleitete Behandlungsmaßnahmen ermöglicht. Da in der Praxis oft Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus Grad 1 von einer Hautrötung besteht, werden im QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe nur die höheren Grade (ab Dekubitus Grad 2) erhoben und ausgewertet.

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gibt Klassifikationen zur Kodierung von Diagnosen und Operationen heraus, welche den Krankenhäusern zur Abrechnung dienen.

## Datengrundlagen

Für die Berechnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe werden sowohl QS-Daten als auch Daten aus der Risikostatistik verwendet. Die Risikostatistik muss von jedem Krankenhausstandort mit vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren erstellt und übermittelt werden und bildet die Grundlage zur Berechnung der Nenner der Qualitätsindikatoren.

Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquellen:

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen Krankenhäuser mit QS-Dokumentationsdaten
  - Datengrundlage nach Standort
  - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer
  
- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen Krankenhäuser mit Risikostatistik
  - Datengrundlage nach Standort
  - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen kann es passieren, dass für einzelne Krankenhausstandorte Risikostatistik und QS-Daten nicht exakt übereinstimmen. Für einige Krankenhausstandorte liegen fälschlicherweise sogar nur QS-Daten, jedoch keine Daten zur Risikostatistik vor (29 Standorte im Erfassungsjahr 2021, 13 Standorte im Erfassungsjahr 2020). Umgekehrt liegen für das Erfassungsjahr 2021 für 28 Standorte (2020: 17 Standorte) Daten zur Risikostatistik mit dokumentierten Dekubitalulcera vor, ohne dass diese Standorte QS-Daten geliefert hätten.

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren, anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren DEK erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort.

Ab dem Jahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie Vollzähligkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von Daten der QS-Dokumentation und der Risikostatistik. Die Tabelle zeigt den Datenbestand zur QS-Dokumentation und zur Risikostatistik.

<b>Erfassungsjahr 2021</b>		<b>geliefert</b>	<b>erwartet</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze gesamt</b>	<b>248.565</b>	<b>247.445</b>	<b>100,45</b>
	<b>Basisdatensatz</b>	<b>248.546</b>		
	<b>MDS</b>	<b>19</b>		
<b>Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) mit QS-Dokumentation</b>		<b>1.378</b>	<b>1.386</b>	<b>99,42</b>
<b>Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) mit Risikostatistik</b>		<b>1.552</b>	<b>1.558</b>	<b>99,61</b>
<b>Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)</b>		<b>1.683</b>		
<b>Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)</b>		<b>1.683</b>		

## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

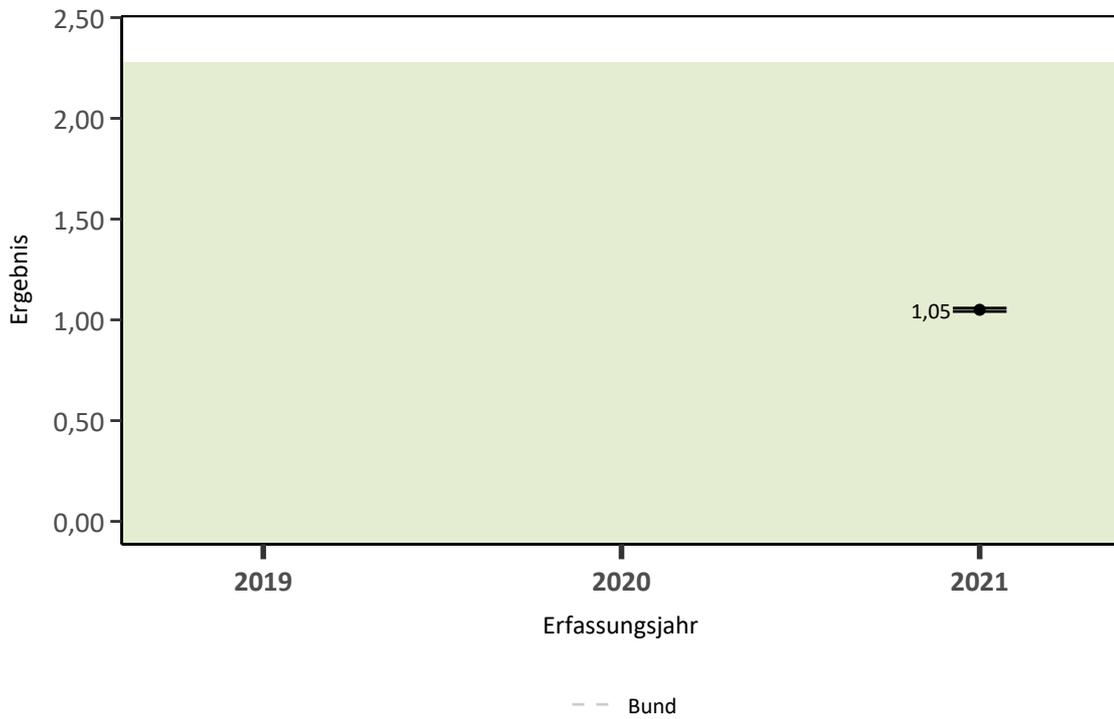
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
---------------	---

### 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

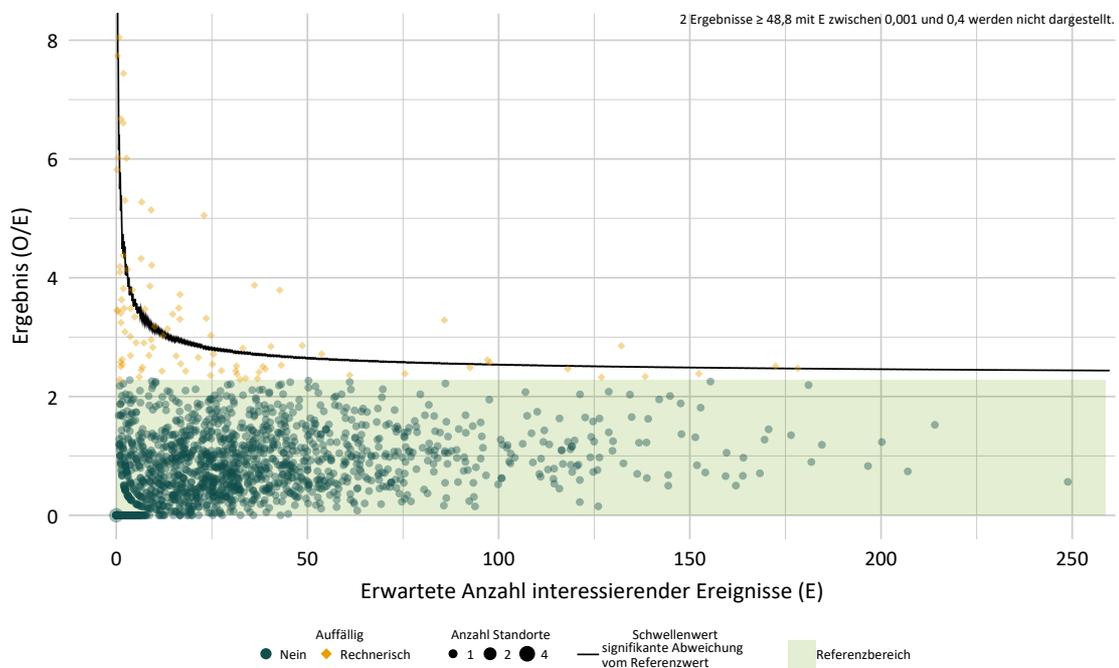
ID	52009
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für ID 52009
Referenzbereich	≤ 2,28 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

### Ergebnisse im Zeitverlauf

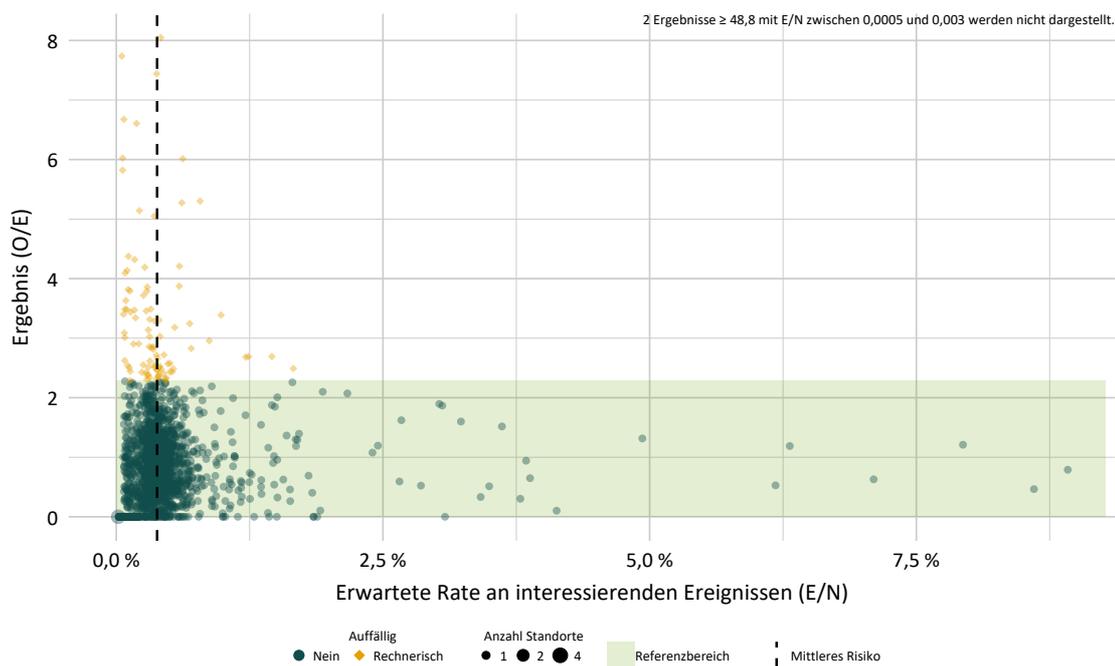
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



### Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
<b>Bund</b>	2019: - 2020: - <b>2021: 15.070.673</b>	2019: - / - 2020: - / - <b>2021: 60.553 / 57.670,00</b>	2019: - 2020: - <b>2021: 1,05</b>	2019: - 2020: - <b>2021: 1,04 - 1,06</b>

\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:  
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.  
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

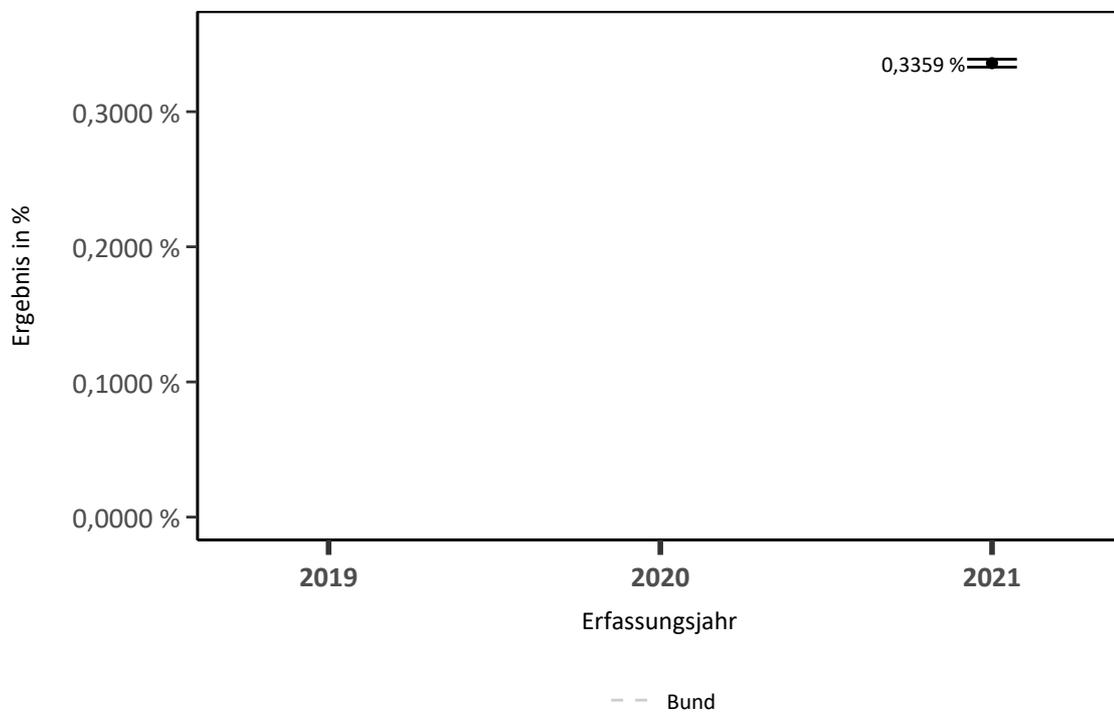
## 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

ID	52326
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
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
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

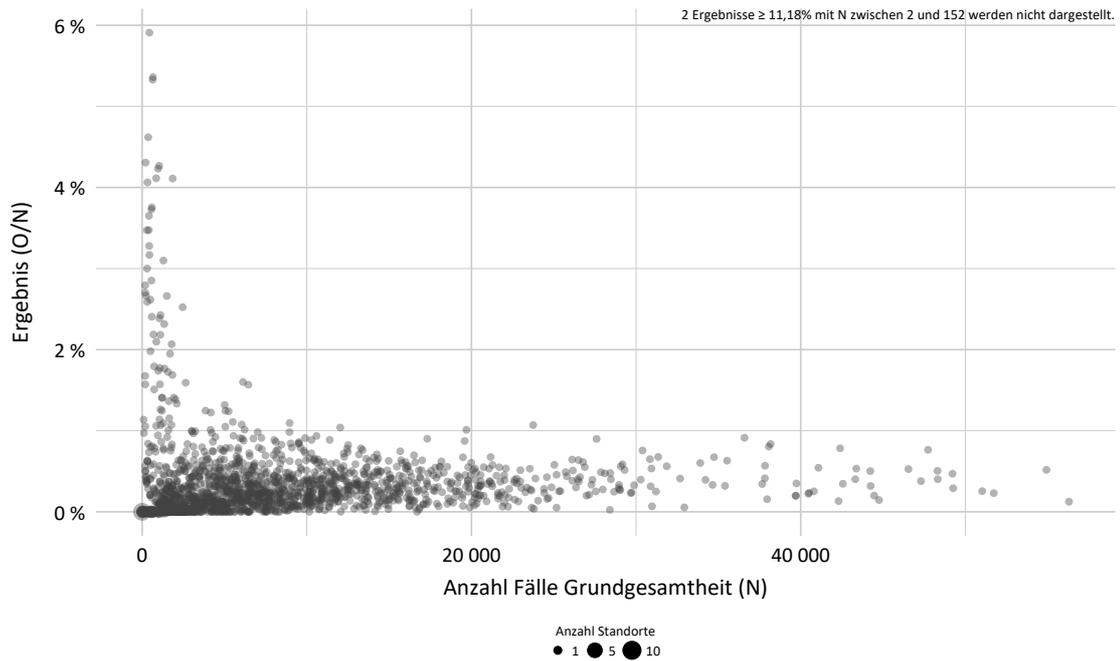
---

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: - / - 2021: 50.623 / 15.070.673	2019: - 2020: - 2021: 0,3359 %	2019: - 2020: - 2021: 0,3330 % - 0,3388 %

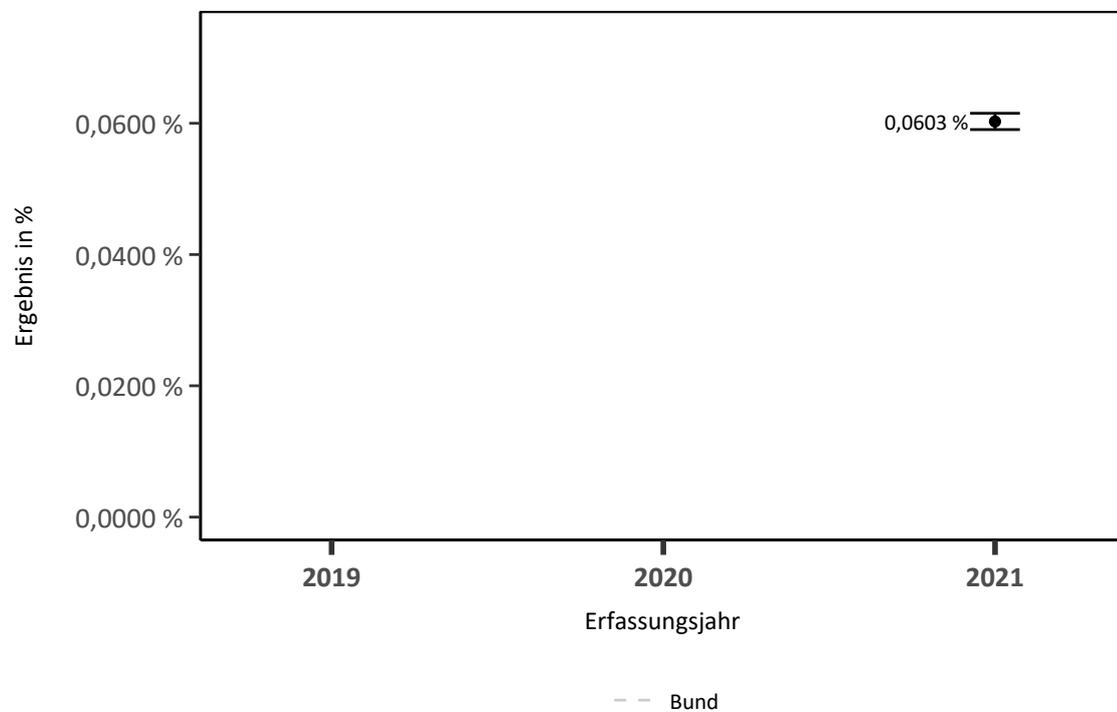
### 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

ID	521801
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
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
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

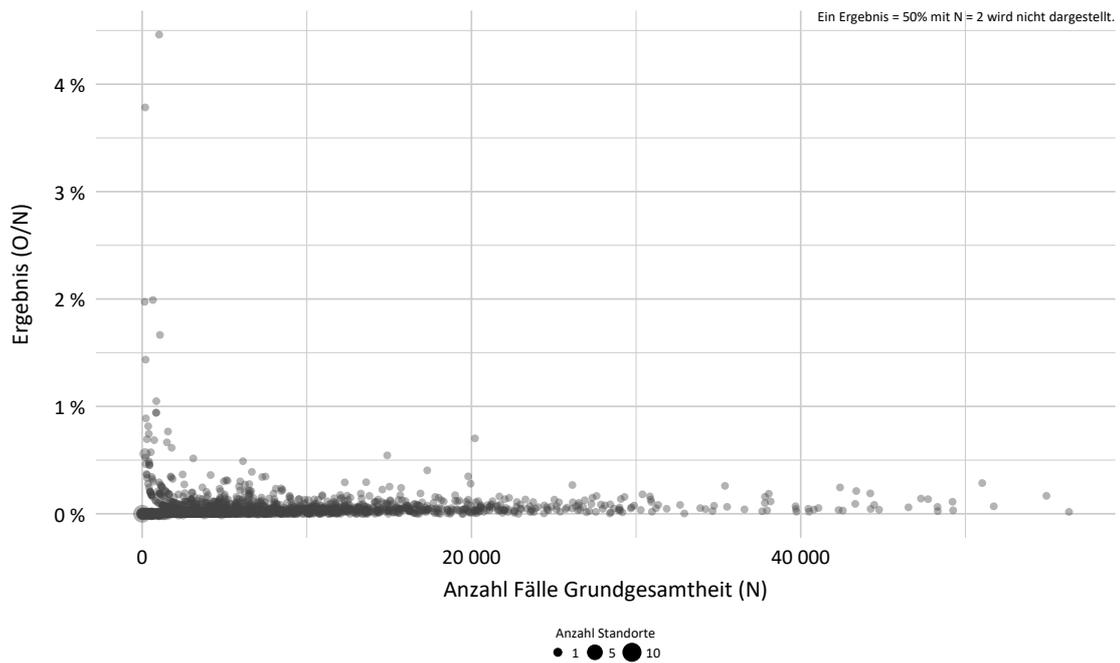
---

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

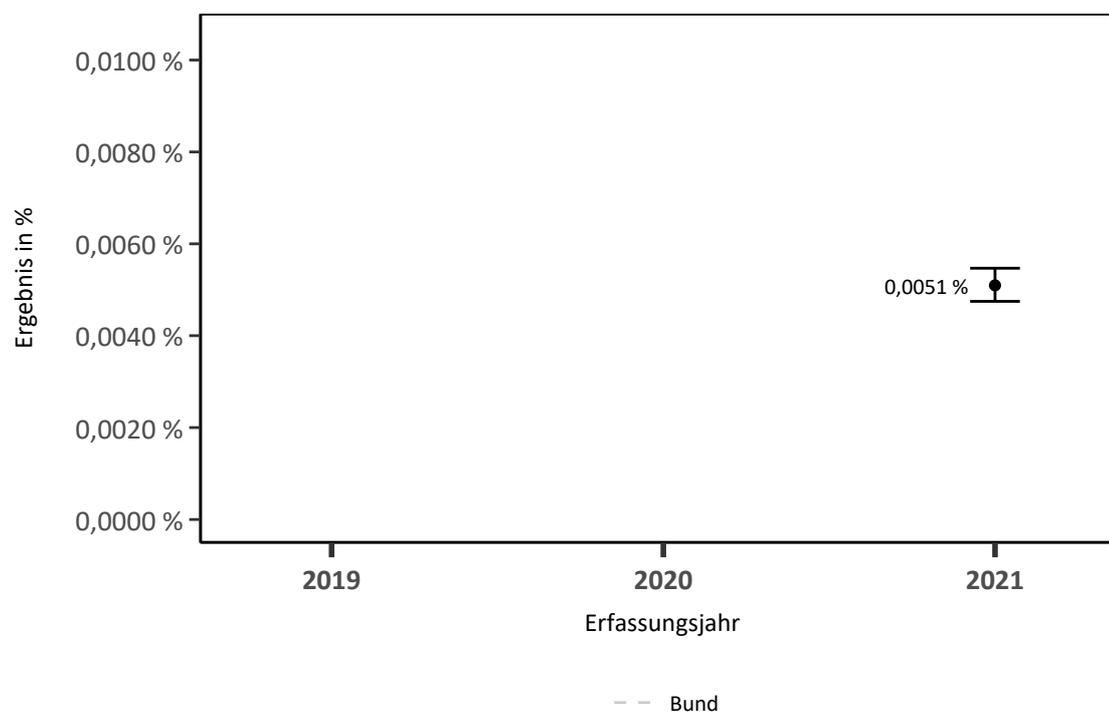
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: - / - 2021: 9.083 / 15.070.673	2019: - 2020: - 2021: 0,0603 %	2019: - 2020: - 2021: 0,0590 % - 0,0615 %

## 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

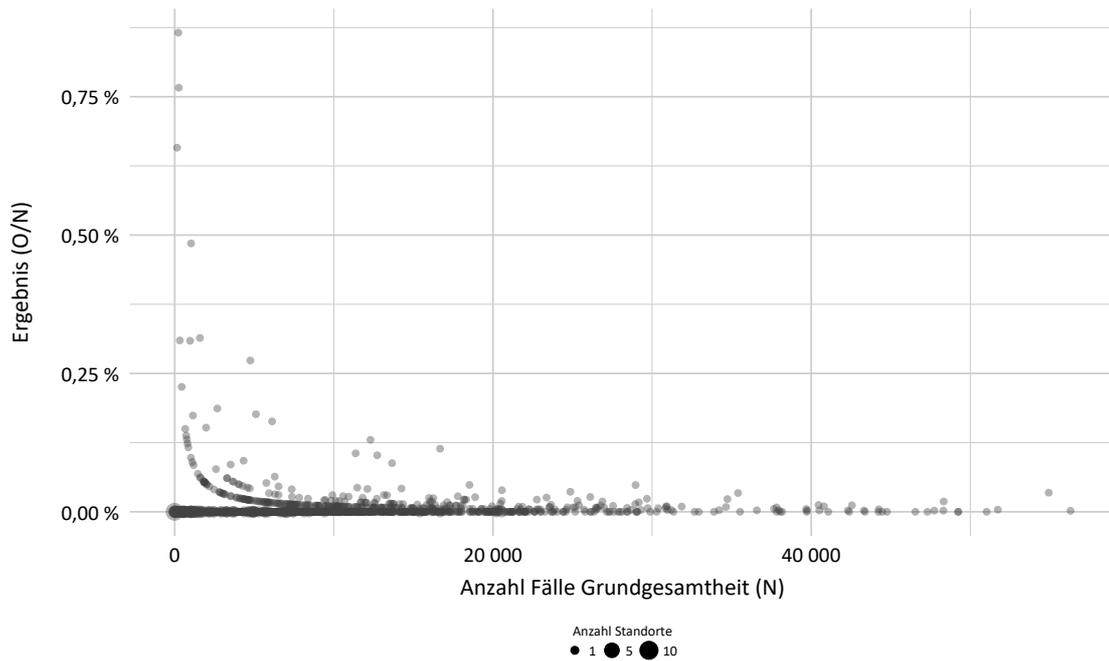
ID	521800
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: - / - 2021: 768 / 15.070.673	2019: - 2020: - 2021: 0,0051 %	2019: - 2020: - 2021: 0,0047 % - 0,0055 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	0,4018 % 60.553/15.070.673
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression <sup>1</sup>	
1.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	0,4018 % 60.553/15.070.673
1.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	0,3827 % 57.670,00/15.070.673
1.1.1.3	<b>O/E</b>	1,05

<sup>1</sup> nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</b>	0,3359 % 50.623/15.070.673

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3</b>	0,0603 % 9.083/15.070.673

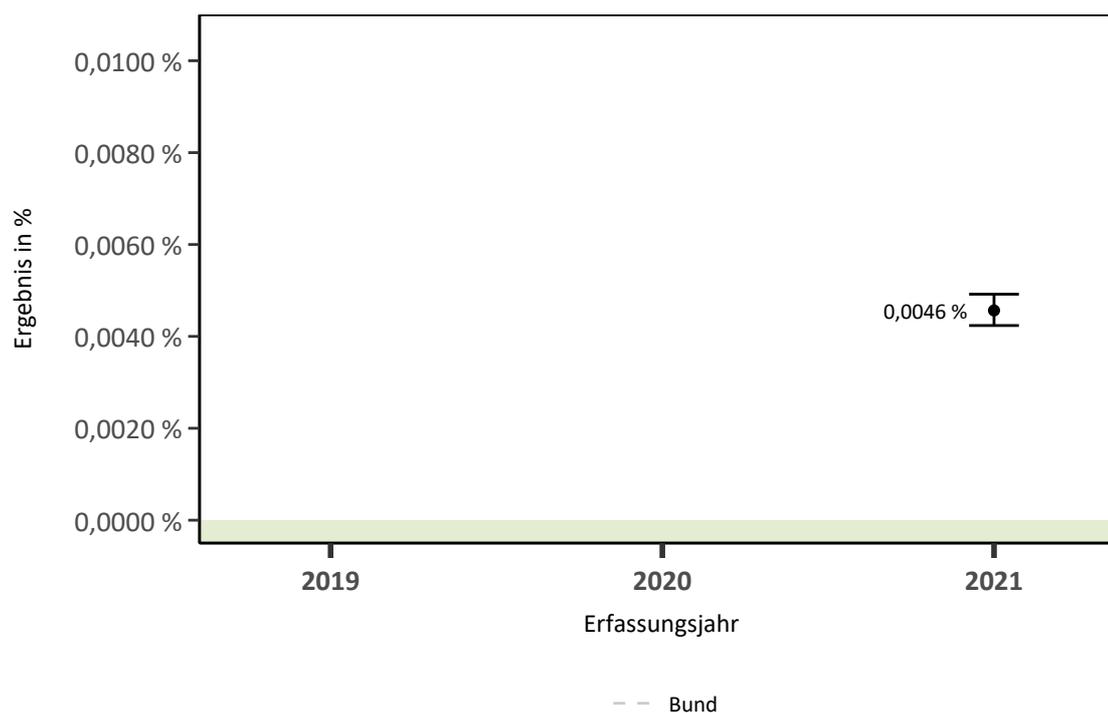
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet</b>	0,0051 % 768/15.070.673

### 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

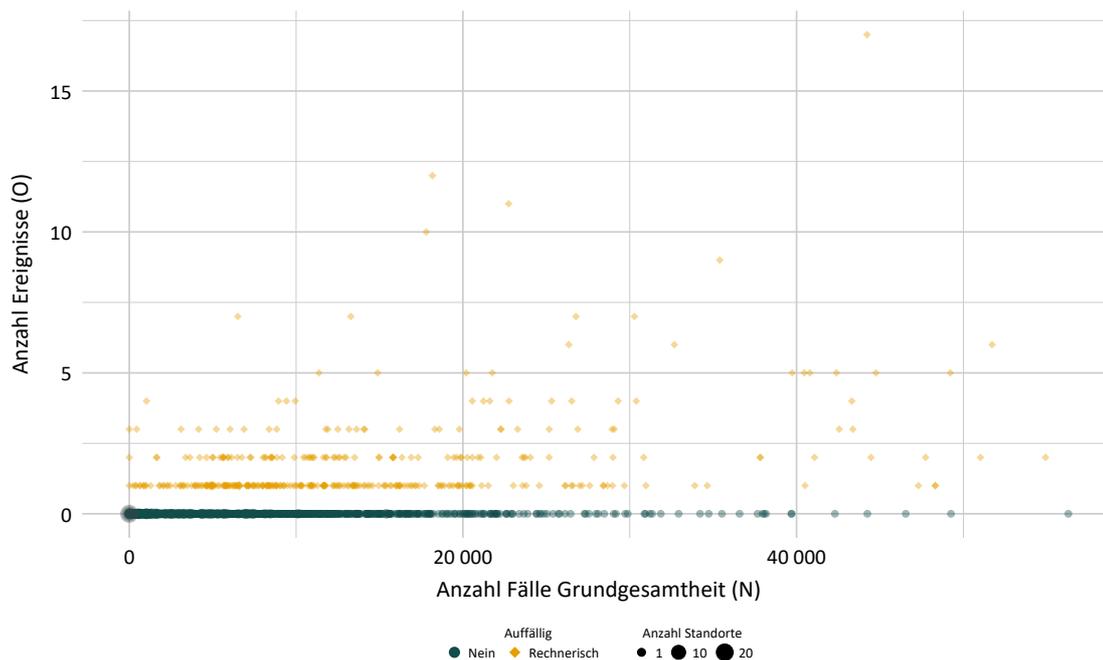
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
ID	52010
Grundgesamtheit	Alle vollstationär 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
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: - / - 2021: 688 / 15.070.673	2019: - 2020: - 2021: 0,0046 %	2019: - 2020: - 2021: 0,0042 % - 0,0049 %

## Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

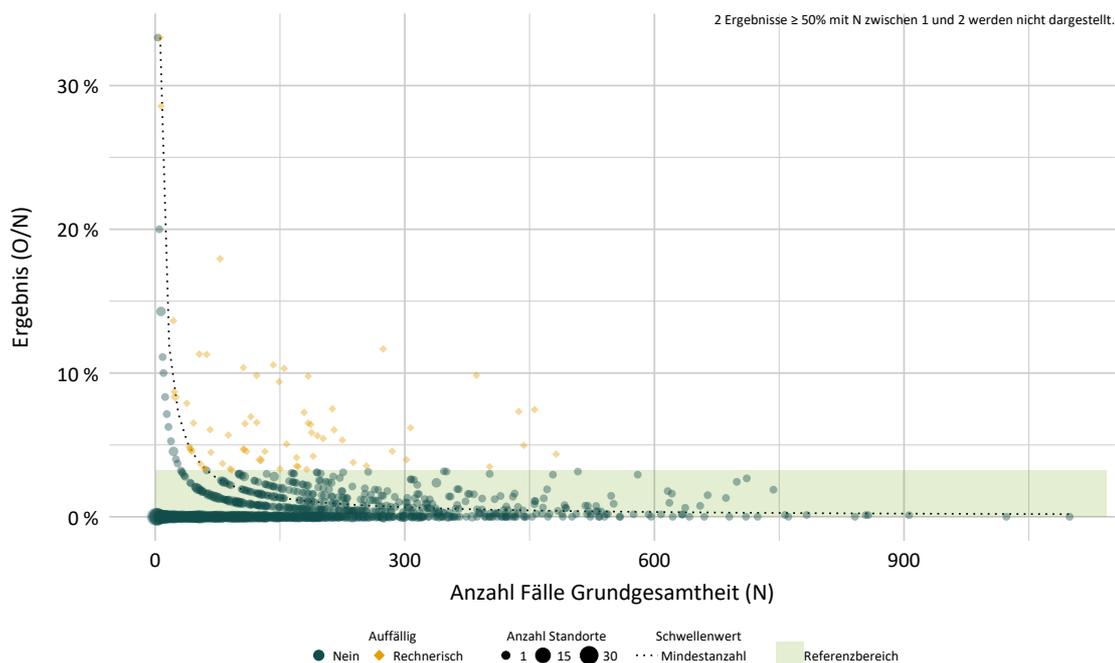
### Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

#### 850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

ID	850359
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“
Referenzbereich	≤ 3,25 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

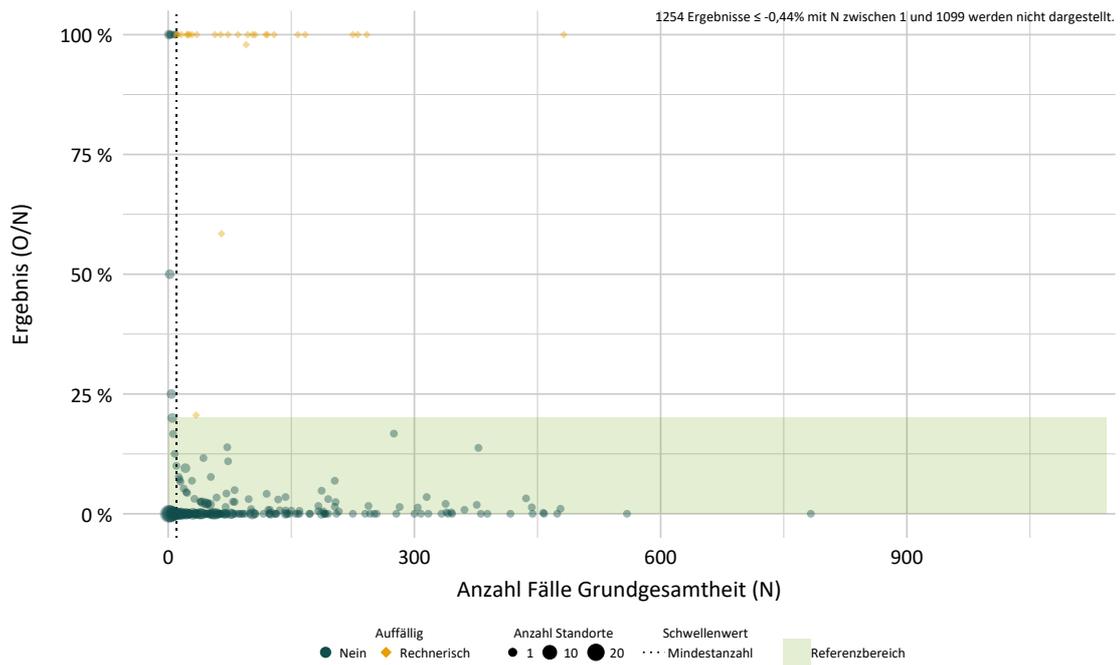
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.800 / 248.546	0,7242 %	4,04 % 68/1.683

## 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

ID	851805
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation
Zähler	Differenz zwischen - der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation und - der Anzahl der Fälle mit „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	-8.897 / 248.546	-3,5796 %	1,60 % 27/1.683

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.1	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalucera Grad/Kategorie 1)	0,7242 % 1.800/248.546

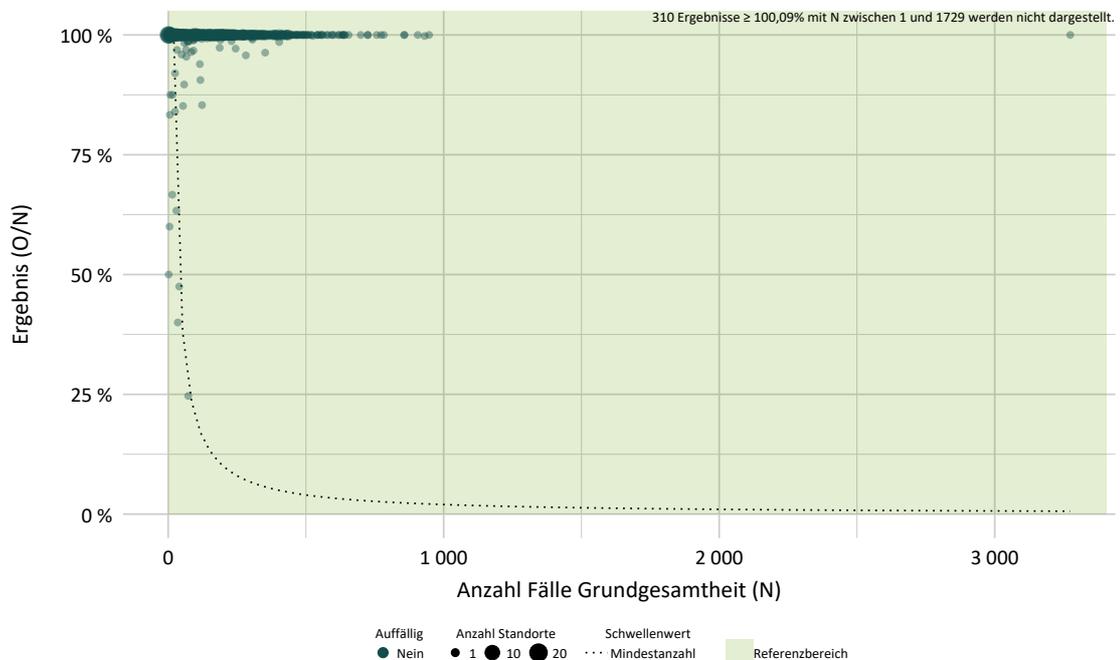
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.2	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalucera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	-3,5796 % -8.897/248.546
AK.2.1	Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der QS-Dokumentation	248.546
AK.2.2	Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik	257.443

## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850096
Begründung für die Auswahl	<p><b>Relevanz</b>                  Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p><b>Hypothese</b>                  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



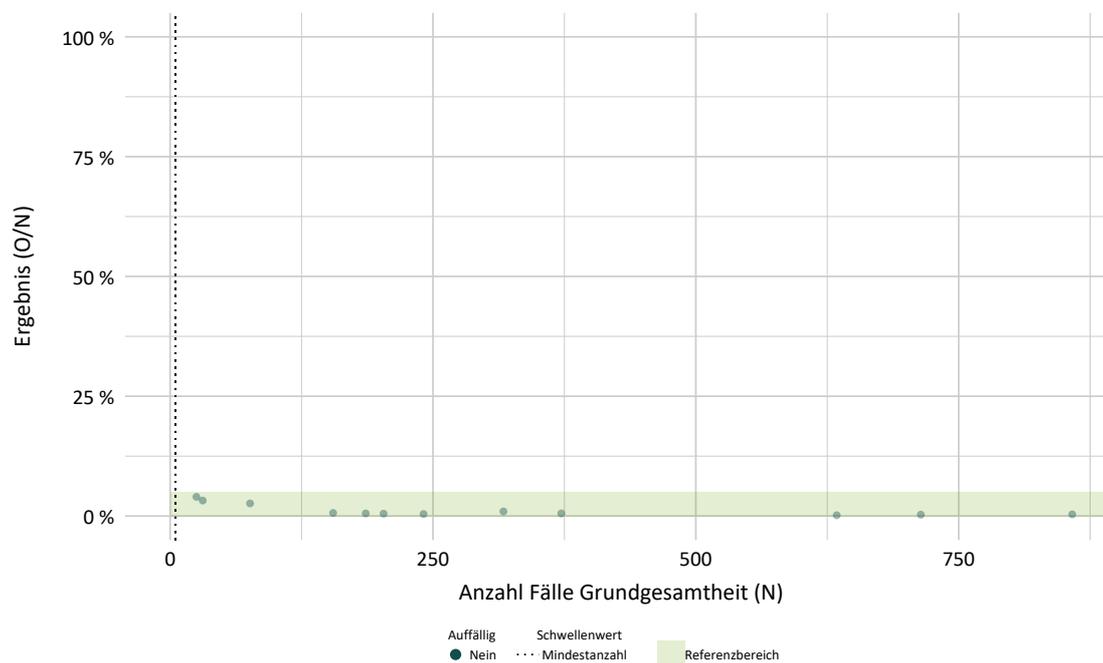
### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
<b>Bund</b>	248.565 / 247.445	100,4526 %	0,65 % 9/1.386

## 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850230
Begründung für die Auswahl	<p><b>Relevanz</b>          Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p><b>Hypothese</b>          Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



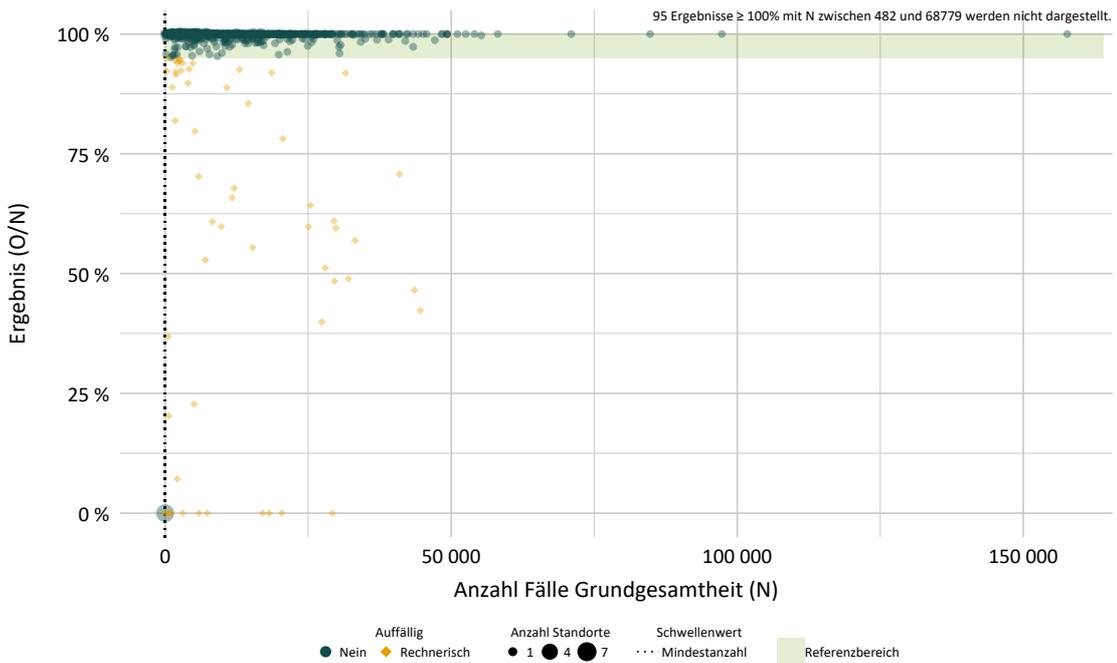
### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	19 / 247.445	0,0077 %	0,00 % 0/1.386

## 851806: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik

ID	851806
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Underdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



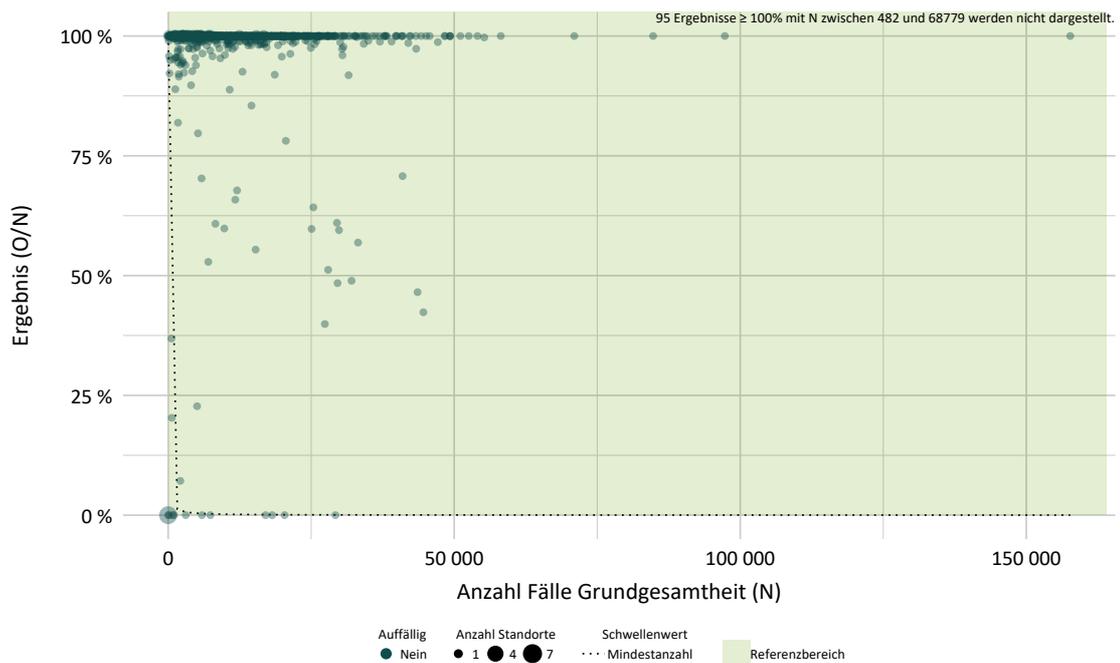
### Detaillierergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	15.083.642 / 15.365.631	98,1648 %	3,49 % 57/1.631

## 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

ID	851808
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risi-kostatistik
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	15.083.642 / 15.365.631	98,1648 %	0,18 % 3/1.631

# Basisauswertung

## QS-Dokumentation

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die Daten der QS-Dokumentation mit Vorhandensein von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie bei Patienten von 20 bis 120 Jahren

### Altersverteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 248.546</b>	
<b>Altersverteilung</b>		
20 - 29 Jahre	930	0,37
30 - 39 Jahre	2.128	0,86
40 - 49 Jahre	4.896	1,97
50 - 59 Jahre	17.396	7,00
60 - 69 Jahre	38.321	15,42
70 - 79 Jahre	62.449	25,13
≥ 80 Jahre	122.426	49,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus</b>	<b>N = 61.162</b>	
<b>Altersverteilung<sup>2</sup></b>		
20 - 29 Jahre	298	0,49
30 - 39 Jahre	661	1,08
40 - 49 Jahre	1.443	2,36
50 - 59 Jahre	4.860	7,95
60 - 69 Jahre	10.607	17,34
70 - 79 Jahre	15.877	25,96
≥ 80 Jahre	27.416	44,83

<sup>2</sup> Vorhandensein von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

## Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 248.546</b>	
<b>Geschlecht</b>		
männlich	129.143	51,96
weiblich	119.380	48,03
divers	5	0,00
unbestimmt	0	0,00
unbekannt	18	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus</b>	<b>N = 61.162</b>	
<b>Geschlecht<sup>3</sup></b>		
männlich	33.543	54,84
weiblich	27.615	45,15
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00
unbekannt	4	0,01

<sup>3</sup> Vorhandensein von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 248.546</b>	
<b>Aufnahmegrund</b>		
(01) Krankenhausbehandlung, vollstationär	240.902	96,92
(02) Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung	7.503	3,02
(05) stationäre Entbindung	47	0,02
(06) Geburt	≤3	x
(07) Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003	89	0,04
(08) stationäre Aufnahme zur Organentnahme	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 248.546</b>	
<b>Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)</b>		
(01) Behandlung regulär beendet	120.444	48,46
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.354	2,15
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	407	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.438	0,58
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	9	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	22.694	9,13
(07) Tod	45.616	18,35
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit <sup>4</sup>	544	0,22
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	10.896	4,38
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	37.756	15,19
(11) Entlassung in ein Hospiz	1.603	0,64
(13) externe Verlegung zu einer psychiatrischen Behandlung	175	0,07
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	41	0,02
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	45	0,02
(17) interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen (nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) <sup>5</sup>	1.365	0,55
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	54	0,02
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) <sup>6</sup>	≤3	x
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	54	0,02
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	50	0,02

<sup>4</sup> § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

<sup>5</sup> nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

<sup>6</sup> für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

## Risikofaktoren

Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 248.546</b>	
<b>Risikofaktoren</b>		
Diabetes mellitus	91.454	36,80
Eingeschränkte Mobilität	141.709	57,02
Infektion	77.505	31,18
Demenz und Vigilanzstörung	50.422	20,29
Inkontinenz	126.490	50,89
Untergewicht oder Mangelernährung	29.397	11,83
Adipositas	7.456	3,00
Weitere schwere Erkrankungen	140.467	56,52
Beatmungsstunden $\geq$ 24 Stunden	30.985	12,47
Keine Risikofaktoren	15.252	6,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus</b>	<b>N = 61.162</b>	
<b>Risikofaktoren<sup>7</sup></b>		
Diabetes mellitus	21.347	34,90
Eingeschränkte Mobilität	32.410	52,99
Infektion	25.607	41,87
Demenz und Vigilanzstörung	8.842	14,46
Inkontinenz	29.266	47,85
Untergewicht oder Mangelernährung	8.782	14,36
Adipositas	2.163	3,54
Weitere schwere Erkrankungen	42.169	68,95
Beatmungsstunden $\geq$ 24 Stunden	16.932	27,68
Keine Risikofaktoren	3.145	5,14

<sup>7</sup> Vorhandensein von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

## Beatmungsstunden

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 248.546</b>	
<b>Dauer der Beatmung</b>		
≤ 23 Stunden	217.561	87,53
24 - 71 Stunden	5.547	2,23
72 - 239 Stunden	9.196	3,70
≥ 240 Stunden	16.242	6,53

## Dekubitus

### Gradeinteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Dekubitalulcera</b>	<b>N = 316.391</b>	
<b>Gradeinteilung</b>		
Dekubitus 2. Grades	201.343	63,64
Dekubitus 3. Grades	77.322	24,44
Dekubitus 4. Grades	32.149	10,16
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	5.577	1,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Inzidente Dekubitalulcera</b>	<b>N = 70.572</b>	
<b>Gradeinteilung<sup>8</sup></b>		
Dekubitus 2. Grades	58.711	83,19
Dekubitus 3. Grades	10.085	14,29
Dekubitus 4. Grades	763	1,08
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	1.013	1,44

<sup>8</sup> Vorhandensein von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

## War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? - "Present on Admission" (POA)

### Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POA

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	nein	ja	unbekannt	Gesamt
<b>Alle Dekubitalulcera</b>				
<b>Bund (gesamt)</b>				
Dekubitus 2. Grades	57.192 <b>18,08 %</b>	142.632 <b>45,08 %</b>	1.519 <b>0,48 %</b>	201.343 <b>63,64 %</b>
Dekubitus 3. Grades	9.728 <b>3,07 %</b>	67.237 <b>21,25 %</b>	357 <b>0,11 %</b>	77.322 <b>24,44 %</b>
Dekubitus 4. Grades	701 <b>0,22 %</b>	31.386 <b>9,92 %</b>	62 <b>0,02 %</b>	32.149 <b>10,16 %</b>
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	937 <b>0,30 %</b>	4.564 <b>1,44 %</b>	76 <b>0,02 %</b>	5.577 <b>1,76 %</b>
Gesamt	68.558 <b>21,67 %</b>	245.819 <b>77,69 %</b>	2.014 <b>0,64 %</b>	316.391 <b>100,00 %</b>

## War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? - "Present on Discharge" (POD)

### Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POD

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	nein	ja	unbekannt	Gesamt
<b>Alle Dekubitalulcera</b>				
<b>Bund (gesamt)</b>				
Dekubitus 2. Grades	25.997 <b>8,22 %</b>	171.800 <b>54,30 %</b>	3.546 <b>1,12 %</b>	201.343 <b>63,64 %</b>
Dekubitus 3. Grades	4.735 <b>1,50 %</b>	71.874 <b>22,72 %</b>	713 <b>0,23 %</b>	77.322 <b>24,44 %</b>
Dekubitus 4. Grades	3.085 <b>0,98 %</b>	28.910 <b>9,14 %</b>	154 <b>0,05 %</b>	32.149 <b>10,16 %</b>
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	612 <b>0,19 %</b>	4.823 <b>1,52 %</b>	142 <b>0,04 %</b>	5.577 <b>1,76 %</b>
Gesamt	34.429 <b>10,88 %</b>	277.407 <b>87,68 %</b>	4.555 <b>1,44 %</b>	316.391 <b>100,00 %</b>

## Lokalisationen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad nnb	Gesamt
<b>Alle Dekubitalulcera</b>					
<b>Bund (gesamt)</b>					
Kopf	5.592 <b>1,77 %</b>	1.942 <b>0,61 %</b>	244 <b>0,08 %</b>	140 <b>0,04 %</b>	7.918 <b>2,50 %</b>
Obere Extremität	2.870 <b>0,91 %</b>	1.247 <b>0,39 %</b>	308 <b>0,10 %</b>	118 <b>0,04 %</b>	4.543 <b>1,44 %</b>
Dornfortsätze	1.478 <b>0,47 %</b>	504 <b>0,16 %</b>	159 <b>0,05 %</b>	24 <b>0,01 %</b>	2.165 <b>0,68 %</b>
Beckenkamm (Spina iliaca)	2.513 <b>0,79 %</b>	909 <b>0,29 %</b>	285 <b>0,09 %</b>	102 <b>0,03 %</b>	3.809 <b>1,20 %</b>
Kreuzbein (Steißbein)	87.353 <b>27,61 %</b>	25.671 <b>8,11 %</b>	13.527 <b>4,28 %</b>	1.489 <b>0,47 %</b>	128.040 <b>40,47 %</b>
Sitzbein	31.687 <b>10,02 %</b>	7.439 <b>2,35 %</b>	3.772 <b>1,19 %</b>	462 <b>0,15 %</b>	43.360 <b>13,70 %</b>
Trochanter	7.614 <b>2,41 %</b>	4.018 <b>1,27 %</b>	2.341 <b>0,74 %</b>	182 <b>0,06 %</b>	14.155 <b>4,47 %</b>
Ferse	38.529 <b>12,18 %</b>	22.682 <b>7,17 %</b>	6.373 <b>2,01 %</b>	1.334 <b>0,42 %</b>	68.918 <b>21,78 %</b>
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	14.853 <b>4,69 %</b>	9.799 <b>3,10 %</b>	4.397 <b>1,39 %</b>	955 <b>0,30 %</b>	30.004 <b>9,48 %</b>
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	8.753 <b>2,77 %</b>	3.062 <b>0,97 %</b>	726 <b>0,23 %</b>	768 <b>0,24 %</b>	13.309 <b>4,21 %</b>
<b>Gesamt</b>	<b>201.343 63,64 %</b>	<b>77.322 24,44 %</b>	<b>32.149 10,16 %</b>	<b>5.577 1,76 %</b>	<b>316.391 100,00 %</b>

## Lokalisationen bei inzidenten Dekubitalulcera<sup>9</sup>

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad nnb	Gesamt
<b>Inzidente Dekubitalulcera</b>					
<b>Bund (gesamt)</b>					
Kopf	3.519 <b>4,99 %</b>	968 <b>1,37 %</b>	49 <b>0,07 %</b>	59 <b>0,08 %</b>	4.595 <b>6,51 %</b>
Obere Extremität	801 <b>1,14 %</b>	178 <b>0,25 %</b>	8 <b>0,01 %</b>	20 <b>0,03 %</b>	1.007 <b>1,43 %</b>
Dornfortsätze	420 <b>0,60 %</b>	62 <b>0,09 %</b>	6 <b>0,01 %</b>	7 <b>0,01 %</b>	495 <b>0,70 %</b>
Beckenkamm (Spina iliaca)	620 <b>0,88 %</b>	114 <b>0,16 %</b>	4 <b>0,01 %</b>	13 <b>0,02 %</b>	751 <b>1,06 %</b>
Kreuzbein (Steißbein)	25.922 <b>36,73 %</b>	3.707 <b>5,25 %</b>	346 <b>0,49 %</b>	259 <b>0,37 %</b>	30.234 <b>42,84 %</b>
Sitzbein	8.580 <b>12,16 %</b>	807 <b>1,14 %</b>	63 <b>0,09 %</b>	79 <b>0,11 %</b>	9.529 <b>13,50 %</b>
Trochanter	1.555 <b>2,20 %</b>	242 <b>0,34 %</b>	22 <b>0,03 %</b>	14 <b>0,02 %</b>	1.833 <b>2,60 %</b>
Ferse	11.097 <b>15,72 %</b>	2.628 <b>3,72 %</b>	179 <b>0,25 %</b>	254 <b>0,36 %</b>	14.158 <b>20,06 %</b>
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	2.852 <b>4,04 %</b>	731 <b>1,04 %</b>	48 <b>0,07 %</b>	134 <b>0,19 %</b>	3.765 <b>5,33 %</b>
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	3.317 <b>4,70 %</b>	646 <b>0,92 %</b>	37 <b>0,05 %</b>	174 <b>0,25 %</b>	4.174 <b>5,91 %</b>
<b>Gesamt</b>	<b>58.711 83,19 %</b>	<b>10.085 14,29 %</b>	<b>763 1,08 %</b>	<b>1.013 1,44 %</b>	<b>70.572 100,00 %</b>

<sup>9</sup> Vorhandensein von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

## Risikostatistik

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die Daten der Risikostatistik

### Altersverteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 15.071.535</b>	
<b>Altersverteilung</b>		
20 - 29 Jahre	1.089.156	7,23
30 - 39 Jahre	1.549.530	10,28
40 - 49 Jahre	1.239.609	8,22
50 - 59 Jahre	2.228.225	14,78
60 - 69 Jahre	2.715.687	18,02
70 - 79 Jahre	2.863.363	19,00
≥ 80 Jahre	3.385.944	22,47

### Risikofaktoren

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 15.070.673</b>	
<b>Risikofaktoren</b>		
Diabetes mellitus	2.666.608	17,69
Eingeschränkte Mobilität	2.167.673	14,38
Infektion	856.152	5,68
Demenz und Vigilanzstörung	726.247	4,82
Inkontinenz	1.665.560	11,05
Untergewicht und Mangelernährung	339.059	2,25
Adipositas	270.870	1,80
Weitere schwere Erkrankungen	2.706.074	17,96
Beatmungsstunden ≥ 24 Stunden	251.112	1,67
Keine Risikofaktoren	8.498.843	56,39

## Beatmungsstunden

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 15.071.535</b>	
<b>Dauer der Beatmung</b>		
≤ 23 Stunden	14.820.406	98,33
24 - 71 Stunden	84.209	0,56
72 - 239 Stunden	89.081	0,59
≥ 240 Stunden	77.839	0,52